

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПАЛЛИАТИВНОЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

**Р.А. Хвастунов, А.Ю. Мудрый, А.Ю. Ненарокомов,
А.И. Иванов, С.С. Мишарев, М.В. Козлов**

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсом онкологии ФУВ
ГБУЗ Волгоградский областной клинический онкологический диспансер №1

Хвастунов Роман Александрович, зав. кафедрой, главный
онколог Волгоградской области, д-р мед. наук, профессор,

Мудрый Алексей Юрьевич, хирург-онколог,

Ненарокомов Александр Юрьевич, ассистент кафедры
онкологии, канд. мед. наук,

Иванов Александр Игоревич, ассистент кафедры онкологии,
400131, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1,

Мишарев Сергей Сергеевич, хирург-онколог,

Козлов Михаил Валерьевич, врач-эндоскопист,

400138, Россия, г. Волгоград, ул. Землячки, д. 78,

тел. 8 (927) 253-56-31,

e-mail: alexwise72@gmail.com

В статье рассмотрены вопросы оптимизации хирургического лечения местнораспространенного и метастатического рака кардиоэзофагеального перехода, избавляющего больных от носительства гастростом. Изучены непосредственные и отдаленные исходы 238 операций, выполненных в период с 1990 по 2010 годы. Отмечены преимущества оперативных и эндоскопических вариантов пищевода стентирования перед гастростомиями. Определены показания и условия выполнения различных вариантов стентирования. Выполнение циторедуктивных трансплевральных резекций не сопровождалось эскалацией послеоперационной летальности, увеличивало продолжительность жизни пациентов и создавало условия для адьювантной химиотерапии.

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный рак, стентирование, циторедуктивные паллиативные резекции.

SURGICAL PALLIATIVE AND SYMPTOMATIC TREATMENT OF REGIONAL CANCER OF THE CARDIOESOPHAGEAL JUNCTION

**R.A. Khvastunov, A.Yu. Mudryy, A.Yu. Nenarokomov,
A.I. Ivanov, S.S. Misharev, M.V. Kozlov**

Volgograd State Medical University, Oncology Chair with course of Oncology
Volgograd Regional Oncological Dispensary №1

The article deals with the issues regarding the optimization of surgical treatment strategies in regional and metastatic cancer of the cardioesophageal junction which result in elimination of gastric fistulas. Short- and long-term effects of 238 surgeries between 1990 and 2010 have been studied. The benefits of surgical and endoscopic esophageal stenting over gastrostomy have been reported. The indication for and esophageal stent placement procedures have been defined. The article concludes that cytoreductive transpleural resection surgeries were not associated with increased post-operative mortality. However, they resulted in prolongation of patient's lives and creating proper conditions for delivering adjuvant chemotherapy.

The key words: cancer of the cardioesophageal junction, stenting, cytoreductive palliative resection surgery.

Век высокотехнологичной хирургии и таргетной химиотерапии существенно раздвинул границы методов лечения распространенных злокачественных новообразований. Сегодня уже не оспаривается тактика

настойчивой хирургической циторедукции в целых отраслях паллиативной онкохирургии – при колоректальном раке, раке почки, раке яичников [2,3]. Расширен арсенал эндоскопических методов, направленных

на сохранение и восстановление качества жизни пациентов [4,5,6]. Изучению подобных тенденций в хирургии распространенного и метастатического юкстакардиального рака и посвящено наше исследование.

Цель исследования

Разработать современную тактику паллиативного и симптоматического хирургического лечения больных стенозирующими формами распространенного рака кардиоэзофагеального перехода, избавляющего больных от носительства гастростом.

Материалы и методы

Под юкстакардиальными мы понимаем гастроэзофагеальные железистые и пищеводные плоскоклеточные раки с эпицентром в проекции Z-линии пищевода-желудочного перехода либо в 5 см от него по обе стороны диафрагмы, имеющие много общего в подходах хирургического лечения.

С 1990 по 2010 годы в торакоабдоминальном отделении ГБУЗ ВОКОД №1 под наблюдением находилось 722 таких больных, из них 226 (31,3%) имели IV стадию заболевания. До 1996 года в качестве радикальных операций выполнялись только типичные резекции кардии и нижнегрудного отдела пищевода через правосторонний плевральный доступ. При распространенном раке, следуя классическим установкам, в этот период было сформировано 50 гастростом, составивших контрольную группу исследования. После 1996 года модернизировали хирургическую тактику, в радикальных целях применяя расширенные D3 и расширенно-комбинированные резекции через правый и левый трансплевральный подход. Принципиально отказавшись от гастростом, в это время было выполнено 135 стентирований и 53 паллиативные резекции запущенных юкстакардиальных карцином. Эти случаи вошли в состав 1-й основной и 2-й основной групп исследования.

