

На правах рукописи

**Мудрый Алексей Юрьевич**

**ПАЛЛИАТИВНОЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФАГИИ ПРИ РАКЕ  
КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА,  
АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ГАСТРОСТОМИИ**

**14.01.17 - хирургия**

**14.01.12 - онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени**

**кандидата медицинских наук**

**Волгоград – 2013**

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

**Хвастунов**

**Роман Александрович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой

хирургических болезней педиатрического

и стоматологического факультетов,

Волгоградский государственный

медицинский университет

**Михин**

**Игорь Викторович**

доктор медицинских наук, профессор,

руководитель отделения превентивной

онкологии, лапароскопической и

общей хирургии,

Ростовский научно-исследовательский

онкологический институт

**Шапошников**

**Александр Васильевич**

Ведущая организация: ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН

Защита состоится «\_\_\_» октября 2013г. в 10 час. на заседании диссертационного совета Д 208.008.03 по присуждению ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России по адресу: 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1)

Автореферат разослан «\_\_\_» сентября 2013г.

Ученый секретарь Диссертационного совета, доктор медицинских наук, профессор

Вейсгейм

Людмила Дмитриевна

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

### **Актуальность исследования**

В последние годы, несмотря на имеющуюся тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка в целом, отмечен рост частоты злокачественного поражения проксимального его отдела, достигающего 37% всех случаев опухолевого поражения этого органа (Тер-Ованесов М.Д. и соавт., 2008; Jacob S.E. et al., 2007). Рак пищеводно-желудочного перехода занимает в настоящее время 6-е место в структуре смертности от рака во всем мире и 9-е – в общей структуре смертности. При этом, удельный вес III - IV стадии диагностируется более чем у половины больных, а результаты лечения по-прежнему неудовлетворительны (Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2011; Партс С.А. и соавт., 2011; Черноусов А.Ф. и соавт., 2012; Cameron A. et al, 2002). Более чем у 80% больных регистрируется выраженная дисфагия (Булынин В.В., 2008). В этой связи в настоящее время значительному контингенту больных из-за распространенности процесса выполняются паллиативные и симптоматические операции, направленные на ее ликвидацию (Булынин В.В., 2008; Косяков Б.А., 2010; Suttie S.A., 2007). Вопросу восстановления энтерального питания у больных стенозирующим кардиоэзофагеальным раком всегда уделялось первостепенное значение, как на этапах лечения, так и при их последующей социальной реабилитации. Формирование гастростомы – архаичный стандарт симптоматического лечения, разочаровывающий противостоестественным характером питания и высокой травматичностью (Поддубный Б.К. и соавт., 2006; Keung E.Z. et al., 2012). Поэтому в настоящее время на первый план выходят мероприятия, направленные на восстановление проходимости пищеварительной трубки, такими способами, как паллиативная резекция опухоли, либо ее симптоматическое бужирование, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия, стентирование и др. Ряд исследователей комбинирует перечисленные мероприятия в отсутствие четких тактических установок. Разнообразие мнений в вопросах хирургической коррекции

дисфагии на почве распространенного кардиоэзофагеального рака стало основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования:** посредством усовершенствования и дифференцированного применения современных способов борьбы с дисфагией, отличных от гастростомии, улучшить непосредственные и отдаленные результаты паллиативного и симптоматического лечения больных стенозирующим кардиоэзофагеальным раком.

Поставленная цель достигалась решением следующих **задач**:

1. Изучить результаты гастростомий и оценить качество жизни стомированных пациентов.
2. Определить показания к стентированию распространенных кардиоэзофагеальных карцином, и в сравнительном аспекте изучить его непосредственные и отдаленные результаты.
3. Разработать и внедрить способ ригидного эндопротезирования кардиоэзофагеальной опухоли под лапароскопическим контролем, оценить его преимущества и недостатки.
4. Определить показания, оптимизировать технические приемы и проанализировать результаты паллиативных трансплевральных резекций и гастрэктомий при распространенном и диссеминированном кардиоэзофагеальном раке.

### **Новизна результатов исследования**

Впервые сформирована тактика дифференцированного применения различных способов стентирования для борьбы с терминальной опухолевой дисфагией и в сравнительном аспекте изучены непосредственные и отдаленные исходы.

Впервые на достаточном клиническом материале показана целесообразность паллиативных трансплевральных резекций, выполненных по показаниям, и доказана возможность предельно обширных вмешательств, включающих колоэзофагопластику на завершающем этапе.

Впервые разработан и внедрен способ ригидного протезирования кардиоэзофагеальных карцином под лапароскопическим контролем.

### **Практическая значимость исследования**

Работа полностью посвящена вопросам улучшения качества жизни и питания инкурабельных больных с терминальной дисфагией. Применение по показаниям как ригидных, так и саморасширяющихся стентов, а так же паллиативных резекций позволяет максимально использовать их преимущества и избавить больных от носительства гастростомы практически в любых клинических ситуациях. Лапароскопический контроль при постановке ригидного стента существенно сокращает госпитальный период.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Основные положения, сформулированные в исследовании, и практические рекомендации внедрены в практику работы Волгоградского областного клинического онкологического диспансера №1, Волгоградского областного онкологического диспансера №2, на кафедре онкологии с курсом онкологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

Дифференцированное применение паллиативных резекций и разных видов стентирования распространенных кардиоэзофагеальных карцином позволяет избежать гастростомии, значительно улучшить непосредственные результаты и качество жизни пациентов, и, в целом ряде случаев, добиться прироста продолжительности их жизни.

### **Апробация работы**

Материалы работы доложены на Волгоградском областном научном обществе хирургов и онкологов (апрель, 2007г.), Российской практической конференции «Абдоминальная онкология. Достижения и перспективы» (июнь 2012 г., г. Сочи).

Апробация диссертации состоялась 31.05.2013 года на совместном заседании сотрудников кафедры онкологии с курсом онкологии ФУВ, кафедры

госпитальной хирургии, кафедры факультетской хирургии, кафедры хирургии ФУВ с курсом проктологии, кафедры общей хирургии и кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, собрания врачей Волгоградского областного клинического онкологического диспансера.

