

в организме и обосновывает необходимость обязательной коррекции психовегетативных расстройств у этих больных.

Качество жизни пациентов с ЯБ и хроническим эрозивным гастродуоденитом в первую очередь связано с длительностью заболевания и частотой обострений в год. Развитие дисбаланса между симпатическим и парасимпатическим звеньями вегетативной регуляции может оказывать влияние на проявления качества жизни у больных ЯБ. При обострении ЯБ происходит нарастание тревоги и депрессии.

Изменения психосоматического статуса находятся в тесной зависимости от клинического варианта заболевания (ЯБ желудка, ЯБ ДПК, эрозивным гастродуоденитом, БОЖ). При назначении афобазола в большей степени наблюдается улучшение показателей шкал КЖ, а также уменьшается или устраняется тревожность и напряженность.

кого и психовегетативного состояния пациента: автореф. дис. ... к. м. н. — М., 2003. — 26 с.

3. Новикова И. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. // Терапевтический архив. — 2007. — № 1 — С. 61—65

4. Рычкова С. В. // Вестник ВолгГМУ. — 2009. — № 2 (30) — С. 69—70.

5. Стаценко М. Е., Деревянченко М. В., Ксенникова Н. В. // Вестник ВолгГМУ — 2010. — № 2 (34) — С. 46—48.

6. Шкатова Е. Ю., Зарипова К. Р., Вахрушева Я. Л. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — Прил. 1. — С. 152—153.

7. Щипалкина Е. В., Еремина Е. Ю. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — Прил. 1. — С. 472—473.

8. Heart rate variability. Standards of Measurement, Physiological interpretation and clinical use. // Circulation. — 1996. — Vol. 93. — P. 1043—1065.

9. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., et al. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. — MA Boston, 1993.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баевский Р. М., Иванов Г. Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. — М., 2001.

2. Колесникова И. Ю. Качество жизни больных язвенной болезнью и его связь с особенностями соматичес-

Контактная информация

Колесникова Ирина Юрьевна — ассистент кафедры амбулаторной и скорой медицинской помощи, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Kolesnikova.volsmu@gmail.com

УДК 616.33-006.6-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Р. А. Хвастунов, А. Ю. Мудрый, А. Ю. Ненарокомов, А. И. Иванов

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра онкологии с курсом онкологии факультета усовершенствования врачей,
Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1*

Выполнено 53 паллиативных трансплевральных резекций желудка и гастрэктомий и 112 дистальных резекций желудка по поводу диссеминированного рака. Послеоперационные осложнения развились у 13 больных в каждой группе [(24,5 ± 5,9) и (11,6 ± 3,0) %, $p > 0,05$]. Умерли в послеоперационном периоде по 1 больному [(0,9 ± 0,9) и (1,9 ± 1,9) %, $p > 0,05$] в каждой из групп. Средняя продолжительность жизни больных составила (15,6 ± 1,7) и (10,3 ± 1,5) мес.

Ключевые слова: рак желудка, кардиоэзофагеальный рак, трансплевральные операции.

THE POSSIBILITIES OF PALLIATIVE SURGERY IN TREATMENT OF CARDIOESOPHAGEAL CANCER

R. A. Khvastunov, A. Yu. Mudryj, A. Yu. Nenarokomov, A. I. Ivanov

Fifty three transpleural partial gastrectomies and total gastrectomies and 112 distal partial gastrectomies were performed. Postsurgical complications were in 13 cases [(24,5±5,9) и (11,6 ± 3,0) %, $p > 0,05$] on either groups. One patient on either groups is dead after operation [(0,9 ± 0,9) и (1,9 ± 1,9) %, $p > 0,05$]. The average life span was (15,6 ± 1,7) months in the first group and (10,3 ± 1,5) months in the second group.

Key words: stomach cancer, cardioesophageal cancer, transpleural surgeries.

