

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПАССАЖА ПИЩИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ



С.И. Киркилевский,
Ю.Н. Кондрацкий, С.Н. Притулак

Адрес:
Кондрацкий Юрий Николаевич
Национальный институт рака
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43
Тел.: (044) 259-01-86, (067) 369-92-24
E-mail: ykondr@gmail.com

Ключевые слова: рак желудка с переходом на пищевод, шунтирующая пластика пищевода, качество жизни.

Статья посвящена способам восстановления пассажа пищи у больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод. Для устранения дисфагии авторами разработана хирургическая операция — шунтирующая пластика пищевода. Суть операции заключается в формировании обходного пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Операции выполнены у 60 пациентов. Частота послеоперационных осложнений составила 15%, летальность — 6,6%. Изучены качество жизни больных (модуль EORTC QLQ-OG25) и их функциональная активность (шкала Карновского). После выполнения шунтирующей пластики пищевода достоверно улучшалось качество жизни — в среднем от 168,5 до 114,5 балла. Это создавало условия для проведения специального лечения — химиотерапии. Медиана длительности жизни составила 4 мес. Сделан вывод, что шунтирующая пластика пищевода эффективна для восстановления пассажа пищи у больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод.

Тенденцией последних лет как в мире, так и в Украине является повышение частоты аденокарциномы зоны кардии и пищеводно-желудочного перехода [1]. Среди всех локализаций поражений желудка опухоли проксимального отдела занимают около 30% [1, 2]. Рост заболеваемости в этой группе за последние два десятилетия XX века превысил рост частоты других онкологических заболеваний и составляет более 350% [2–5].

К сожалению, у большей части больных этой категории уже на момент диагностирования заболевания выявляют нерезектабельные опухоли. Учитывая, что опухолевое поражение пищевода сопровождается дисфагией, то становится очевидным, что у этих пациентов особо актуальной является проблема симптоматического лечения, направленного на восстановление энтерального питания.

Проблема симптоматического лечения больных раком пищевода и раком желудка, распространяющимся на нижнюю часть пищевода, остается злободневной. Реальностью клинической практики является то, что не менее чем у 1/3 больных с указанной патологией все возможные методы лечения сводятся к симптоматическим мероприятиям, призванным облегчить тяжесть голодания. Кроме того, важнейшей характеристикой кардиоэзофагеального рака является значительно более неблагоприятный прогноз, чем при опухолевых поражениях других отделов желудка [2]. В связи с этим Всемирным коллаборационным комитетом по раку пищевода (Worldwide Esophageal Cancer Collaboration — WECC) была разработана 7-я редакция классификации рака пище-

вода по системе TNM. В новом издании классификации опухоли, локализованные в области пищеводно-желудочного перехода с распространением на желудок в пределах 5 см, рассматриваются как рак пищевода. Данный вопрос являлся предметом острых дискуссий [3].

Ранний рак кардиоэзофагеальной зоны не превышает 8–9% всех новых случаев, а у почти 65% больных диагностируется III–IV стадия болезни. В итоге 83% больных к моменту выявления заболевания имеют метастазы в регионарных лимфатических узлах, а более половины погибают в течение 1 года после установления диагноза [1, 2]. Операбельность больных с данной патологией составляет лишь 40–72%, а резектабельность — от 38 до 69% [2, 6, 7]. В итоге более 1/3 пациентов с кардиоэзофагеальным раком могут получить лишь паллиативное или симптоматическое лечение.

Поиски способов восстановления нормального питания у пациентов с дисфагией, вызванной опухолевыми сужениями пищевода, ведутся очень давно. В 1842 г. была разработана русским ученым Басовым, а в 1849 г. выполнена французским хирургом Седилло гастростомия. Через почти 50 лет швейцарский хирург Генрих Бирхер впервые осуществил 2 попытки кожной пластики пищевода в обход опухолевых препятствий [4].

Такие операции хоть и позволяют возобновить энтеральное питание больного, однако наносят тяжелую психологическую травму пациенту и приводят к тяжелым депрессивным состояниям с нежелательными последствиями. Кроме того, операция, призванная улучшить качество жизни,

фактически приводила к полной инвалидизации пациента.