**Публикации:** по теме диссертации опубликовано 19 работ.

**Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 155 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, характеристики материалов и методов исследования, 3 глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, указателя литературы, включающего 80 отечественных и 121 зарубежных источников. Работа содержит 36 рисунков и 14 таблиц.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Характеристика материала и методов исследования

В основу работы положен анализ клинических данных 238 больных распространенным и метастатическим кардиоэзофагеальным раком, осложненным дисфагией. Все пациенты оперированы в торакоабдоминальном отделении Волгоградского областного клинического онкологического диспансера №1 в период с 1985 по 2008 год.

Мужчин было 177 ( $74,4 \pm 2,9\%$ ), женщин – 61 ( $25,6 \pm 2,9\%$ ) в возрастном интервале от 29 до 85 лет. Средний возраст составил  $60,2 \pm 9,3$  года.

Дисфагия I степени констатирована у 15 (6,4%), II степени – у 47 (19,7%), III степени – у 129 (54,2%), и IV степени – у 47 (19,7%) пациентов.

Потерю массы тела отмечали 136 (57,1%) пациентов, причем 66 (27,7%) – вплоть до кахексии с падением индекса массы тела (ИМТ) менее 16. Болевой синдром был выражен у 122 (51,3%), анемию мы регистрировали у 58 (24,4%) больных. Кровотечение развилось в 6 (2,5%), перфорация распадающейся опухоли – в 1 (0,4%) случае.

Гистологическая структура большинства опухолей кардиоэзофагеальной зоны была представлена аденокарциномой различной дифференцировки в 204 (85,7%) случаях. Плоскоклеточный рак был выявлен у 32 (13,4%), недифференцированный рак – у 2 (0,8%) больных.

В 47 (19,7%) наших наблюдениях пищевод был поражен на уровне ретроперикардального, в 53 (22,3%) - наддиафрагмального, в 39 (16,4%) - диафрагмального и в 99 (41,6%) - абдоминального сегмента. Опухоль распространялась на проксимальный отдел желудка в 139 (58,4%) (собственно кардиоэзофагеальный рак), на тело и антропилорический отдел (собственно гастроэзофагеальный рак) – в 92 (38,7%) случаях. Кроме того, к гастроэзофагеальному раку мы относили 7 (2,9%) наблюдений юкстакардиальной инвазии карцином культи желудка.

Распределение больных по стадиям процесса в начальный период исследования осуществляли в соответствии с классификацией UICC TNM 1989 года и регламентировали, таким образом, случаи формирования гастростом. Позже мы придерживались классификации Японской ассоциации по раку желудка (Japanese Gastric Cancer Associations, JGCA, 1998 г.) (табл. 1).

Таблица 1.

**Распределение больных по стадиям опухолевого процесса**

<b>Стадия</b>	<b>TNM</b>	<b>Число больных</b>
<b>IIIВ</b>	T3N2M0	9 (3,8%)
	T4N1M0	23 (9,7%)
<b>IV</b>	T4N2M0	34 (14,3%)
	T4N3M0	1 (0,4%)
	Tx-4Nx-3M1	171 (71,8%)
<b>Всего</b>		238 (100%)

В структуре отдаленного метастазирования преобладали поражения печени (n=56), забрюшинных и средостенных лимфоузлов (n=51),

диссеминация по брюшине (n=93). Отдаленные метастазы других типичных локализаций (яичники, Дугласово пространство, легкие) представлены по 1 случаю. Кроме того, у 30 пациентов сочеталось две и более зоны метастазирования.

Для ликвидации дисфагии нами выполнено 185 симптоматических операций – гастротомии и эндопротезирования опухолевых стенозов. Их применяли при «вколоченных» в забрюшинное пространство, несмещаемых кардиоэзофагеальных раках и, как следствие, невозможности органосохраняющей резекции. На ранних этапах работы нами было сформировано 50 гастротом по общепринятой методике Витцеля (n = 26) и Топровера (n = 24).

С 1996 года в контексте борьбы за качество жизни мы применяли исключительно эндопротезирование опухолевых стенозов кардии. Из 135 стентирований 120 выполнили ригидными пластиковыми протезами собственного производства. Технология их изготовления проста и отличается экономичностью. Протез диаметром 1 см удерживается в опухоли за счет ребристой наружной поверхности, раструба в проксимальной его части и стопорного кольца, устанавливаемого на резьбу в дистальной части после гастротомии. Сюда же монтируется антирефлюксная манжета. В комплект входит струна-проводник, по которой в просвет опухоли доставляется буж, снабженный эндопротезом.

При сложном внутреннем рельефе опухоли производили заблаговременное пробное внедрение проводника под рентгеновским контролем. Выполняли лапаротомию. После введения бужа с протезом со стороны брюшной полости проверяли правильность его расположения, и протез фиксировали стопорным кольцом через гастротомическое отверстие, предотвращая таким образом риск смещения стента в проксимальном направлении (рис. 1).