Кардиоэзофагеальный рак (КЭР) — злокачественная опухоль проксимального отдела желудка, переходящая на пищевод и характеризующаяся активным лимфогенным метастазированием по лимфатическим

коллекторам как брюшной полости, так и средостения. За последние два десятилетия отмечен рост частоты выявления этой формы рака на фоне уменьшения числа заболевших раком тела и дистального отдела же-

лудка. При этом данные эпидемиологических исследований в Европе и США указывают на структурные изменения гистологического типа рака пищевода и пищеводно-желудочного соединения за счет увеличения доли железистых форм рака [1, 2, 6].

Широко распространившийся в настоящее время агрессивный подход к лечению диссеминированных злокачественных форм рака кишечника, почки, женской половой сферы не получил до настоящего времени широкого признания в желудочной хирургии. Причина этого кроется в биологических особенностях этого рака, скромных возможностях лекарственной терапии и нестабильности непосредственных результатов трансплевральных резекций [3, 5].

До недавнего времени паллиативные операции при раке желудка в объеме более чем резекция трактовались как вынужденная мера исключительно при угрожающем жизни осложненном раке. Выявление же диссеминированного кардиоэзофагеального рака расценивалось однозначно как противопоказание к органосохраняющей операции [3, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В данной работе мы стремились опровергнуть это устоявшееся мнение. С этой целью было решено сравнить наш опыт выполнения трансплевральных паллиативных операций с результатами эталонных паллиативных чрезбрюшных дистальных резекций желудка. Этот выбор нами сделан в связи с тем, что чрезбрюшная паллиативная резекция желудка в настоящее время не вызывает в мировой онкологической общественности активного противодействия и является своего рода «стандартом» в паллиативной желудочной хирургии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В своей работе мы придерживались нескольких основополагающих принципов:

1. Паллиативная операция на желудке большого объема оправдана, если связанная с ней летальность не превышает смертности после паллиативных дистальных резекций — исторически признанного стандарта в паллиативной желудочной онкохирургии.

2. Частота и структура послеоперационных осложнений, а также длительность пребывания пациента на больничной койке должны быть минимальными и не должны препятствовать своевременному началу адъювантного химиотерапевтического лечения.

3. Паллиативная операция должна улучшать состояние больного, не истощать его силы и создавать потенциал для реализации полной программы специализированного противоопухолевого лечения.

В основную группу пациентов вошли 53 больных в возрасте от 29 до 69 лет, перенесшие трансплевральные вмешательства. Средний их возраст составил $(55,5 \pm 9,0)$ лет. Мужчин было 47, $(88,7 \pm 7,4)$ %, женщин 6, $(11,3 \pm 3,8)$ %. Группу сравнения составили 112 субтотальных дистальных резекций желудка у пациентов в возрастном

диапазоне от 34 до 73 лет и средним значением $(58,9 \pm 10,8)$ лет. Мужчин в этой группе оказалось 73, $(65,2 \pm 6,3)$ %, женщин — 39, $(34,8 \pm 5,7)$ %. Очевидно, что половые и возрастные различия в сравниваемых группах были несущественными. Сопутствующие заболевания выявлены у 37 пациентов, $(69,8 \pm 7,3)$ % основной группы и 70 больных, $(62,3 \pm 5,8)$ % контрольной группы ($p > 0,05$).

Распространенность рака кардии (основная группа) и рака антропилорического отдела желудка (контрольная группа), карты метастазирования были схожими. Во всех случаях имели место аденокарциномы различной степени дифференцировки.

Ведущим осложнением заболевания в основной группе было нарушение проходимости пищевода той или иной степени выраженности: дисфагия III и IV степени диагностирована в 7 наблюдениях, $(13,2 \pm 4,2)$ %. Дисфагия I и II степени констатирована у равного числа пациентов — по 23 случая, $(43,4 \pm 6,8)$ %. Связанный с этим дефицит массы тела (ИМТ < 20) был выявлен у 26 человек, $(49,1 \pm 6,9)$ %, в том числе кахексия (ИМТ < 16) — у 4 пациентов, $(7,5 \pm 3,6)$ %. Болевой синдром был отмечен у 32 больных, $(60,4 \pm 8,2)$ %, анемия — у 16, $(30,2 \pm 6,3)$ %, кровотечение из распадающейся опухоли — у 2, $(3,8 \pm 2,6)$ %.

