ЧРЕСКОЖНАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Максим Анатольевич Кучер, Александр Николаевич Швецов, Нина Нодариевна Гургенидзе, Наталья Григорьевна Салтыкова, Александр Дмитриевич Кулагин

Научно-исследовательский институт детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: doctorkucher@yandex.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: чрескожная гастростома; аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Введение. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК) — это эффективный метод лечения ряда врожденных патологий, злокачественных заболеваний системы крови, некоторых солидных опухолей. Алло-ТГСК часто сопровождается развитием осложнений, приводящих к недостаточности питания, которая является самостоятельным неблагоприятным прогностическим фактором сниженной общей выживаемости. В ряде случаев наиболее оптимальным вариантом обеспечения длительной нутриционной терапии является гастростомия.

Цель исследования. Анализ безопасности и клинической эффективности малоинвазивных эндоскопических чрескожных гастростомий у пациентов с алло-ТГСК.

Материалы и методы. С 2016 года по настоящее время в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой пациентам от 7 месяцев до 45 лет с наследственными и онкогематологическими заболеваниями (острые лейкозы — 19, нейробластома — 2, множественная миелома — 1, Х-сцепленная адренолейкодистрофия — 1, синдром Вискотта–Олдрича — 1, первичный иммунодефицит — 1) установлено 25 гастростом. Показаниями к гастростомии были анорексия (n = 9), кахексия в результате течения реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) (n = 5), синдром мальабсорбции в результате энтероколита иммунной и вирусно-бактериальной этиологии (РТПХ кишечника, колонизация панрезистентными штаммами *Klebsiella pneumonie*, цитомегаловирусная инфекция, вирус Эпштейна–Барр) (n = 5), синдром мальабсорбции в результате РТПХ (n = 3) и церебральная недостаточность (n = 3). Основными критериями, позволяющими прогнозировать низкую вероятность осложнений при установке гастростомы, были отсутствие цитопении и коагулопатии, приемлемый уровень тромбоцитов (более 50×10^9/л), который в исследовании составил от 20 до 424×10^9/л, среднее — 156×10^9/л. В случае тромбоцитопении $< 50 \times 10^9$/л, перед манипуляцией проводили трансфузию тромбоцитного концентрата. У всех пациентов применяли силиконовые рентгеноконтрастные низкопрофильные гастростомические трубки MIC-KEY согласно возрасту и с удлинителем (Avanos, США, дистрибьютор в России — АРТ-ЭКО), ранее реализуемые брендами Kimberly-Clark и Halyard. Эндоскопическую чрескожную инсталляцию выполняли по стандартной технологии с помощью Т-образных желудочно-кишечных интродьюсеров-фиксаторов Saf-T-Pexy (Avanos) и с анестезиологическим пособием посредством эндотрахеального наркоза.

Результаты. Сроки инсталляции гастростомы после алло-ТГСК составили от 7 до 1336 суток, среднее — 321 сутки. У одного больного гастростома была установлена перед алло-ТГСК превентивно. Нутритивный статус на момент операции гастростомии составил: кахексия (n = 9), гипотрофия III степени (n = 7), гипотрофия II степени (n = 5), гипотрофия I степени (n = 4). Длительность использования гастростомы составила от 8 до 775 суток, среднее — 201 сутки, при этом один пациент, включенный в наблюдение, продолжает нутриционную терапию с помощью гастростомы. По мере изменения росто-весовых показателей во время взросления пациентов проводилась смена гастростомической трубки на соответствующую возрасту. К моменту удаления гастростомы нутритивный статус остался без изменений у 14 пациентов, у 10 улучшился, и не было выявлено примеров отрицательной динамики антропометрических показате-

лей. Гастростома была удалена в связи с восстановлением достаточного естественного питания (n = 13), провокацией тошноты и позывов на рвоту (n = 1), усугублением синдрома мальабсорбции (n = 1). В 9 случаях гастростома использовалась посмертно — до момента летального исхода, не связанного с гастростомией: септический шок с развитием синдрома полиорганной недостаточности (n = 5), прогрессия основного заболевания (n = 3), желудочно-кишечное кровотечение (n = 1). Во время установки и использования гастростомой были отмечены следующие осложнения: кровотечение на фоне исходной контактной кровоточивости слизистой оболочки пищевода и желудка, что потребовало удаления гастростомы (n = 1), абдоминальный болевой синдром в области послеоперационной раны (n = 3) и провокация эметического синдрома при болюсном введении жидкости и смесей для энтерального питания (n = 1).

Заключение. Опыт чрескожной гастростомии у пациентов при алло-ТГСК ограничен, однако первые данные демонстрируют относительную безопасность и эффективность данного метода для поддержания и улучшения показателей нутритивного статуса, в том числе на фоне тяжелой дисфункции пищеварительной системы.