Другие методы: бужирование, электро- и лазерная коагуляция, фотодинамическая терапия — мало эффективны. Столь обнадеживающее стентирование, к сожалению, не позволяет гарантировать успех. К основным проблемам относятся перегиб стента, смещение его в просвет желудка, болевой синдром и т.д. [4, 8].

Наиболее оптимальным методом устранения дисфагии при нерезектабельном раке желудка с переходом на пищевод может быть формирование обходных пищеводно-дигестивных анастомозов [9, 10].

В 1903 г. Госсе предложил способ обходного эзофагофундоанастомоза, а в 1908 г. С.П. Федоров — обходного эзофагоэюноанастомоза. В последние 10–20 лет лишь единичные хирурги выполнили незначительное количество шунтирующих операций (bypass operation) при нерезектабельном раке пищевода и кардии [5, 9, 10–13]. Наш опыт таких оперативных вмешательств превысил более полусотни больных, что позволило нам провести анализ эффективности и безопасности этих операций.

Целью данной работы стали разработка методологии выполнения шунтирующих операций у больных кардиоэзофагеальным раком и улучшение качества жизни этих больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено на материале больных, которые получили лечение в клинике Национального института рака (научно-исследовательское отделение опухолей органов грудной полости) за период с 2004 по 2012 г.

В основной группе было 15 больных женского пола (25,0%), 45 — мужского (75,0%). Возраст больных основной группы находился в пределах от 36 до 76 лет и в среднем составил $57,0 \pm 11,8$ года.

В контрольной группе больных женского пола было 15 (25,0%), 45 — мужского (75,0%). Возраст больных контрольной группы колебался в пределах от 30 до 74 лет и в среднем составил $63,2 \pm 13,6$ года.

При раке желудка с распространением на пищевод мы использовали классификацию А.А. Русанова [2, 6].

Из 10 пациентов с раком желудка после радикального лечения у 9 ранее была выполнена гастрэктомия, а 1 — субтотальная резекция желудка. У 7 из этих больных был локальный рецидив по линии резекции в сочетании с отдаленными метастазами (во всех случаях рецидив распространялся на пищевод).

В контрольной группе из 19 пациентов с раком желудка после радикального лечения 10 больным в различных клиниках Украины ранее была выполнена гастрэктомия, 9 — проксимальная резекция желудка. У всех этих больных был локальный рецидив по линии резекции

с распространением на пищевод, у 1 — в сочетании с канцероматозом верхнего этажа брюшной полости с вовлечением отводящей петли тонкой кишки.

В обеих группах у всех больных раком желудка был железистый рак различной степени дифференцировки, у пациентов с раком пищевода — плоскоклеточный рак.

Общим признаком для больных обеих групп было наличие выраженной дисфагии. Различия между группами недостоверны. Средняя степень дисфагии составила в основной группе $3,5 \pm 0,3$, в контрольной — $3,6 \pm 0,3$ ($p > 0,05$).

Суть шунтирующих операций, направленных на устранение дисфагии у больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод, заключалась в создании обходного пути для продвижения пищи из супрастенотического участка пищевода в тонкий кишечник. Разработка методики таких операций состояла из нескольких этапов:

- 1) выбор оперативного доступа;
- 2) выбор органа, используемого в качестве трансплантата, и разработка методики его подготовки к перемещению;
- 3) разработка методики перемещения трансплантата;
- 4) разработка методики формирования анастомоза между пищеводом и трансплантатом.

В качестве оперативного доступа для выполнения шунтирующих операций нами был предпочтен комбинированный левосторонний торакоабдоминальный доступ. В качестве трансплантата мы установили свой выбор на тощей кишке, реже, при нерезектабельном раке нижней трети пищевода, использовали дно желудка (эзофагофундоанастомоз). Методом формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза избрали способ «бок-в-бок».

Для пациентов контрольной группы использовали проволочные саморасширяющиеся внутривнутрипищеводные стенты с покрытием трех производителей: «MITech» (Корея), «BostonScientific» (США). Процедуру стентирования проводили в основном, под прямым рентгеноконтролем.

Оценку качества жизни больных основной и контрольной групп проводили с использованием опросника EORTC (The European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Европейская организация исследований и лечения рака) QLQ-C30 третьего поколения и модуля QLQ-OG25 (пищеводно-желудочный).