У 64 пациентов, $(57,1 \pm 2,8)$ % контрольной группы наблюдали стеноз выходного отдела желудка без истощения и электролитных нарушений, кровотечение — у 28 $(25 \pm 5,4)$ % и перфорация опухоли у 1 больного $(12,5 \pm 3,8)$ %. При этом у 14 из них имела место комбинация этих осложнений. Таким образом, сравниваемые группы составляли сложный в клиническом и тактическом плане контингент больных, сходный по половому возрастному признаку и исходному физическому состоянию.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе инфильтрация опухолью пищевода ограничивалась абдоминальным его сегментом в 23 наблюдениях, $(43,4 \pm 6,8)$ %, диафрагмальным — в 8, $(15,1 \pm 4,9)$ %, наддиафрагмальным — в 12, $(22,6 \pm 5,7)$ %, ретроперикардиальным — в 10, $(18,7 \pm 5,4)$ % наблюдений. Кардиоэзофагеальный рак отмечен у 22 пациентов, $(41,5 \pm 6,8)$ %, гастрозофагеальный — у 20, $(37,7 \pm 6,7)$ %, тотальный рак желудка — у 8, $(15,1 \pm 4,9)$ % и рак культи желудка — у 3 больных, $(5,7 \pm 3,2)$ %.

Паллиативную дистальную резекцию желудка выполняли при опухолевой инфильтрации органа до нижней трети тела и возможности отступить от края карциномы не менее 5 см. При этом, в отличие от радикальных операций, субтотальный характер резекции был не обязателен. Мы непременно удаляли сальники с реализованными либо потенциальными лимфометастами. У 89 больных, $(79,5 \pm 3,8)$ % производили лимфодиссекцию D2 на ветвях чревной трифуркации, чем достигали точное стадирование рака. Такое расширение объема операции не приводило к существенному ее удлинению. В 6 наблюдениях, $(5,4 \pm 2,1)$ % опера-

ция носила комбинированный характер за счет одномоментного выполнения резекции печени (2), поперечной ободочной кишки (2) и овариоэктомии (2).

Особенностью кардиоэзофагеальной зоны является ее расположение на стыке брюшной и плевральной полостей. Это диктовало разнообразие хирургических доступов, зависящих как от уровня поражения пищевода, так и от выраженности сопутствующей патологии и функциональной операбельности пациентов.

Абдомино-медиастинальный доступ с верхнесрединной лапаротомией и сагиттальной диафрагмотомией по проф. А. Г. Савиных применен нами в 8 наблюдениях на начальных этапах работы. Несмотря на его невысокую травматичность, он был неудобен при формировании пищевода соустья в узком пространстве средостения. Единственным показанием для его использования в настоящее время в нашей клинике является функциональные противопоказания к торакотомии.

Комбинированный доступ — верхнесрединная лапаротомия с торакотомией справа в 5-м межреберье использован нами 7 раз при поражении пищевода опухолью на уровне ретроперикардиального сегмента. Недостатком его является необходимость формирования трансплантата в ходе лапаротомии без четких данных о его необходимой длине и высоте перемещения в плевральную полость. К преимуществам подхода относим удобство мобилизации среднегрудного отдела пищевода, а также возможность формирования анастомоза внутри плевральной полости в проекции корня легкого и выше.

Абдомино-торакальный доступ слева в 6—7 межреберье с пересечением левой гемидиафрагмы в положении пациента на правом боку с продолжением разреза по средней линии живота и обходением пупка слева мы использовали 30 раз. Преимуществами данного подхода мы считаем хороший обзор структур верхнего этажа брюшной полости и забрюшинного пространства, а также анатомических структур заднего средостения. После рассечения гемидиафрагмы доступ обеспечивает полную ориентацию в распространенности опухолевого поражения в под- и наддиафрагмальном пространстве, что способствует выбору адекватного вида эзофагопластики, трансплантата оптимальной длины уже на ампуционном этапе. Показанием к его использованию мы считаем поражение пищевода не выше уровня ретроперикардиального сегмента пищевода.

