

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК СТРАВОХОДУ ТА КАРДІОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РАК ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ

Винниченко О.І.

Сумський державний університет, м. Суми, Україна

Ключові слова: рак стравоходу, кардіоезофагеальний рак, езофагогастропластика, якість життя

Вступ. Рак стравоходу (РС) та кардіоезофагеальний рак (КЕР) є найбільш складними для радикального або навіть паліативного лікування [1,2,3]. З урахуванням того факту, що середня тривалість життя таких пацієнтів становить менше 1 року, вимоги до характеру лікування зростають: воно повинно бути нетривалим, безпечним, незатратним і, що найголовніше, направленим на відновлення нормального ковтання їжі та інших гастроінтестинальних відправлень [4,5,6,7].

Якість життя хворих, яким виконана езофагогастропластика, залежить в основному від дисфункції оперованих органів [8,9,10]. Такі симптоми, як поперхування під час прийому їжі, дисфагія, відчуття переповнення шлунку, печія, демпінг-синдром, діарея порушують аліментарний комфорт пацієнтів в післяопераційному періоді [11].

Метою дослідження є покращення якості життя пацієнтів за рахунок корекції ускладнень функціонального характеру, пов'язаних із хірургічним втручанням.

Матеріал і методи. За період з 2005 по 2009 роки в торакальному відділенні Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД) проведено хірургічне лікування 99 хворих на РС і КЕР. Пацієнтам віком від 42 до 73 років із 1-3 стадіями хвороби були виконані радикальні операції: Льюїса – 36 хворих, Осава-Гарлока – 63 хворих. Для пластики резектованого стравоходу використовували ізоперистальтичний шлунок. З урахуванням поширення пухлини та характеру метастазування обов'язково видаляли проксимальний відділ малої кривизни шлунка і формували шлунковий трансплантат згідно із способом езофагогастропластики, розробленим М.М.Велігоцьким та І.О.Винниченко (патент України на винахід №28695А). Комплексне вивчення результатів виконаних операцій провели 64 хворих в терміні від 3 місяців до 1 року. Дані клінічного, рентгенологічного та ендоскопічного обстежень пацієнтів були співставлені з результатами отриманими із заповнених пацієнтами опитувальників якості життя.

Результати та їх обговорення. Найбільш грізним ускладненням операцій Льюїса та Осава-Гарлока є частковий некроз трансплантата та неспроможність швів стравохідно-шлункового анастомозу. По 2 випадки неспроможності швів анастомозу зафіксовано після операцій

Льюїса та Осава-Гарлока. Всі хворі (4,04%) з цим ускладненням померли.

Іншою важливою проблемою післяопераційного періоду є легенево-плевральні ускладнення. В наших дослідженнях вони були діагностовані у 23 (23,23%) хворих. Один хворий після операції Льюїса помер від гострої серцевої недостатності. Два хворих після операції Осава-Гарлока померли від тромбоемболії легеневої артерії. Основними причинами розвитку післяопераційних ателектатичних пневмоній разом із тривалістю операції та постторакотомічним больовим синдромом є гіповентиляція та вимушене стиснення правої (операція Льюїса) або лівої (операція Осава-Гарлока) легені, а також тривала штучна вентиляція легень. Для профілактики та зниження кількості післяопераційних бронхопневмоній ми рекомендували ранню активізацію хворих, стимуляцію самостійного відкашлювання мокроти з проведенням інгаляцій, вібромасаж грудної клітки.

Причиною смерті одного хворого після операції Осава-Гарлока був панкреонекроз хвоста підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини та арозивна кровотеча.

Клініко-рентгенологічну оцінку функціонального стану переміщеного шлунка ми проводили всім хворим через 7 днів після операції та безпосередньо перед їх випискою із стаціонару. В терміні 1-3 місяці після операції езофагогастропластики тубулізованим шлунком основним типом евакуації був порційно-прискорений. У хворих, яким проведено езофагогастропластику цілим шлунком, евакуація залишалась непереривною та порційно-затриманою. У двох хворих це проявлялось гіпотонією трансплантата з невеликим гастростазом. У 13 (14,28%) хворих в ранньому та пізньому післяопераційному періоді спостерігались функціональні порушення у вигляді пілороспазму (у 5 хворих), діареї з ознаками демпінг-синдрому легкого ступеню (у 6 хворих), гастростазу (у 2 хворих), які носили транзиторий характер і не потребували додаткового хірургічного втручання.