Таблица 1

Общая характеристика больных запущенным юкстакардиальным раком

Параметры	Гастростомии. Контрольная группа (n=50)	Стентирование. Основная группа 1 (n=135)	Паллиативные резекции. Основная группа 2 (n=53)
Средний возраст	59,9±8,1	62,1±9,2	55,5±9,0*
Местнораспространенный рак	50,0±6,1%	13,3±2,9%*	45,3±6,8%
Метастатический рак	50,0±6,1%	86,7±2,9%*	54,7±6,8%
Дисфагия III-IVст.	62,0±3,1%	96,3±1,2%*	13,2±4,2%*
ИМТ < 16 кг/м ²	34,0±6,7%	33,3±4,1%	7,5±3,6%*
Жизнеугрожающие осложнения (кровотечения, перфорация, анемия)	38,0±6,9%	18,5±3,3%*	34,0±6,5%
Сопутствующие заболевания	66,0±6,7%	66,7±4,1%	69,8±6,3%

*- достоверные различия, $p < 0,05$

Данные наблюдения отличало преобладание мужчин – 177 (74,4±2,9%) в среднем возрасте 60,2±9,3 лет с преимущественным поражением желудка аденокарциномой – 188 (78,7±2,7%) с метастазами (71,8±2,9%) и обширным местным распространением (75,6±2,8%). Все пациенты страдали дисфагией: в 73,9±2,8% – III–IV степени, что побуждало изыскивать современные способы ее ликвидации. Ведущим симптомом являлось истощение с ИМТ < 16 (27,7±2,9%), которое ретушировало другие проявления болезни и выраженность сопутствующих заболеваний. Групповое распределение характеристик представлено в таблице 1, при этом показатели стомированных и стентированных пациентов оказались однообразными по исходным параметрам. Достоверные отличия касались кандидатов на паллиативную резекцию. Критерии их операбельности отличались определенной жесткостью: отбирали относительно молодых пациентов, не изнуренных дисфагией и истощением на почве терминальной диссеминации.

Методики гастростомий были общепринятыми: 26 из них сформировали по способу Витцеля, 24 – по Топроверу.

Из 135 стентирований 120 выполнили ригидными протезами собственного производства из полиэтилена, разрешенного к применению в пищевой и медицинской промышленности (рис. 1А). Технология изготовления проста и отличается дешевизной. Протез диаметром 1 см удерживался 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 производилось заблаговременное пробное внедрение проводника под рентгеновским контролем, ни разу не сопровождавшееся ятрогенными перфорациями. В 18 случаях мы не смогли осуществить предварительную интубацию желудка проводником и благополучно решили эту задачу в ходе операции с помощью мануального контроля через просвет желудка после гастротомии.

При 14 гастроэзофагеальных раках с тотальным поражением желудочной стенки гастротомия была невозможна. Протез устанавливали без особых затруднений и не снабжали его ни стопорным кольцом, ни антирефлюксной манжетой. Ответственным моментом в этих случаях считали верную оценку плотности фиксации протеза в опухоли, единственной предупреждающей его от смещения в пищевод.

Получив положительный опыт 103 открытых операций, в 17 благоприятных случаях, когда передняя стенка желудка была почти интактна, доступна для инструментальной пальпации и позволяла следить за эндогастральными манипуляторами, мы использовали лапароскопический контроль. Для этого камеру устанавливали параумбиликально, а манипуляционный лапаропорт – под мечевидным отростком. Через него осуществляли идентификацию

цию стента, его удержание в желудке и оценку фиксации.

Также в период с 2008 года мы эндоскопически установили 15 саморасширяющихся покрытых стентов корейского производства под прямым рентгенотелевизионным контролем (рис. 1Б).