У 8 пациентов нами использован левосторонний абдомино-торакальный доступ с левосторонней торакотомией и пересечением левой гемидиафрагмы в положении больного на спине, разработанный нашим коллективом (патент № 2334475). Применение данного доступа являлось выходом из ситуации в случаях запоздалого интраоперационного обнаружения инфильтрации пищевода при необходимости переноса хирургических манипуляций в плевральную полость. Доступ сочетает

в себе удобства типичного абдоминоторакального подхода, усложняя мобилизационный и реконструктивный этапы лишь при выраженных левожелудочковых гипертрофиях сердца.

Мобилизацию желудка и пищевода всегда осуществляли по онкологическим принципам с большими малым сальниками и блоком параэзофагеальной клетчатки. Кроме того в 29 случаях, (54,7 ± 7,5) % производили лимфодиссекцию в объеме D2 и у 7 человек, (13,2 ± 4,6) % — в объеме D3 лимфодиссекции.

В 23 случаях, (43,4 ± 6,8) % были выполнены комбинированные паллиативные вмешательства со спленэктомией (17), резекцией поджелудочной железы (6), печени (3), ободочной кишки (2), перикарда (1), диафрагмы (2), с гемиколэктомией слева (1) и адреналэктомией слева (1). В 7 случаях, (13,2 ± 4,6) % вовлечение в процесс нескольких органов потребовало выполнение мультивисцеральных резекций.

Объемы выполненных операций, способы пластического замещения дефекта и непосредственные результаты приведены нами в табл.

Объем и непосредственные результаты паллиативного оперативного лечения распространенного кардиоэзофагеального рака, абс. (%)

Объем вмешательства	Количество больных	Осложнения	Летальность
Проксимальные резекции:			
Пластика целым желудком	19 (35,8 ± 6,6)	7 (13,2 ± 4,6)	—
Желудочной трубкой	15 (28,3 ± 6,2)	5 (9,4 ± 4,0)	—
Гастрэктомии:			
Эзофагоэюнопластика	4 (7,5 ± 3,6)	2 (3,8 ± 2,6)	—
Колоэзофагопластика	31 (58,5 ± 6,8)	5 (9,4 ± 4,0)	1 (1,9 ± 1,9)
Экстирпации культи:			
Эзофагоэюнопластика	29 (54,7 ± 6,8)	5 (9,4 ± 4,0)	1 (1,9 ± 1,9)
Колоэзофагопластика	2 (3,8 ± 2,6)	—	—
Экстирпации культи:			
Эзофагоэюнопластика	3 (5,7 ± 3,2)	1 (1,9 ± 1,9)	—
Колоэзофагопластика	2 (3,8 ± 2,6)	1 (1,9 ± 1,9)	—
Всего	1 (1,9 ± 1,9)	—	—
	53 (100)	13 (24,5 ± 5,9)	1 (1,9 ± 1,9)

Вариант эзофагопластики мы выбирали индивидуально, учитывая соответствие длины перемещенного трансплантата уровню резекции пищевода. Так, у 3 больных (5,7 ± 3,2) % мы столкнулись с абсолютной невозможностью переместить сегмент тонкой кишки до уровня пересечения пищевода вследствие его высокого поражения в сочетании с короткой брыжейкой тонкой кишки и мелкопетлистым типом ее кровоснабжения, что приводило значительному диастазу сопоставляемых тканей на реконструктивном этапе. В этих случаях принимали решение об одномоментной эзофагопластике толстой кишкой.

Один из таких случаев рассмотрен нами в качестве клинического примера.

Больной К., 56 лет, поступил в торакоабдоминальное отделение Волгоградского областного клинического онкологического диспансера № 1 28.06.2004 г. (история болезни № 4743) с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи, болезненность при приеме пищи, потерю в весе около 15 кг. Больным себя считает в течение 2 месяцев. В анамнезе: инфаркт миокарда в 1992 г. с формированием аневризмы левого желудочка. При фиброэзофагоскопии наблюдается циркулярное инфильтративное поражение пищевода от уровня 34 см от резцов до уровня средней трети тела желудка. В биоптате — клетки низкодифференцированной аденокарциномы. При рентгенологическом исследовании выявлена опухолевая инфильтрация от ретроперикардального сегмента пищевода до нижней трети тела. Данных за наличие отдаленных метастазов не обнаружено. Общеклинические и биохимические лабораторные показатели в пределах нормы.