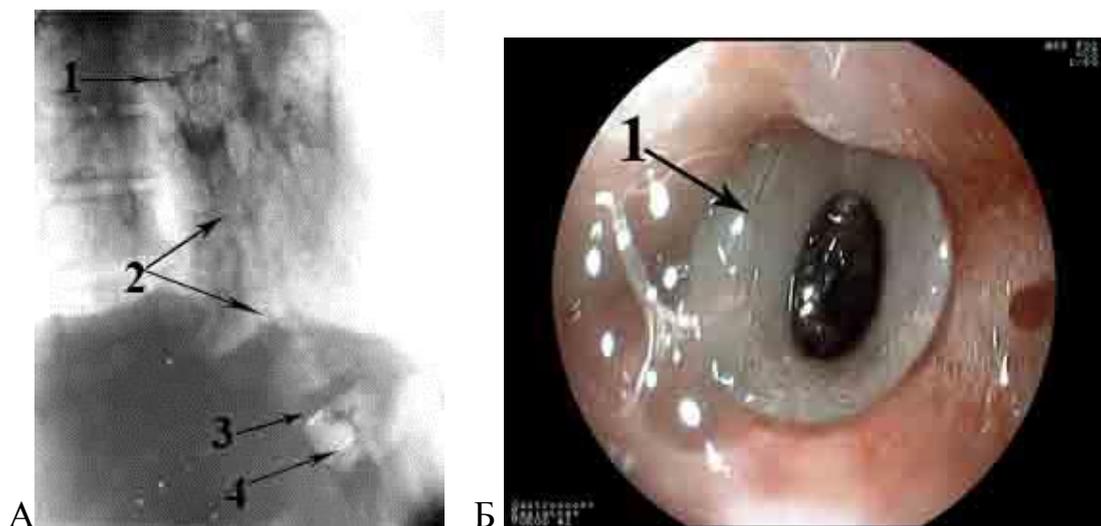


Рис. 1. Рентгенограмма А) и эндифото Б) эндпротеза, установленного в зону стеноза кардио-эзофагеального перехода: 1) раструб протеза; 2) корпус протеза с резьбой; 3) стопорное кольцо; 4) антирефлюксная манжета

В 17 случаях мы установили ригидный стент под лапароскопическим контролем. Для этого камеру устанавливали параумбиликально, а манипуляционные лапаропорты по срединной линии под мечевидным отростком и в левом подреберье. Через них осуществляли идентификацию стента, его удержание в желудке и оценку фиксации (рис. 2). Гастротомия в данной ситуации не выполнялась.

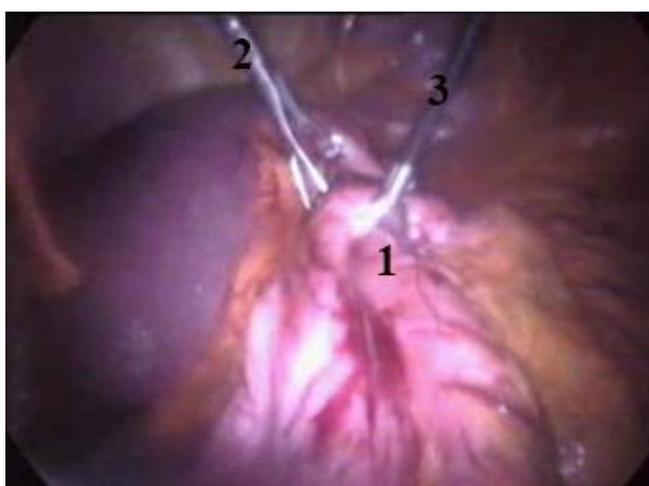


Рис. 2. Инструментальный контроль положения жесткого стента: 1) эндпротез в просвете желудка; 2,3) эндоскопические манипуляторы

Кроме того, в период с 2008 года в нашей клинике установлено 15 саморасширяющихся металлических покрытых стентов «Choo» фирмы

«M.I.Tech», Ю.Корея. Во всех случаях мы доставляли их эндоскопически под прямым рентгенотелевизионным контролем (рис. 3).

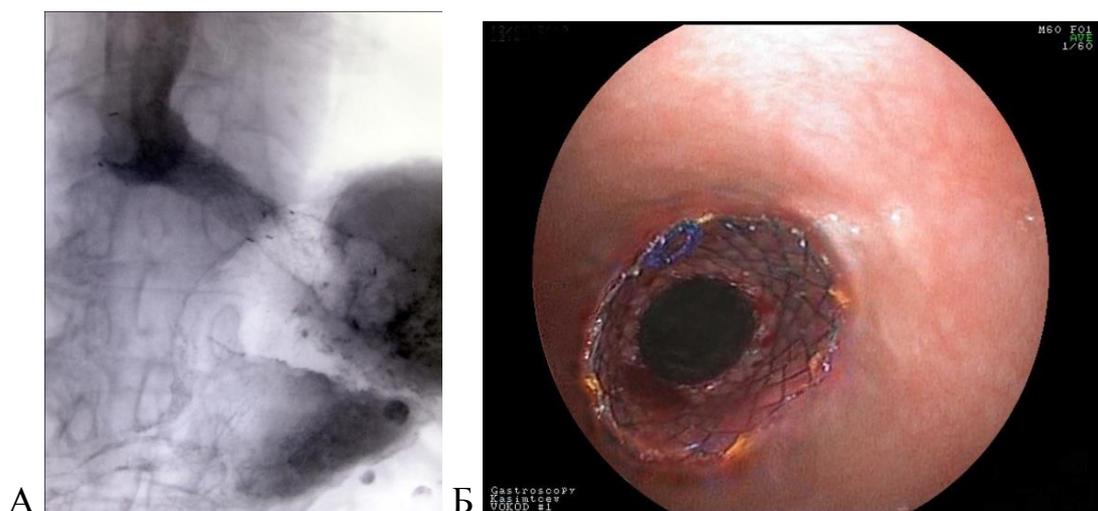


Рис. 3. Рентгенограмма А) и эндофото Б) саморасширяющегося стента в зоне кардиоэзофагеального перехода

Паллиативные трансплевральные резекции и гастрэктомии мы выполнили 53 больным при наличии остаточной макроскопической (R2) опухоли ( $n = 24$ ), либо на фоне отдаленных метастазов ( $n = 29$ ) в печени (3), по брюшине (20) и забрюшинном пространстве (11). У 5 ( $9,4 \pm 4,0\%$ ) пациентов сочетались метастазы различных локализаций. В числе 53 паллиативных операций – 19 ( $35,8 \pm 6,6\%$ ) субтотальных проксимальных резекций желудка, 31 ( $58,4 \pm 6,8\%$ ) гастрэктомия, и 3 ( $5,7 \pm 3,2\%$ ) экстирпации культи желудка с резекцией грудного отдела пищевода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Непосредственные результаты

Формирование гастростомы практически во всех случаях сопровождалась техническими трудностями в связи с частой опухолевой инфильтрацией желудочной стенки и резким ограничением подвижности проксимального отдела желудка, что делало проблематичным выведение стомы на переднюю брюшную стенку.