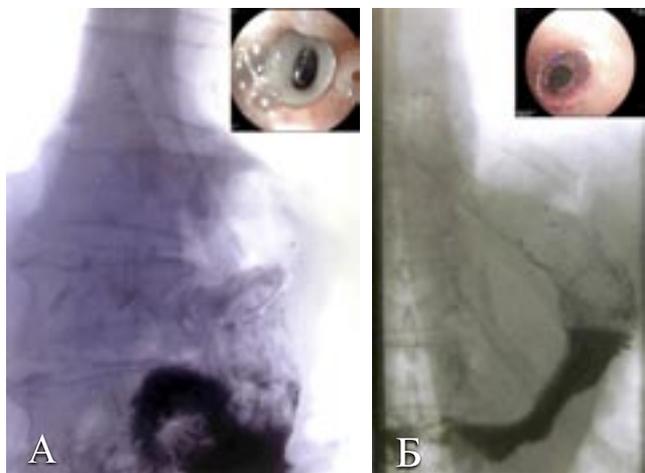


Рис. 1. Рентгенограммы и эндофото ригидного (А) и саморасширяющегося (Б) стентов

Среди 53 паллиативных вмешательств было 19 проксимальных резекций и 34 гастрэктомии: в расширенном варианте D 2,3-36 (67,9±6,4%) случаев и в комбинированном – 23 (43,4±6,8%) со спленэктомией (17), субтотальной резекцией поджелудочной железы (6), резекцией печени (3), гемиколэктомией (3), резекцией перикарда, диафрагмы и адrenaлэктомией (3). В 3 (5,7±3,2%) случаях после обширных резекций произведена одномоментная колоэзофагопластика. Итак, каждая вторая паллиативная резекция отличалась от стандарта.

Результаты и обсуждение

Ожидаемо низкая продолжительность жизни (3,4±0,2 мес.) после гастростомий сопровождалась неожиданно высокой летальностью (12,0±3,6%) и частотой осложнений (40,0±6,9%), среди которых преобладали гнойные (некроз стомы, мацерации кожи, абсцедирование). Основной причиной этого являлись трудности стомирования параканкрозно воспаленного желудка, фиксированного обширной опухолью. В свете контрольных результатов безопасности гастростом при распространенном кардиоэзофагеальном раке показалась нам преувеличенной.

При установке 135 стентов в зону кардиоэзофагеального перехода выявлено 17 (12,6±2,9%) осложнений с 3 (2,2±1,3%) летальными исходами. Непосредственные результаты выглядели предпочтительнее контрольных ($p < 0,05$), тогда как продолжительность жизни пациентов существенно не менялась – 4,6±0,2 мес. Открытый способ применяли в непростых ситуациях: при протяженных сужениях (22); сложном внутреннем рельефе опухоли (24); при полных стойких стриктурах (15), толерантных к электрохирургической реканализации (3); в экс-

тренном порядке (16); в комбинации с сочетанными гастроэнтеростомиями при пилоробульбарном стенозе (2); после ранее перенесенных лапаротомий (18); а также в случаях рецидива рака в анастомозах (3) (рис. 2).

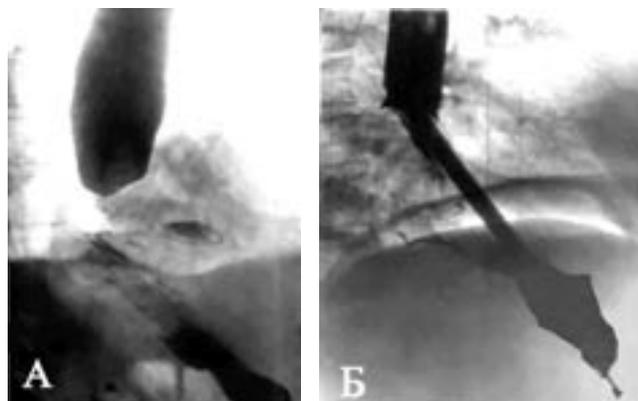


Рис. 2. А. Состояние после субтотальной проксимальной резекции желудка с резекцией грудного пищевода, рецидив в области анастомоза, полная дисфагия. Б. Состояние после эндопротезирования

После 103 лапаротомных стентирований последовало 13 (12,6±3,3%) осложнений, из них 2 (1,9±1,3%) фатальных. К специфическим осложнениям ригидного стентирования отнесли 2 (1,9±1,3%) случая линейного надрыва циркулярных коротких опухолевых стриктур, полученных при избыточно насильственном внедрении протезов, в итоге герметично прикрывших зоны перфорации, а также миграцию 2 (1,9±1,3%) стентов: один – в пищевод, низведен рестентированием; второй – в желудок, извлечен, желудок стомирован. Возникло 2 (1,9±1,3%) фатальных кровотечения. Причем в одном из них источником являлась опухоль, в другом – язва двенадцатиперстной кишки, синхронная с распространенным раком желудка.