Для комплексної динамічної оцінки функціональних результатів внутрішньогрудної езофагогастропластики в терміні 3-12 місяців після виписки ми проаналізували дані 64 пацієнтів, які прожили щонайменше 1 рік після операції і хоча б 3 рази протягом року проходили контрольне

обстеження в СОКОД. 17 (18,68%) хворих із 91 померло протягом року: від рецидиву захворювання – 10 (11%), від причин, що не пов'язані з РС або КЕР – 3 (3,3%), від невідомих причин – 4 (4,4%). Доля двох хворих нам невідома. 10 хворих проходили контрольне обстеження менш, ніж 3 рази. Із 64 пацієнтів через 1 рік після хірургічного втручання у 58 (63,73%) хворих рецидиву захворювання не спостерігалось, а у 6 – рецидив виявлено.

Отже, нами були вивчені функціональні прояви інтра-торакального шлунка в динаміці протягом року в 64 хворих (таблиця 1).

Через 3 місяця після операції лише у 3 пацієнтів не було жодних скарг. Через 6 та 12 місяців – відповідно у 5 та 11. У всіх 64 хворих протягом перших 3 місяців зберігалось зниження маси тіла. Масу тіла, яка була до хірургічного втручання, через 6 місяців відновили лише 5 пацієнтів, через 12 місяців – 7.

Важливо, що 3 пацієнти відмітили збільшення ваги на 6–8 кг у порівнянні із передопераційним станом.

Дисфагія твердою їжею спостерігалась у 23, 13 та 8 хворих через 3, 6 та 12 місяців відповідно. При вживанні напівгустої їжі дисфагія була у 6, 3 та 2 хворих в досліджуваному періоді. З метою ліквідації або зменшення проявів дисфагії таким прооперованим проводили дилатацію стравохідно-шлункового анастомозу. 24 (37,5%) особам було виконано щонайменше одну післяопераційну дилатацію.

Печія – найбільш частий симптом після езофагогастропластики. Ми вважаємо, що це зумовлено пілоропластиком з рефлюкс-гастритом та рефлюкс-езофагітом. Її виконували всім хворим для запобігання пілороспазму і гастростазу через пересічення обох блукаючих нервів (стовбура ваготомія). Через 3 місяці після операції печія спостерігалась у 41 (64,1%) хворого, у 35 (54,7%) – вона була інтермітуюча, в 6 (9,4%) – тривалою. Через 6 місяців скарги на печію були у 49 (76,6%) хворих, а через 1 рік – у 45 (70,3%). Всі ці хворі потребували прийому антацидів для зменшення симптомів печії.

На відчуття переповнення шлунку після їжі через 3 місяці скаржились 15 (23,4%) хворих, через півроку – 11 (18,7%) хворих, а через 1 рік – 6 (9,4%).

Демпінг-синдром виявлено у 33 (51,6%) хворих після 3 місяців, через 6 місяців – у 28 (43,7%), а через 1 рік – у 13 (20,3%) осіб. Шлунково-кишкові прояви демпінг-синдрому спостерігались у вигляді: а) діареї – у 19, 16, та 9 пацієнтів через 3, 6, 12 місяців відповідно; б) абдомінального болю – у 23, 20, 16 хворих; в) нудоти – у 27, 23 та 18 хворих відповідно. Вазомоторні прояви зареєстровано у вигляді: а) потовиділення – у 13 хворих через 3 місяці, у 12 – через 6 місяців, у 6 – через 12 місяців; б) запаморочення – у 18, 15 та 10 хворих відповідно через 3, 6 та 12 місяців.