В 13 ( $26,0 \pm 6,2\%$ ) случаях операция выполнена в срочном порядке: у 1 больного в связи с перфорацией опухоли; еще у 12 – в связи с полной дисфагией и выраженным истощением.

Осложнения развились у 20 ( $40,0 \pm 6,9\%$ ) больных: 12 ( $24,0 \pm 6,0\%$ ) – после гастростомии по Витцелю и 8 ( $16,0 \pm 5,2\%$ ) – после гастростомии по Топроверу. Превалировали гнойно-септические заболевания у 12 ( $24,0 \pm 6,0\%$ ) пациентов: мацерация кожи (7), некроз стомы (1), эвентерация кишечника (1), абсцесс брюшной полости (3). У 4 ( $8,0 \pm 3,8\%$ ) диагностировали пневмонию, у 1 ( $2,0 \pm 2,0\%$ ) – инфаркт миокарда, а так же 1 ( $2,0 \pm 2,0\%$ ) перфорация и 2 ( $4,0 \pm 2,8\%$ ) кровотечения из опухоли. После операции умерли 6 ( $12,0 \pm 3,6\%$ ) человек от кровотечения из опухоли (2), ее перфорации (1), абсцесса брюшной полости (1), пневмонии (1), острого инфаркта миокарда (1). Таким образом, в свете контрольных результатов безопасность гастростом при распространенном кардиоэзофагеальном раке показалась нам преувеличенной.

С 1996 года при невозможности радикальной и паллиативной резекции опухоли кардиоэзофагеального перехода, мы выполняли только эндопротезирование тем или иным способом всем без исключения нуждающимся больным. Анализируя исходный статус 135 пациентов данной группы, мы не отметили существенных различий в сравнение с данными больных, подвергнутых гастростомии. Их состояние не было легче, скорее наоборот, они оказались, в среднем, несколько старше – средний возраст составил  $62,1 \pm 9,2$  года против  $59,9 \pm 8,1$  года группы носителей гастростом ( $p > 0,05$ ), с большей частотой развития полной дисфагии ( $28,2 \pm 3,9\%$  против  $18,0 \pm 5,4\%$ ).

Открытый способ постановки ригидных пластиковых стентов посредством лапаротомного ( $n = 96$ ) и торакотомного ( $n = 7$ ) доступов мы использовали при протяженных сужениях, сложном внутреннем рельефе опухоли, при полных стойких стриктурах, толерантных к электрохирургической реканализации, после ранее перенесенных лапаротомий.

Таким образом, нами оперированы 103 пациента, из них 16 ( $15,5 \pm 3,6\%$ ) – в срочном порядке на фоне полной дисфагии, выраженной алиментарной и раковой кахексии.

После 103 лапаротомных эндопротезирований последовало 13 ( $12,6 \pm 3,3\%$ ) осложнений, из них 2 ( $1,9 \pm 1,3\%$ ) фатальных. К специфическим осложнениям ригидного стентирования мы отнесли 2 ( $1,9 \pm 1,3\%$ ) случая линейного надрыва циркулярных коротких опухолевых стриктур, полученных при избыточно насильственном внедрении протезов, в итоге герметично прикрывших зоны перфорации, а так же миграцию 2 ( $1,9 \pm 1,3\%$ ) стентов: один – в пищевод, низведен релентированием; второй – в желудок, извлечен, желудок стомирован. Мы получили 2 ( $1,9 \pm 1,3\%$ ) фатальных кровотечения из опухоли.

Для 17 протезирований с лапароскопической поддержкой отбирали случаи, простые по технике исполнения. Непременным условием такого подхода являлась умеренная распространенность опухоли, что способствовало легкой идентификации протеза в просвете желудка и его удержанию при извлечении бужирующего устройства.

Осложнения после стентирования при видеолaparоскопическом ассистировании возникли 2 ( $11,8 \pm 7,8\%$ ) раза с 1 ( $5,9 \pm 5,7\%$ ) летальным исходом от ТЭЛА. Конверсия к лапаротомии потребовалась однажды - при стойкой стриктуре, неподвластной бужированию.

Среднее время эндопротезирования открытым способом составило  $55 \pm 20$  мин., при видеолaparоскопической поддержке –  $35 \pm 10$  мин. Пациенты группы видеолaparоскопического эндопротезирования выгодно отличалась более ранней активизацией, меньшей потребностью в обезболивании и кратким сроком пребывания на больничной койке после операции, в среднем  $4,5 \pm 2,5$  дня против  $11,1 \pm 4,9$  суток ( $p < 0,05$ ) группы пациентов с традиционным полостным подходом.

Показанием для выполнения 15 эндоскопических постановок саморасширяющихся металлических стентов считали наличие непротяженных стриктур при извитом ходе стенозированной зоны кардиоэзофагеального перехода. При выраженном сужении перед процедурой стентирования в 8 случаях проводили, в среднем, 2 – 3 предварительных сеанса эндоскопической электрокоагуляции до достижения диаметра опухолевого канала 0,9 см. Стойкие стриктуры большой протяженности, которые невозможно предварительно реканализировать, остаются за пределами возможности данного метода. В данной группе мы получили 2 ( $13,3 \pm 8,8\%$ ) осложнения – пневмонию (1) и миграцию стента (1), устраненную эндоскопической репозицией. Летальных исходов не было.

Таким образом, оценивая непосредственные результаты 135 стентирований, мы отмечаем, что они сопровождается достоверно меньшим числом осложнений –  $12,6 \pm 2,9\%$  и послеоперационной летальности –  $2,2 \pm 1,3\%$  в сравнении с традиционной гастростомией –  $40,0 \pm 6,9\%$  и  $12,0 \pm 3,6\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

Выполнение паллиативных трансплевральных резекций 53 больным считали показанным при соблюдении следующих критериев: опухоль должна быть местнорезектабельной, объём остаточной опухоли должен оказаться минимальным, а риск выполняемой паллиативной резекции – умеренным, не препятствующим полноценной реабилитации и своевременной химиотерапии.