Для 17 протезирований с лапароскопической поддержкой отбирали случаи, простые по технике исполнения. Осложнения возникли дважды (11,8±7,8%) с одним (5,9±5,7%) летальным исходом от ТЭЛА. Конверсия к лапаротомии потребовалась однажды – при стойкой стриктуре, неподвластной бужированию.

В отсутствие осложнений больные приступали к питанию жидкими смесями, кашами, пюре, фаршем к исходу первых-вторых суток. Вообще не имели диетических ограничений 15 пациентов, которым по общепринятым методикам установили саморасширяющиеся нитиноловые протезы с 2 (13,3±8,8%) осложнениями в виде пневмонии (1) и миграции стента (1), устраненной эндоскопической репозицией. В 8 случаях требовались сеансы предварительной электрохирургической реканализации для достижения диаметра опухолевого канала 0,9 см.

После 53 паллиативных трансплевральных резекций последовало 13 (24,5±5,9%) осложнений и 1 (1,9±1,9%) смерть от разгерметизации пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Превалировали плев-

ропневмонии, отечные формы послеоперационных панкреатитов, немногочисленные случаи нагноения послеоперационной раны. Риск осложнений не был ассоциирован ни с объемом операций, ни с циторедуктивной лимфодиссекцией, ни с колозофагопластикой.

Все пациенты были реабилитированы к исходу 3 недели после операции и могли приступить к полноценной химиотерапии в условиях полного излечения от источника дисфагии, кровотечения, опухолевого распада. Самостоятельным лечебным потенциалом обладали циторедуктивные резекции при перитонеальной диссеминации, ограниченной одним этажом брюшной полости (P1), в IIIb стадии, при минимальной макроскопической остаточной опухоли (R2), когда они достоверно увеличивали продолжительность жизни больных до $17,1 \pm 2,4$ – $23,3 \pm 3,3$ мес.

Заключение

В условиях современного специализированного стационара гастростомия при распространенном юкстакардиальном раке является устаревшей процедурой. Она небезопасна, физически и морально истощает пациентов. Лучшее качество жизни и разнообразный пищевой рацион обеспечивает методика стентирования. Стентирование показано при «вколоченных» карциномах, в финале опухолевой прогрессии, у больных старческого возраста. При частичной дисфагии и реканализированной опухоли предпочтительнее установка гибкого протеза под эндоскопическим контролем, либо ригидного протеза лапароскопическим доступом. При полной и сложной стриктуре, либо угрозе нечеткой фиксации жесткого стента он устанавливается «открытым» способом, что способствует снижению частоты осложнений и летальности в сравнении с гастростомами.

Циторедуктивные трансплевральные резекции не сопровождаются эскалацией послеоперационной летальности и создают условия для адьювантной химиотерапии. При раке IIIb стадии, P1 перитонеальной диссеминации и R2 резидуальных опухолях они достоверно увеличивают продолжительность жизни пациентов.

Список литературы

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза // РМЖ. – 2008. - №13. - С. 914.
2. Жученко А.П., Калганов И.Д., Филон А.Ф., Лихтер М.С. Паллиативные и циторедуктивные операции при раке ободочной кишки с канцероматозом брюшины // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2009. - №4. - С. 37-41.
3. Покатаев И.А., Стенина М.Б., Тюляндина А.С., Тюляндин С.А. Активная хирургическая тактика в современном алгоритме лечения распространенного рака яичника // Современная онкология. – 2010. - №4. – С. 32-34.
4. Соколов В.В., Филоненко Е.В., Карпова Е.С. и др. Эндоскопическая хирургия, ФДТ и эндопротезирование стенозирующего рака пищевода у инкурабельных больных // Паллиат. мед. и реабилит. - 2003. - №2. - С. 91.
5. Deligiannis E., Corless D.J., Mitchell I., Wastell C. / Surgery for cancer of the gastroesophageal junction. // Dis. Esophag. - 1995. - Vol. 8. - №4. - P. 275-279.
6. Konigsrainer A., Riedmann B., De Vries A. et al. / Expandable metal stents versus laser combined with radiotherapy for palliation of unresectable esophageal cancer - a prospective randomised trial // Hepatogastroenterology. – 2000. - №47. - P. 724-727.