29 (45,3%) хворих у зв'язку з вищеперерахованими симптомами вживали їжу меншими порціями, але частіше. 7 хворих після їжі вимушені були займати горизонтальне положення.

Стеноз езофагогастроанастомозу виявлено через 6–12 місяців після операції у 22 хворих (34,3%). Це було пов'язано з езофагітом, що виникає внаслідок рефлюкс-езофагіту, який діагностовано за весь період лікування у 31 (48,4%) хворого.

За допомогою анкет-опитувальників EORTC-C30 та модулю до нього QLQ-EOS18 нами була проаналізована якість життя 36 хворих через 3, 6 та 12 місяців після операції, у яких впродовж 1 року не було рецидиву захворювання.

Після короткого пояснення змісту анкети-опитувальника та принципів її заповнення більшість пацієнтів змогли заповнити анкету без сторонньої допомоги. Результати викладені в таблиці 2.

Одне з найважливіших завдань хірургічного лікування раку стравоходу та раку кардіального відділу шлунка – це відновлення прохідності травного тракту для покращення якості життя цих пацієнтів [8, 11]. Використання шлунка як трансплантаційного матеріалу для заміщення резектованого стравоходу є одним з найкращих методів, беручи до уваги рівень післяопераційної летальності та ускладнень [2, 10].

Таблиця 1

Функціональні порушення через 3, 6 та 12 місяців після оперативного лікування

Симптоми		Через 3 міс		P(3-6міс)	Через 6 міс		Через 12 міс		P(3-12міс)
		К-ть	%		К-ть	%	К-ть	%	
Безсимптомний перебіг		3	4,7%	p>0,05	5	7,8%	11	17,2%	p<0,05
Дисфагія		29	45,3%	p<0,05	16	25%	10	15,6%	p<0,01
а) твердою їжею		23	35,9%	p<0,05	13	20,3%	8	12,5%	p<0,001
б) напівгустою їжею		6	9,4%	p>0,05	3	4,7%	2	3,1%	p>0,05
Відчуття переповнення шлунка після їжі		15	23,4%	p>0,05	11	17,2%	6	9,4%	p<0,05
Печія		41	64,1%	p>0,05	49	76,6%	45	70,3%	p>0,05
Демпінг-синдром	Діарея	19	29,7%	p>0,05	16	25%	9	14,1%	p<0,05
	Абдомінальний біль/кольки	23	35,9%	p>0,05	20	31,3%	16	25%	p>0,05
	Нудота	27	42,2%	p>0,05	23	35,9%	18	28,1%	p>0,05
	Запаморочення	18	28,1%	p>0,05	15	23,4%	10	15,6%	p>0,05
	Потовиділення	13	20,3%	p>0,05	12	18,7%	6	9,4%	p>0,05
Демпінг-синдром (загальна кількість)		33	51,6%	p>0,05	28	43,7%	13	20,3%	p<0,01

Показники якості життя у хворих на РС та КЕР в динаміці
(EORTC QLQ-C30 та модуль QLQ-EOS18)

Розділ показників якості життя	Через 3 міс.	Через 6 міс	Через 12 міс
Когнітивний	70	72	79
Рольовий	73	75	78
Фізичний	74	77	83
Емоційний	72	74	81
Соціальний	77	80	81
Загальний	55	60	63
Нудота/блювання	23	21	15
Втрата апетиту	40	33	29
Діарея	34	28	21
Фінансові труднощі	50	48	37
Закрепи	10	7	6
Біль	22	19	14
Втома	49	44	35
Безсоння	25	23	19
Задихка	19	18	16
Модуль QLQ-EOS18			
Дисфагія	39	31	26
Харчування	48	44	38
Рефлюкс	23	29	21
Біль	17	12	9
Труднощі з ковтанням слини	14	13	10
Поперхування	22	20	19
Сухість у роті	26	22	19
Смак	13	10	9
Кашель	23	18	17
Мовлення	10	7	6

Ми ретроспективно проаналізували дані 64 хворих із РС та КЕР, яким було проведено езофагогастропластику. Пацієнти були клінічно обстежені через 3, 6 та 12 місяців після оперативного лікування.