Абдомино-медиастинальный подход с верхнесрединной лапаротомией и сагиттальной диафрагмотомией применен нами 8 ( $15,1 \pm 4,9\%$ ) раз у пациентов со сниженными функциональными возможностями и противопоказаниями к торакотомии. Комбинированный торакоабдоминальный доступ справа использовали 7 ( $13,2 \pm 4,6\%$ ) раз при высоком поражении пищевода до ретроперикардального его сегмента. Абдомино-торакальный доступ слева в 6-7 межреберье в положении пациента на правом боку считали основным. Таким подходом мы оперировали 30 ( $56,6 \pm 6,8\%$ ) пациентов. В 8 ( $15,1 \pm 4,9\%$ )

случаях применяли торакофренолапаротомию в положении больного на спине, когда в ходе чревосечения запоздало распознавали инвазию рака желудка на пищевод. В 29 ( $54,7 \pm 6,8\%$ ) случаях производили лимфодиссекцию в объеме D2, в 7 ( $13,2 \pm 4,6\%$ ) – D3 лимфодиссекцию при обнаружении распространенных и явных забрюшинных лимфометастазов. Комбинированные паллиативные вмешательства выполнены 23 ( $43,4 \pm 6,8\%$ ) больным со спленэктомией (17), резекцией поджелудочной железы (6); печени (3), ободочной кишки (2), диафрагмы (2), перикарда (1), гемиколэктомией слева (1), адреналэктомией слева – 1. В 7 ( $13,2 \pm 4,6\%$ ) случаях вовлечение в процесс нескольких органов потребовало выполнение мультивисцеральных резекций.

На реконструктивном этапе у 31 ( $58,5 \pm 6,8\%$ ) больного применяли еюнопластику. Трансплантат в виде желудочной трубки сформирован нами 19 ( $5,8 \pm 6,6\%$ ) раз. У 3 ( $5,7 \pm 3,2\%$ ) больных в результате обширной резекции дигестивного тракта принимали решение об одномоментной пластике толстой кишки (рис. 4).

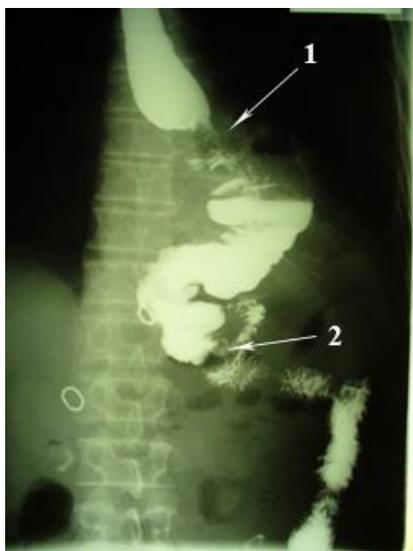


Рис. 4. Рентгенограмма на 7-е сутки после колоэзофагопластики.

Состоятельность эзофагоколо- (1) и колоэнтероанастомозов (2)

Во всех случаях для трансплантации выбирали левую половину толстой кишки на питающей средней (2) и левой (1) ободочной артерии. Колоэнтероанастомоз между начальной петлей тощей кишки и аборальным

фрагментом трансплантата формировали двурядным швом по типу “конец в бок”. Оральный конец мобилизованного сегмента толстой кишки соединяли с пищеводом двумя рядами капроновых швов “конец в конец”.

После 53 паллиативных трансплевральных резекций последовало 13 ( $24,5 \pm 5,9\%$ ) осложнений. Превалировали заболевания легких – 6 ( $11,3 \pm 4,3\%$ ) случаев. Послеоперационные панкреатиты у 2 ( $3,8 \pm 2,6\%$ ) больных представлены отечными формами с виражом амилазы в крови и моче. Гнойно-септические осложнения в серии наших наблюдений возникли у 5 ( $9,4 \pm 4,0\%$ ) больных: 2 ( $3,8 \pm 2,6\%$ ) нагноения послеоперационной раны; 1 ( $1,9 \pm 1,9\%$ ) пролежень тонкой кишки назоинтестинальным зондом с перфорацией кишечной стенки и перитонитом. Несостоятельность швов анастомоза получили у 2 ( $3,8 \pm 2,6\%$ ) больных с 1 ( $1,9 \pm 1,9\%$ ) летальным исходом.

В целом, частота осложнений –  $24,5 \pm 5,9\%$ , и летальность –  $1,9 \pm 1,9\%$  достоверно не возрастали в сравнение с результатами симптоматических операций протезирования –  $12,6 \pm 2,9\%$  и  $2,2 \pm 1,3\%$  соответственно ( $p > 0,05$ ).

### **Отдаленные результаты и качество жизни**

Исходя из задач исследования, нами были оценены отдаленные результаты и качество жизни 200 пациентов групп симптоматического и паллиативного оперативного лечения. Расчет выживаемости производили по методу Kaplan-Meier, достоверность различий определяли с использованием log-rank теста. Оценивая качество жизни в начальный период нашего исследования, мы использовали шкалу Карновского, а начиная с 1996 года программу исследования дополнили анкетированием с помощью многопрофильного общего опросника SF-36 перед выпиской и с интервалом 2 - 3 месяца после операции. В качестве эталона был использован базовый профиль качества жизни группы 140 здоровых респондентов – жителей Волгоградской области, которым было предложено однократно ответить на вопросы опросника.

Ожидаемо скромная средняя продолжительность жизни 112 стентированных пациентов составила  $4,6 \pm 0,2$  мес., но оказалась выше сроков жизни 41 больного после гастростомии –  $3,4 \pm 0,2$  мес. (log-rank тест,  $p < 0,01$ ). Ни один из представителей данной когорты не пережил однолетний рубеж.