Все больные заполняли анкету до начала лечения (первая контрольная точка), далее — при выписке из стационара (2 нед после операции или 3–4-е сутки после стентирования) и через 1 мес после выписки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Операции шунтирования пищевода выполнены у 60 пациентов.

В ходе оперативных вмешательств осложнений не было. В послеоперационный период осложнения наблюдали у 9 пациентов (15,0%), от осложнений умерли 4 больных (послеоперационная летальность — 6,6%). Частота несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза составила 3,3% (2 пациента).

Осложнения стентирования отмечали как в ходе установки стентов (15 пациентов, 25%), так и в разные сроки после стентирования (10 пациентов, 16,6%). Таким образом, суммарно осложнения были у 25 больных, что составило 41,6%. Наиболее частыми осложнениями были: нераскрытие или неполное раскрытие стента, выраженный болевой синдром, дислокация стента, сдавление опухолью или опухолевые разрастания выше стента. Один пациент умер через 1 мес после установки стента из-за профузного кровотечения вследствие глубокого пролежня в области верхнего края стента, пенетрирующего в аорту.

Функциональные результаты шунтирующих операций были удовлетворительными у всех пациентов. Дисфагия была устранена у всех больных. Энтеральное питание начинали со 2-х суток после операции — вначале через назоинтестинальный зонд, а с 4–5-х суток — через рот. Также благодаря выполнению разработанных нами специальных методик операций у некоторых пациентов были дополнительно решены другие осложнения опухолевого процесса: у 2 — остановлено профузное желудочное кровотечение, у 1 — созданы условия эвакуации из желудка, у 1 — ликвидирована механическая желтуха.

Из-за высокой частоты осложнений во время и непосредственно после установки стентов коррекция степени дисфагии отмечалась не у всех пациентов. Полного устранения дисфагии удалось добиться у 40% пациентов, у 8,3% больных осталась дисфагия III–IV степени.

Качество жизни больных обеих групп главным образом определялось наличием или отсутствием дисфагии. Выполнение шунтирующих операций обеспечило всем больным основной группы стойкое избавление от дисфагии, чего нельзя сказать о стентировании. Сразу после установки стентов средняя степень дисфагии снизилась с $3,6 \pm 0,3$ до $1,1 \pm 1,0$; но уже через месяц из-за отсроченных осложнений повысилась до $1,6 \pm 1,2$.

Выполнение шунтирующих операций с высокой степенью достоверности улучшало показатель качества жизни больных: со 168,5 в исходной точке до 114,5 в точке «при выписке» и до 116,6 — в точке «через 1 мес после выписки» ($p < 0,001$ в обеих сравниваемых парах). В контрольной группе также происходило улучшение показателя качества жизни со 168,4 до 144,5, 146,2 соответственно, но различия были недостоверны.

Отдаленные результаты лечения изучены у 40 больных основной группы (на момент написания работы: живы — 7, умерли 33) и у 25 пациентов контрольной группы (живы — 2, умерли — 23). Средняя продолжительность жизни составила в основной группе $4,7 \pm 2,8$ мес, в контрольной — $3,6 \pm 2,8$ мес ($p > 0,05$, различия не достоверны); медиана жизни — соответственно 4 и 3 мес.

ВЫВОДЫ

Шунтирующие операции у больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод устраняют дисфагию у 100% пациентов; стентирование пищевода снижает среднюю степень дисфагии с 3,6 до 1,8.

Выполнение операции улучшает показатель качества жизни больных: со 168,5 в исходной точке до 114,5 при выписке ($p < 0,001$). После установки пищеводных стентов средний показатель качества жизни улучшается со 168,4 до

144,5 соответственно, но различия статистически недостоверны.

4. Средняя продолжительность жизни больных после выполнения шунтирующих операций и после стентирования пищевода статистически не различается и согласуется с продолжительностью жизни неоперабельных больных раком желудка.

Таким образом, наложение обходных шунтирующих анастомозов является методом выбора при лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Україні (2009) Бюлетень національного канцер-реєстру України / Під ред. І.Б. Щепотіна, Київ, 10: 105 с.
2. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. (2008) Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза. РМЖ, 16(13): 914–920.
3. Edge S.B., Byrd D.R., Compton C.C. et al. (2009) AJCC cancer staging manual 7th ed. New York: Springer Verlag: 117–126.
4. Козачук О.М. (2009) Застосування дротинних стентів, що саморозширюються, при пухлинному ураженні стравоходу: автореф. дис... канд. мед. наук, К., 16 с.