Через 3 післяопераційні місяці майже 52% хворих скаржились на наявність діареї, нудоти, абдомінального болю та запаморочення після їжі. Ці симптоми вказують на наявність демпінг-синдрому. Причиною його розвитку є швидке надходження у верхній відділ тонкої кишки неперетравленої їжі. Для інтраторакального шлунка, навіть без пілороміотомії, характерне прискорення евакуації шлункового вмісту у порівнянні з нормальним шлунком. Основна причина прискореної евакуації – це часткова резекція дна шлунка, що виконує функцію резервуару. Це призводить до порушення релаксації та, як наслідок, до раннього росту внутрішньошлункового тиску.

Демпінг-синдром досить рідко залишається проблемою, що значно погіршує якість життя хворих. Виконання пацієнтами наших рекомендацій щодо дієти та режиму харчування призводить до зменшення інтенсивності цих функціональних порушень. Основні рекомендації є такими:

- більш часте (до 10 разів на день) вживання їжі, але меншими порціями;
- ретельне пережовування їжі та обов'язкове запивання водою;

– необхідність знаходитись у вертикальному положенні після вживання їжі;

– необхідність спати із підвищеним головним кінцем. За нашими дослідженнями, демпінг-синдром виникає частіше у молодших осіб та осіб жіночої статі. Скарги на відчуття переповнення шлунка під час або після їжі (23,4% в досліджуваній групі пацієнтів) пов'язане зі зменшенням резервуарної функції шлунка та збільшення внутрішньошлункового тиску після їжі.

Через 3 місяці після оперативного втручання значна кількість хворих (29,7%) скаржилась на наявність діареї. Діарею ми пов'язуємо зі стовбуровою ваготомією та порушенням координованого скорочення жовчного міхура та евакуацією шлункового вмісту.

Ми визначили, що гастроєзофагеальний рефлюкс є менш вираженим у хворих з високим розміщенням стравохідно-шлункового анастомозу в порівнянні з анастомозом на рівні непарної вени. Остання група пацієнтів частіше мала симптоми езофагіту, що були підтверджені ендоскопічним дослідженням.

В період з 3 по 6 післяопераційний місяць ми спостерігали тенденцію до зменшення функціональних порушень. Зменшилась загальна кількість скарг на дисфагію, відчуття переповнення шлунка після їжі, демпінг-синдром, але статистично достовірним є зменшення лише дисфагії.

До 12 місяця переважна кількість симптомів стають менш вираженими, компенсація є більш стійкою. Спостерігалось статистично достовірне зменшення демпінг-синдрому, діареї, відчуття переповнення шлунку. Виключенням є печія та рефлюкс, які через 12 післяопераційних місяців залишались на досить високому рівні (51%). Це пов'язано з закидом шлункового вмісту в стравохід у зв'язку з відсутністю ефективних методів забезпечення клапанної функції на рівні стравохідно-шлункового анастомозу.

Проаналізувавши дані 36 хворих, що заповнили опитувальники EORTC QLQ-C30 та QLQ-EOS18, ми виявили, що якість життя хворих через 3 післяопераційних місяці є достатньою (34% хворих оцінили якість життя як "добру", 66% – як "задовільну"). До 12 місяців якість життя хворих покращується – 72% хворих оцінили якість життя як "добру", 28% – як "задовільну".

Результати нашої роботи підтверджують онкологічну адекватність та обґрунтованість виконання операції Осава-Гарлока та Льюїса хворим із раком стравоходу та кардіоезофагеальним раком. Функціональні порушення, що виникають після переміщення шлунка в плевральну порожнину, є високими в перші післяопераційні місяці, але протягом року відбувається адаптація хворих до вказаних змін, якість життя хворих значно покращується.