Отдаленные результаты паллиативного хирургического лечения кардиоэзофагеального рака и качество жизни прослежены у 47 больных. Более 1 года прожили 25 ( $53,2 \pm 6,9$  %), более 2-х лет – 8 ( $17,0 \pm 5,2$ %), более 3-х лет – 4 ( $8,5 \pm 3,8$ %), более 4-х лет – 2 ( $4,3 \pm 2,8$ %) больных. Средняя продолжительность жизни составила  $15,6 \pm 1,7$  месяцев, а медиана выживаемости – 12,0 месяцев ( $p < 0,001$ ) (рис. 5). Эти показатели существенно и достоверно превысили результаты симптоматического лечения.

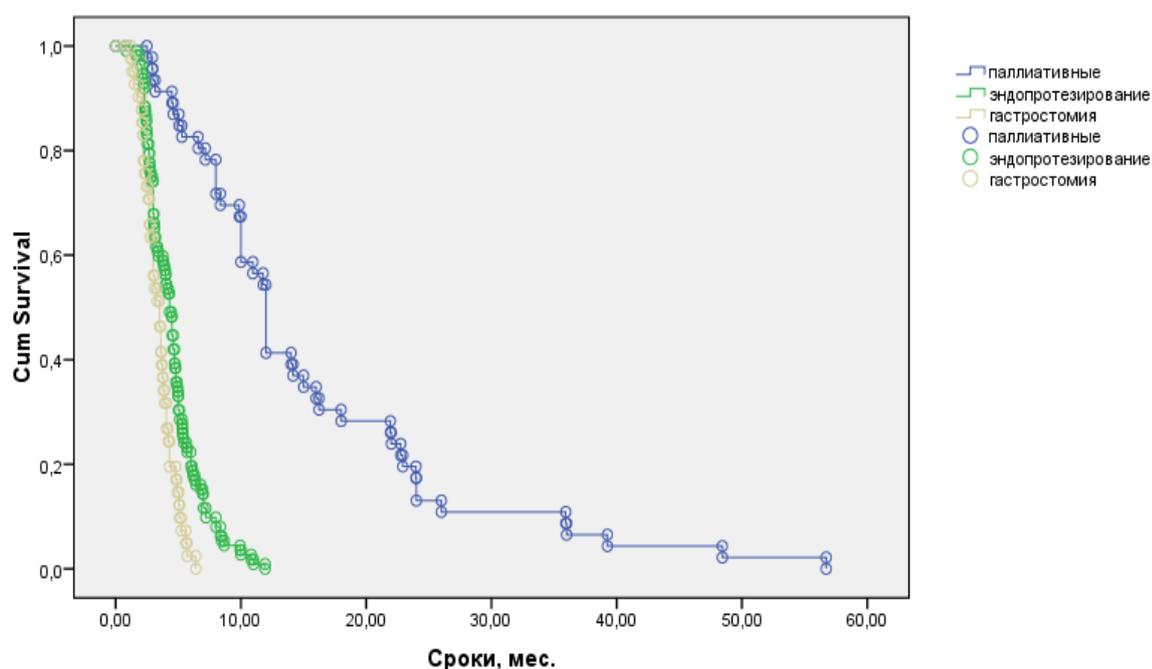


Рис. 5. График выживаемости больных после паллиативного и симптоматического хирургического лечения

Средние сроки дожития после паллиативных трансплевральных гастрэктомий были несколько выше в сравнении с субтотальными проксимальными резекциями желудка –  $19,4 \pm 2,9$  мес. против  $13,7 \pm 2,2$  мес. ( $p= 0,165$ ). Более благоприятной была группа больных ШБ стадии –  $23,3 \pm 3,3$  мес. в сравнении с IV-ой –  $12,3 \pm 1,8$  мес. ( $p= 0,011$ ). Самый скромный прогноз

в серии наших наблюдений имели больные с резидуальными лимфометастазами –  $10,5 \pm 1,9$  мес. без достоверного различия сроков дожития между гистологически подтвержденными резидуальными N2 ( $13,2 \pm 3,2$  мес.) и N3 ( $8,9 \pm 2,4$  мес.) уровнями ( $p = 0,488$ ). Больше оказалась продолжительность жизни пациентов с резидуальной R2 опухолью ( $17,1 \pm 2,4$  мес.), а так же перитонеальной P1 диссеминацией ( $21,0 \pm 7,8$  мес.). Паллиативные вмешательства в большинстве этих случаев достоверно продлевали жизнь пациентов.

При исследовании качества жизни у 41 носителя гастростомы, только в 8 случаях состояние оценивалось в 60-70 баллов, у 21 – 50 баллов, а в 12 наблюдениях – 40 баллов. К моменту выписки нам удавалось достигнуть повышения качества жизни стомированных больных до уровня 60-70 баллов по шкале Карновского. Дальнейшее наблюдение показало, что только 4 ( $9,8 \pm 4,6\%$ ) пациента имели временную прибавку массы тела, 7 ( $17,1 \pm 5,9\%$ ) – ее стабилизацию и 30 ( $73,1 \pm 6,9\%$ ) – прогрессивно худели. Практически все пациенты через 1,5 - 2 месяца после операции получали разгерметизацию стомы, появлялась мацерация кожи живота и дерматит. Только у 7 ( $17,1 \pm 5,9\%$ ) человек в течение первых 2 месяцев с момента выписки из стационара было отмечено улучшение субъективного самочувствия, что обеспечило прогресс до 80 баллов по шкале Карновского. В оставшихся случаях мы регистрировали быстрое ухудшение общего состояния и утрату пациентами качества жизни, сопровождавшееся прогрессирующей потерей в весе у подавляющего количества респондентов. Для объективизации данных мы ввели в работу критерий «средняя продолжительность качественного дожития», который рассчитывали как время жизни больного в условиях сохраненного самообслуживания и редкой потребности внешней помощи (60 баллов шкалы Карновского и выше). На группу 23 прослеженных больных этот показатель оказался ничтожно мал и составил  $1,6 \pm 0,8$  мес.