5. Петровский Б.В. (1950) Хирургическое лечение рака пищевода и кардии, Москва: И-во АМН СССР, 171 с.

6. Тер-Ованесов М.Д. (2007) Факторы прогноза хирургического лечения рака проксимального отдела желудка: автореф. дисс. ... доктора мед. наук, Москва, 38 с.

7. Тер-Ованесов М.Д., Левицкий А.В. (2011) Достижения в клинической онкологии опухолей ЖКТ в 2010 году: шаги вперед или реминисценции прошлого? Практическая онкология, 12(1): 17–25.

8. Попов Д.Н., Тузиков С.А., Афанасьев С.П., Гольдберг В.Е. (2004) Качество жизни больных раком желудка 4 стадии на этапах паллиативного комбинированного лечения. Сибирский онкологический журнал, 12(4): 26–31.

9. Khan A.Z., Miles W.F., Singh K.K. (2005) Initial experience with laparoscopic bypass for upper gastrointestinal malignancy: a new option for palliation of patients with advanced upper gastrointestinal tumors. J. Laparosc., 15(4): 374–378.

10. Blot W.J., Devesa S.S., Kneller R.W., Fraumeni J.F. (1991) Rising incidence of Adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. JAMA, 265: 1287–1289.

11. Hundahl S.A., Wanebo H.J. (2005) Changing gastric cancer treatment in the United States and the pursuit of quality. European Journal of Surgical Oncology, 31(6): 605–615.

12. Souza R.H.F., Spechler St.J. (2005) Concepts in the prevention of Adenocarcinoma of the distal Esophagus and Proximal Stomach. CA Cancer J. Clin., 55: 334–351.

13. Sreedharan A., Harris K., Crellin A. et al. (2009) Interventions for dysphagia in oesophageal cancer. Cochrane Database Syst. Rev., 7(4): CD005048.

Відновлення пасажу їжі у хворих на розповсюджений кардіоезофагеальний рак

С.І. Кіркільєвський, Ю.М. Кондрацький, С.М. Притулляк
Національний інститут раку, Київ

Резюме. Стаття присвячена способам відновлення пасажу їжі у хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід. Для усунення дисфагії авторами розроблена хірургічна операція — шунтувальна пластика стравоходу. Суть операції полягає у формуванні обхідного стравохідно-тонкокишкового анастомозу. Операції виконано у 60 пацієнтів. Частота післяопераційних ускладнень становила 15%, летальність — 6,6%. Вивчено якість життя хворих (модуль EORTC QLQ-OG25) і їх функціональну активність (шкала Карновського). Після проведення шунтувальної пластики стравоходу достовірно покращувалася якість життя — у середньому від 168,5 до 114,5 бала. Це створювало умови для проведення спеціального лікування — хіміотерапії. Медіана тривалості життя становила 4 міс. Зроблено висновок, що шунтувальна пластика стравоходу ефективна для відновлення пасажу їжі у хворих на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід.

Ключові слова: рак шлунка з поширенням на стравохід, шунтувальна пластика стравоходу, якість життя.

Restoration of passage of food in patients with advanced gastric cancer with esophageal junction

S.I. Kirkilevsky, Y.N. Kondratskiy, S.N. Pritulyak
National Cancer Institute, Kiev

Summary. The article devoted to actual clinical oncology problem — to unresectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment. The surgical operation esophageal bypass for dysphagia elimination was created. It essences is bypass esophago-enteroanastomosis creating. The operations were made to 60 patients. The postoperative complications level was 15%, mortality was 6,6%. Patients live quality (module EORTC QLQ-OG25) and functional activity (Karnovsky scale) were studied. The live quality was improved in average from 168.5 till 114.5 points. It made matter to special treatment (chemotherapy) realization. The live median was 4 months. It was resumed than esophageal bypass plasty may by most impotent in unresectable esophago-cardiac junction cancer patients treatment.

Key words: gastric cancer with esophagus junction, esophageal plastic, quality of life.