Висновки:

1. Трансторакальна резекція стравоходу з одномоментною езофагогастропластиком (операції Льюїса та Осава-Гарлока) – онкологічно обґрунтований метод лікування хворих на рак стравоходу середньо-, нижньогрудної локалізації та кардіоезофагеального раку шлунка.
2. Шлунок є надійним трансплантаційним матеріалом для заміщення резеційованого стравоходу.
3. Після операції езофагогастропластики в ранньому післяопераційному періоді в 14,28% оперованих спостерігаються функціональні порушення у вигляді пілороспазму, гастростазу та діареї, що носять транзиторний характер.
4. Серед хвороб оперованого стравоходу найбільш клінічно значимими є стеноз стравохідно-шлункового анастомозу (у 34,3%), рефлюкс-езофагіт (у 48,4%) та демпінг-синдром (у 20,3%).
5. Серед пацієнтів, яким виконана езофагогастропластика, 34% потребують комплексної (медикаментозної, дієтичної, інструментальної) корекції.
6. Для об'єктивної оцінки результатів лікування РС та КЕР разом з летальністю, 3- та 5-річною виживаністю необхідно оцінювати якість життя хворих, що є важливим інтегральним показником, який відображає суб'єктивну оцінку пацієнтом свого стану.
7. Кількість функціональних порушень після езофагогастропластики зменшується в період із 3 до 6 місяців. Якість життя пацієнти оцінили як "добру" в 34%, а "задовільну" – в 66%.

8. В період з 6 по 12 післяопераційний місяць настає більш стійка компенсація, що підтверджується статистично достовірним зниженням таких симптомів, як дисфагія, діарея та демпінг-синдром. Якість життя в цей період хворі оцінили як "добру" в 72%, "задовільну" – в 28%.

Рецензент: к.м.н., асистент І.О. Винниченко

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бойко В.В. Опыт эзофагопластики при рубцовой стриктуре и раке пищевода [Текст] / В.В.Бойко, В.П.Давурак, С.А.Савви // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2–3. – С. 43.
2. Ганул В.Л. Рак пищевода: Руководство для онкологов и хирургов [Текст] / В.Л.Ганул, С.И.Киркилевский. – К.: Книга Плюс, 2003. – 200 с.
3. Давыдов М.И. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению [Текст] / М.И.Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов, И.С.Стилиди, Б.Е.Полоцкий // Русский медицинский журнал. – 2006. – №14. – С.1006 – 1015.
4. Стариков В.И. Рак пищевода: диагностика и перспективы лечения [Текст] / В.И.Стариков // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С.66-70.
5. Sprangers M.A.G. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules [Text] / M.A.G Sprangers, A.Cull, K.Bjoridal // Quality of life Res. – 1993. Vol. 2. – P. 287-295.
6. Blazeby J.M. The prognostic value of quality of life scores during treatment for oesophageal cancer [Text] / J.M.Blazeby, S.T.Brookes, D.Alderson // Gut. – 2004. – Vol. 49. – P. 227-230.
7. Brooks J.A. Prospective analysis of quality of life after surgical resection for esophageal cancer: Preliminary results [Text] / J.A.Brooks, K.A.Kesler, C.S.Johnson et al. // J. Surg. Oncol. – 2002. – Vol. 81. – P. 185-194.
8. Cerfolio R.J. Fast Tracking After Ivor Lewis Esophagogastrectomy [Text] / R.J.Cerfolio, A.S.Bryant, C.S.Bass et al. // Chest. – 2004. –Vol. 126. – P. 1187-1194.
9. Gillies R. S. Left thoracoabdominal esophagectomy: results from a single specialist center [Text] / R.S.Gillies, A.Simpkin, B.Sgromo et al. // Diseases of the Esophagus. – 2011. – Vol. 24. – P. 138–144.
10. Wang H. Comparison of the short-term quality of life in patients with esophageal cancer after subtotal esophagectomy via video-assisted thoracoscopic or open surgery [Text] / H.Wang, M.Feng, L. Tan et al. // Diseases of the Esophagus. – 2010. – Vol. 23. – P. 408–414.
11. Escofet, X., Manjunath, A., Twine, C., Havard, T. J., Clark, G. W. and Lewis, W. G. Prevalence and outcome of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy in a UK regional cancer network [Text] / X.Escofet, A.Manjunath, C.Twine et al. // Diseases of the Esophagus. – 2010. – Vol. 23. – P. 112–116.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ
ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ
РАКОМ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ**

Винниченко О.И.