Эндопротезирование опухолевой обтурации относительно легко переносилось больными и наносило меньшую психическую травму по сравнению с гастростомией. Анализ качества жизни с помощью опросника SF-36 показал снижение средних показателей КЖ у пациентов основной группы по сравнению с контрольной: физическое функционирование (ФФ) – 63,7 (контроль 79,2); ролевое физическое функционирование (РФФ) – 27,5 (56,3); боль (Б) – 45,8 (60,9); общее здоровье (ОЗ) – 44,2 (52,4); жизнеспособность (Ж) – 38,8 (55,6); социальное функционирование (СФ) – 37,9 (70,0); ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) – 25,0 (38,4); психологическое здоровье (ПЗ) – 28,4 (60,6). В категории шкал психологического здоровья снижение показателей составляло от 31 до 53% от регионарной нормы. При этом снижение показателей шкал физического здоровья составляло от 20 до 26%, за исключением РФФ, где эти изменения достигли 51%. Дальнейшее изучение качества жизни в динамике отмечало клинически значимое увеличение показателей шкал физического и психического здоровья уже с первого месяца после операции, достигая максимальных значений ко второму месяцу послеоперационного периода, в среднем, на 17-26%. Причем наиболее выраженными положительными изменениями были у прогностически неблагоприятной группы больных с изначально низкими показателями здоровья. Произшедшие различия в системах изучения качества жизни не позволили нам объективизировать преимущества стентирования над гастростомией. Но мы можем отметить, что, в отличие от носителей гастростомы, ни один пациент после стентирования не высказал неудовлетворенности характером питания. Функционирование стента оставалось хорошим до последних дней жизни больных. Прибавку в весе отмечали 36 ( $32,1 \pm 4,4\%$ ), а стабилизацию массы тела – 68 ( $60,7 \pm 4,6\%$ ) респондентов. Длительность периода «качественного дожития» возрастала до  $3,6 \pm 0,7$  мес. в сравнении с группой стомированных больных ( $p < 0,05$ ).

Среди 47 пациентов, перенесших паллиативное хирургическое лечение, преобладали изменения характеристик шкал психологического здоровья над

изменениями уровня здоровья физического. Так показатели физического здоровья составили: ФФ – 72,3; РФФ – 28,5; ОЗ – 50,2; Б – 43,4, что составило 50,6% - 91,3% от регионарной нормы. Шкалы психологического функционирования приняли следующие значения: Ж – 35,9; СФ – 39,9; РЭФ – 27,0 и ПЗ – 32,8, что составило от 54,1% до 70,3% от нормы. Различия в исходных показателях качества жизни между двумя группами больных паллиативного и симптоматического лечения были достоверными и находились в прямой зависимости от влияния ведущего симптома – дисфагии, значительно более выраженной в когорте симптоматического лечения.

В динамике нами была отмечена закономерность, характеризующаяся в этапности происходящих с пациентами изменений. Так, параметры психологического здоровья демонстрировали рост уже к исходу первых трех месяцев послеоперационного периода до исходного ( ПЗ – 33,6; РЭФ – 25,9), а по некоторым шкалам (СФ – 46,1; ПЗ – 46,3) – выше исходного уровня, что связано нами с осознанием пациентами факта полученного лечения, ликвидацией основных симптомов рака. В дальнейшем эти показатели сохраняли стабильное плато на уровне 32-48 баллов до 9-12 месяцев послеоперационного периода с последующим постепенным снижением, связанным с прогрессированием опухолевого процесса. Анализ физического здоровья, наоборот, демонстрировал достаточно низкий уровень 20-30% от физиологической нормы показателей в течение первых трех месяцев (ФФ - 17,3; РФФ – 8,3; Б – 31,3; ОЗ – 32,5), что связано со значительным и травматичным операционным пособием, сроками послеоперационной реабилитации, ограничивающих физическую деятельность пациентов. В дальнейшем с четвертого месяца отмечен рост шкал со стабилизацией плато на достаточно высоком уровне (ФФ - 54,7; РФФ - 32,4; Б - 52,8; ОЗ - 47,8) в интервале 6-9 месяцев послеоперационного периода. Данный период жизни был наиболее благоприятен в плане физической активности и удовлетворительного питания большинства пациентов. Прибавку массы отмечали 12 ( $25,5 \pm 6,4\%$ ), а стабилизацию – 29 ( $61,7 \pm 7,1\%$ ) респондентов. С

12 месяца отмечалось постепенное снижение тестируемых показателей в результате прогрессирования ракового процесса у подавляющего числа пациентов. Из всех исследуемых нами групп, группа пациентов, перенесших паллиативное хирургическое пособие, являлась наиболее благоприятной как в отношении самой продолжительности жизни, так и при оценке периода «качественного дожития», который составил  $11,8 \pm 2,1$  мес.

### **Выводы**

1. В условиях специализированного стационара гастростомия при распространенном кардиоэзофагеальном раке является устаревшей, морально и физически ущербной процедурой, она осложнена в  $40,0 \pm 6,9\%$  случаев с летальностью  $12,0 \pm 3,6\%$  и средней продолжительностью жизни  $3,4 \pm 0,2$  месяца.
2. Стентирование опухоли кардиоэзофагеального перехода является современным способом борьбы с дисфагией при «вколоченных» карциномах, в финале опухолевой прогрессии, у больных старческого возраста и обеспечивает сроки дожития  $4,6 \pm 0,2$  месяца ( $p < 0,05$ ) в условиях лучшего качества жизни и питания.
3. При частичной дисфагии и реканализированной опухоли показано стентирование гибким протезом под эндоскопическим контролем, либо ригидным протезом лапароскопическим доступом. При полной стриктуре со сложным рельефом, либо угрозе нечеткой фиксации жесткого стента он устанавливается только открытым способом и снабжается фиксирующим устройством, что сопровождается достоверно снижением ( $p < 0,05$ ) частоты осложнений ( $12,6 \pm 3,3\%$ ) и летальности ( $1,9 \pm 1,3\%$ ) в сравнении с гастростомией.
4. Паллиативные резекции распространенных кардиоэзофагельных карцином в условиях специализированного стационара не увеличивает опасности послеоперационных осложнений ( $24,5 \pm 5,9\%$ ) и летальности

(1,9 ± 1,9%), и создают предпосылки для проведения специального противоопухолевого лечения.