Риск предстоящего оперативного вмешательства мы считали высоким из-за выраженной кардиальной патологии.

Операция выполнена 14.07.2004 г. Использован комбинированный левосторонний доступ. Опухоль занимает тело желудка и кардию, распространяется на пищевод до ректоперикардального сегмента, инфильтрирует желудочно-поджелудочную связку и забрюшинное пространство. Метастазы в лимфоузлы чревной зоны ограниченно подвижны. Решено выполнить паллиативную гастрэктомию с резекцией грудного отдела пищевода и оставлением резидуальной опухоли $3 \times 3 \times 4$ см, которая нами была маркирована танталовыми скобами для лучевой терапии. Пищевод мобилизован до уровня корня легкого. После удаления препарата произведена попытка пластики дефекта тонкой кишкой. Для удлинения трансплантата пересечен один радиарный сосуд, но диастаз и натяжение между пищеводом и петлей кишки сохранился. Пересечение большего числа радиарных сосудов кишки для ее мобилизации угрожало потерей жизнеспособности. Формирование анастомоза в этих условиях происходило с натяжением и прорезыванием швов. Анастомоз вынужденно разобщен. Принято решение выполнить эзофагоколопластику. Мобилизована ободочная кишка. Сформирован эзофаго-колоанастомоз «конец в бок» с изоперистальтическим толстокишечным трансплантатом из левой ободочной кишки длиной 35 см на питающих левых ободочных сосудах. Между дистальным концом трансплантата и отводящей петлей тонкого кишечника сформирован колоэнтероанастомоз «конец в бок». Завершение операции по общехирургическим правилам. Продолжительность операции — 4 ч 40 мин., интраоперационная кровопотеря — 750 мл.

Диагноз после операции: Гастроэзофагеальный рак, инвазия в забрюшинное пространство T4N3M0, G3, R2. Дисфагия II степени. Состояние после

паллиативной гастрэктомии с резекцией нижнегрудного отдела пищевода и одномоментной эзофагоколопластикой из абдоминоторакального доступа слева. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (1992). Постинфарктная аневризма передне-верхушечной области левого желудочка. Ишемическая кардиомиопатия. Относительная митральная недостаточность. II. ХСН III ФК. Редкая суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия.

При рентгенологическом контроле анастомозов на 7-е сутки констатирована их герметичность. Разрешен прием жидкой пищи с постепенным расширением диеты, удалены дренажи и назо-кишечный зонд (рис.).

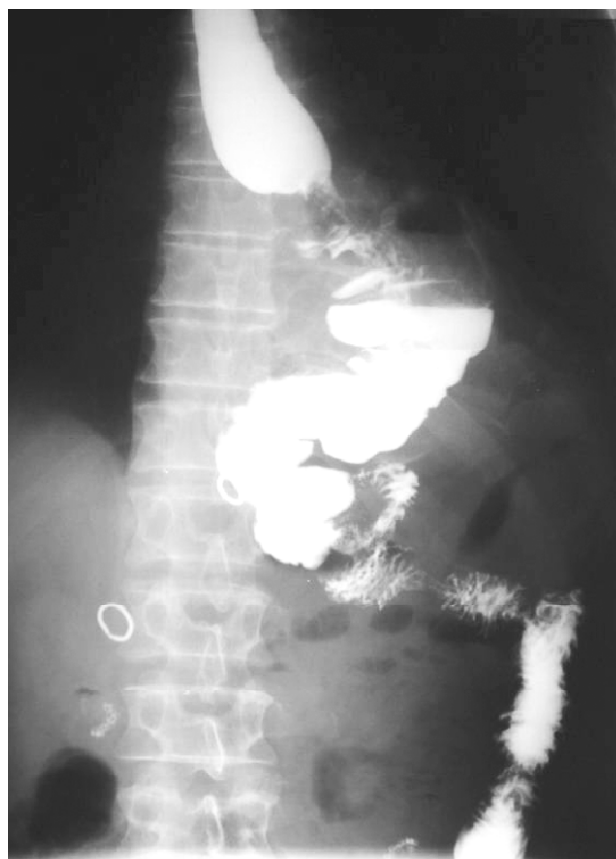


Рис. Рентгенограмма больного К. на 7-е сутки после операции. Эзофаго-колоанастомоз и эзофаго-энтероанастомоз без признаков несостоятельности

Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки после операции и прожил около 3 лет в условиях удовлетворительного качества жизни без диетических ограничений.

Всего после операций в основной группе отмечены осложнения у 13 пациентов, $(24,5 \pm 5,9) \%$: 7 (36,8 %) — после 19 субтотальных проксимальных резекций и 6 (17,6 %) — после 34 трансплевральных гастрэктоми и экстирпаций культи желудка. Последовала 1 смерть, $(1,9 \pm 1,9) \%$ от разгерметизации пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Такое же количество послеоперационных осложнений было выявлено и в контрольной группе, что составило $(11,6 \pm 3,0) \%$ ($p > 0,05$).

Превалировали плевропневмонии, отечные формы послеоперационных панкреатитов, немногочисленные случаи нагноения послеоперационной раны. В группе контроля нами получен 1 летальный исход, (0,9 ± 0,9) % от острого инфаркта миокарда. Риск осложнений в основной группе не был ассоциирован ни с объемом операций, ни с циторедуктивной лимфодиссекцией, ни с колоэзофагопластикой. Нам удалось избежать грозных ишемических и тромбоземболических осложнений, что стало результатом правильной оценки операбельности пациентов — кандидатов для агрессивного паллиативного лечения, адекватной предоперационной тактики, корректного анестезиологического пособия и четкого послеоперационного ведения больных.

После выполнения трансплевральных резекций и гастрэктомии средняя продолжительность жизни составила (15,6 ± 1,7) месяцев при ее максимальной продолжительности 23 месяца. Эти же показатели при выполнении дистальных резекций составили (10,3 ± 1,5) месяцев и 17 месяцев при максимальной продолжительности ($p < 0,05$). При этом отдаленные результаты в обеих группах выгодно отличались от выживаемости больных, перенесших вмешательства, где средняя продолжительность жизни была (4,3 ± 3,3) месяца ($p < 0,01$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Паллиативные трансплевральные резекции желудка и гастрэктомии относятся к технически сложным вмешательствам и требуют от хирурга готовности к нестандартным решениям. Однако, выполненные в специализированных клиниках, они не сопровождаются эскалацией госпитальной летальности и могут считаться надеж-

ными и наиболее функциональными. Они продлевают жизнь пациентов до (15,6 ± 1,7) месяцев против (4,3 ± 3,3) месяцев в результате гастростомии и обеспечивают лучшее качество жизни и полноценное питание пациентов. Трансплевральные резекции при распространенном и диссеминированном раке желудка могут быть рекомендованы как первый этап комбинированного паллиативного лечения этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И. // Вопросы онкологии. — 2002. — Т. 28, № 4—5. — С. 468—479.
2. Карачун А. М., Самсонов Д. В. // Вестник Российской военной медицинской академии. — 2009. — № 1 (25). — С. 168—171.
3. Кошель А. П., Жерлов Г. К., Миронова Е. Б. // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2005. — № 2. — С. 52—56.
4. Сабанов В. И., Иваненко В. В., Щербинина Е. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2011. — № 2. — С. 34—37.
5. Тинаев Э. Р., Бурмистров М. В., Еникаев Р. Ф. и др. // Сибирский онкологический журнал. — 2011. — № 1 (3). — С. 61—65.
6. Saha S., Dehn T. C. // Dis. Esophagus. — 2001. — Vol. 14 (1). — P. 32—36.

Контактная информация

Ненарокомов Александр Юрьевич — к. м. н., ассистент кафедры онкологии с курсом онкологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: poisson1967@yandex.ru