*Сумской государственной университет,
г. Сумы, Украина*

Резюме. Резекция пищевода с использованием в качестве трансплантата изоперистальтической желудочной трубки является методом выбора радикального лечения пациентов с раком пищевода и кардиоэзофагеальным раком. Целью исследования было изучение возможности улучшения качества жизни пациентов за счет коррекции осложнений функционального характера после операции. Ретроспективно изучена функция желудочного трансплантата после эзофагэктомии у 64 пациентов. Проведено изучение клинических показателей и заполненных опросников качества жизни пациентов в период 3, 6 и 12 послеоперационные месяцы. Через 3 месяца после операции демпинг-синдром, дисфагия и чувство переполнения желудка после еды наблюдалось у 51,6%, 45,3%, и 23,4% пациентов. Демпинг-синдром и чувство переполнения желудка после еды практически разрешились к 12 послеоперационному месяцу, в то время, как дисфагия (15,6%, 10 пациентов) и изжога (70,3%, 45 пациентов) остаются серьезной проблемой.

Качество жизни пациентов после эзофагэктомии в основном зависит от дисфункции трансплантата после операции. Функциональные расстройства могут значительно ухудшить качество жизни пациентов. Проанализированы данные 36 пациентов, которые заполнили опросники EORTC QLQ-C30 и QLQ-EOS18. Качество жизни через 3 послеоперационных месяца является достаточным (34% пациентов оценили качество жизни как "хорошее", 66% – "удовлетворительное"). К 12 месяцу наступает более стойкая компенсация, качество жизни в этот период больные оценили как "хорошее" в 72% случаев, "удовлетворительное" – в 28%.

Ключевые слова: рак пищевода, кардиоэзофагеальный рак, эзофагогастропластика, качество жизни.

**ESOPHAGEAL AND GASTROESOPHAGEAL
JUNCTION CARCINOMA PATIENT'S QUALITY OF
LIFE AS INTEGRAL INDICATOR OF FUNCTIONAL
OUTCOME AFTER ESOPHAGOGASTROPLASTY**

Vynnychenko O. I.

*Sумы State University,
Sумы, Ukraine*

Summary. Currently subtotal oesophagogastrectomy with reconstruction of the digestive tract by use of a gastric tube appears to be the treatment of choice in patients with a carcinoma of the thoracic oesophagus and gastroesophageal junction. The aim of this study is to clarify whether or not esophagogastrectomy is provided with good palliation for patients with the intrathoracic tubulized stomach situated at posterior mediastinum. The function of the gastric substitute after esophagogastrectomy was examined retrospectively in 64 patients. At 3, 6 and 12 months a clinical examination and quality of life questionnaire were studied. At 3 months postprandial dumping, dysphagia, and fullness were presented in 51,6%, 45,3%, and 23,4% of the patients. The problems of dumping and fullness were almost complete resolved after 12 months postoperatively; however, dysphagia remained an important problem (15,6%, 10 patients) and more patients complained of heartburn and regurgitation (70,3%, 45 patients). Most symptoms at 12 months period became less prominent with the exception of gastroesophageal reflux. 72% of patients were satisfied with postoperative functional outcome after 12 months.

Quality of life of esophagectomized patients depends on postoperative organ dysfunctions. Functional disorders such as delayed gastric emptying, dumping syndrome or duodeno-gastro-esophageal reflux can significantly decrease patient's quality of life. 36 patients were responded to the questionnaire EORTC QLQ-C30 and QLQ-EOS18. Overall quality of life was "good" in 34% and "fair" in 66% after 3 postoperative months. Over a period of 6–12 months rate of functional disorders decrease significantly decrease and patients rated their quality of life as "good" in 72% and "fair" in 28%.

Keywords: esophageal cancer, gastroesophageal junction carcinoma, esophagogastroplasty, quality of life.