5. Паллиативные резекции показаны при опухолях кардиоэзофагеального перехода IIIb стадии, при остаточной первичной опухоли R2, либо ограниченной перитонеальной диссеминацией P1, когда они достоверно ( $p < 0,001$ ) увеличивают качество и продолжительность жизни больных до 17,1 – 23,3 месяцев в сравнение с симптоматическими операциями.

### **Практические рекомендации**

1. Доставку ригидного стента в зону опухолевой обтурации необходимо осуществлять только по проводнику, который целесообразно устанавливать под рентгеновским контролем непосредственно перед операцией.
2. Лапароскопический контроль стентирования производится из двух точек: параумбиликально для введения камеры и под мечевидным отростком – для манипуляций. Возможна установка дополнительного манипуляционного порта в левом подреберье.
3. Сложные стойкие стриктуры, когда невозможно заблаговременное проведение струны-проводника, подвергаются предварительному осторожному ретроградному бужированию оператором через просвет желудка. Мануальный контроль всех этапов протезирования полных стриктур со сложным внутренним рельефом направлен на предотвращение их перфорации.
4. После обширной гастроэзофагеальной резекции и невозможности традиционной еюнопластики в качестве пластического материала следует использовать ободочную кишку с питающими средними, либо левыми толстокишечными сосудами.

## РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. 500 трансплевральных резекций пищевода и кардии желудка // Материалы IV Съезда онкологов и радиологов СНГ. Баку, 2006. С. 177 (соавт.: Хвастунов Р. А., Мишарев С. С.).
2. **Возможности паллиативной хирургии в лечении кардиоэзофагеального рака** // Вестник ВолГМУ, выпуск 2 (42), 2012. С. 107-111. (соавт. Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю., Иванов А.И.)
3. **Выбор способа лечения дисфагии при кардиоэзофагеальном раке** // Паллиативная медицина и реабилитация, №3, 2012, С. 31-35. (соавт.: Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю.).
4. Колоэзофагопластика при хирургическом лечении рака пищевода и кардии // Материалы IV Съезда онкологов и радиологов СНГ. Баку, 2006. С. 178 (соавт.: Хвастунов Р. А., Мишарев С. С., Шерешков А. Ю.).
5. Одномоментная эзофагогастропластика при раке пищевода и кардии// Материалы III съезда онкологов СНГ, Минск, 2005, с. 112. (соавт. Хвастунов Р.А., Широков О.В., Мишарев С.С., Шерешков А.Ю.)
6. Опыт трансплевральных резекций пищевода и кардии желудка // Мат-лы науч.-практ. конф. “Состояние здоровья населения Волгоградской области и современные медицинские технологии его коррекции”. – Волгоград: Волгоградский Гос. Мед. университет, 2005. – С. 53-56 (соавт.: Хвастунов Р. А., Шерешков А. Ю.).
7. Паллиативное и симптоматическое хирургическое лечение опухолевой дисфагии// Материалы VI ежегодной Российской онкологической конф.- Москва, 26-28 ноября 2002г., С. 158 (соавт. Хвастунов Р.А., Мишарев С.С.).
8. Паллиативные гастрэктомии и операции большого объема при раке желудка// Материалы конференции, посвященные 100-летию ОКБ – Волгоград 2005. С. 62-63 (соавт. Хвастунов Р.А., Иванов А.И., Ненарокомов А.Ю.).

9. Паллиативные шунтирующие операции при раке кардиоэзофагеального перехода // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ, Баку, С. 179. (соавт. Хвастунов Р.А.).
10. **Пути улучшения непосредственных результатов хирургического лечения юстакардиального рака**// Современная онкология Т. 08/№4/2006, с. 52-56. (соавт. Хвастунов Р.А., Шерешков А.Ю., Иванов А.И.).
11. Применение толстокишечной эзофагопластики при оперативном лечении рака пищевода и кардии // Вопросы клинической онкологии. Сборник науч. трудов.- Волгоград, 2005. С. 56-64. (соавт. Хвастунов Р.А., Мишарев С.С., Шерешков А.Ю.).
12. Проблемы изучения качества жизни в онкологии // Результаты и перспективы модернизации российского медицинского образования и адаптации к международным стандартам, 2009. С. 175-178 (соавт. Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю., Иванов А.И.).
13. **Расширенная D3 лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака желудка** // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 12. С. 34-38. (соавт. Хвастунов Р.А., Шерешков А.Ю., Широков О.В., Иванов А.И., Данилов С.П.).
14. **Современная концепция исследования качества жизни в онкологии** // Фундаментальные исследования №2, 2012, С. 421-425. (соавт. Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В.).
15. Суперрасширенные операции при раке желудка //Актуальные вопросы экспериментальной и клинической онкологии.- Ростов-на-Дону.- 2001.- С. 62-64 (соавт.: Хвастунов Р.А., Широков О.В.)
16. **Современные подходы к паллиативному лечению рака органов желудочно-кишечного тракта** // Вестник ВолГМУ Выпуск 3 (27), 2008г. С. 9-15. (соавт.: Ненарокомов А.Ю., Иванов А.И.).
17. Хирургические альтернативы гастростомии в лечении стенозирующих опухолей кардиоэзофагеального перехода // Вопросы клинической

онкологии. Сборник науч. трудов.- Волгоград, 2005. – С. 118-124. (соавт.: Хвастунов Р. А., Ненарокомов А.Ю., Шерешков А.Ю., Иванов А.И.).

18. **Хирургическое паллиативное и симптоматическое лечение распространенных опухолей кардиоэзофагеального перехода** // Креативная хирургия и онкология, 2012. №3, – С. 14-17 (соавт.: Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю.,Иванов А.И., Мишарев С.С., Козлов М.В.).
19. Циторедуктивные операции в комбинации с химиотерапией в лечении распространенного и диссеминированного рака желудка [Электронный ресурс] // Креативная онкология и хирургия, 2012, №4, <http://eoncosurg.com/?p=2967#more-2967> (соавт.: Хвастунов Р.А., Ненарокомов А.Ю., Иванов А.И.).







