Анализ результатов комбинированного лечения пациентов с верифицированным раком шейного отдела пищевода и гортаноглотки с применением хирургического лечения с одномоментной пластикой дефекта

З.А. Раджабова, Е.В. Левченко, И.В. Дунаевский, Л.В. Горохов, М.А. Котов, Н.В. Хандогин, Д.А. Ракитина, Р.А. Нажмудинов, М.М. Гиршович, Е.И. Тюряева, Е.В. Ткаченко, О.И. Пономарева

Хирургическое отделение опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

Контакты: Замира Ахмед-Гаджиевна Раджабова radzam@mail.ru

Актуальность проблемы лечения рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки обусловлена его неудовлетворительными результатами и большим числом осложнений. Остается много нерешенных вопросов, что свидетельствует о необходимости исследований, направленных на поиск более действенных подходов. Целью исследования является анализ результатов комбинированного лечения пациентов с распространенными формами рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки с применением хирургического лечения в объеме фаринголарингоэзофагэктомии с одномоментной пластикой дефекта. Проведен ретроспективный анализ результатов комбинированного лечения 28 пациентов с верифицированным диагнозом рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки. Комбинированное лечение включало следующие методы: индукционная химиолучевая терапия по схеме цисплатин/5-фторурацил, дистанционная лучевая терапия (СД 65 Гр), брахитерапия (СД 7 Гр 1 раз в неделю, 3 сеанса), хирургическое лечение с одномоментной пластикой пищевода. У 7 (25 %) пациентов был достигнут полный регресс на фоне индукционной химиолучевой терапии, 21 (75 %) пациент получил лечение в полном объеме. Послеоперационная летальность составила 9,52 %, послеоперационные осложнения в виде несостоятельности анастомоза — 19 %.

Ключевые слова: рак шейного отдела пищевода, рак гортаноглотки, ларингофарингоэзофагэктомия

DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-3-61-63

Analysis results of combined treatment of patients with verified cancer of the cervical esophagus and hypopharynx with the application of surgical treatment with one-stage defect's plastic

Z.A. Radzhabova, E.V. Levchenko, I.V. Dunaevsky, L.V. Gorohov, M.A. Kotov, N.V. Handogin, D.A. Rakitina, R.A. Nazhmudinov, M.M. Girshovich, E.I. Tjurjaeva, E.V. Tkachenko, O.I. Ponomareva

Surgical department of head and neck tumors, N.N. Petrov Research Institute of Oncology of Ministry of Health of Russia, Russia, 197758, Saint-Petersburg, Pesochnyi, Leningradskay St., 68

In the treatment of many unresolved issues, indicating the need for research aimed at finding more effective treatment approaches. The aim of the study is to analyze the results of combined treatment of patients with widespread forms of cancer of the cervical esophagus and hypopharynx with the application of surgical treatment in the amount of pharyngolaryngitis with single-step plastic of the defect. A retrospective analysis of results of combined treatment of 28 patients with a verified diagnosis of cancer of the cervical esophagus and hypopharynx. Combined treatment of patients with cancer of the cervical esophagus and hypopharynx included the following treatments: induction chemoradiotherapy according to the scheme cisplatin/5-fluorouracil, external beam radiation therapy 65 Gy, brachytherapy (7 Gy 1 time per week, 3 sessions), surgical treatment with one-stage plastic of the esophagus. In 7 patients (25 %) was achieved complete regression on the background of induction chemo-therapy, 21 patients (75 %) received the treatment in full. Postoperative mortality rate was of 9.52 %, post-operative complications such as anastomosis dehiscence — 19 %.

Key words: cancer of the cervical esophagus, cancer of the hypopharynx, laryngopharyngectomy

Введение

В структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации рак пищевода составляет не более 2–3 %, однако входит в десятку злокачественных новообразований с высоким процентом смертности [8]. Основ-

ной причиной высокой смертности является поздняя диагностика, что обусловлено прежде всего отсутствием симптомов на ранней стадии заболевания и агрессивным характером роста опухоли. Это подтверждается тем фактом, что при первичном обращении больных раком

пищевода в 70 % случаев диагностируется III–IV стадия заболевания. В течение первого года с момента постановки диагноза умирает 63 % пациентов. Общая 5-летняя выживаемость составляет не более 10 % [6].

Наибольшие трудности в ранней диагностике и разработке плана радикального хирургического лечения возникают при обследовании пациентов с раком пищевода, локализованным в шейном отделе.

Распространенность рака гортани в структуре онкологической заболеваемости составляет 1 %. В 95–98 % случаев при гистологической верификации опухолевого процесса определяется плоскоклеточный рак. Местно-распространенные формы определяются у 62 % пациентов, метастазы в регионарных лимфатических узлах — у 8 %, а отдаленные метастазы в легких, печени и/или костях — у 8 %.

Современный взгляд на проблему лечения злокачественных опухолей шейного и верхне-грудного отделов пищевода, гортаноглотки и трахеи предполагает комплексный подход. Основу при этом составляет хирургическое лечение, дополняемое консервативной химио- и лучевой терапией как в адьювантном, так и в неоадьювантном режиме.

Использование современных достижений хирургии, анестезиологии и реаниматологии при проведении оперативных вмешательств по поводу рака пищевода позволило снизить послеоперационную летальность до 4–10 %, а частоту послеоперационных осложнений — до 25–45 %, однако, несмотря на это, показатель резектабельности продолжает колебаться в пределах 60–80 % [5].

В настоящее время комплексный метод лечения больных с местно-распространенным раком пищевода находит все большее число сторонников, что подтверждается результатами ряда исследований [1, 4], и рекомендован в странах Европы и США [3, 7].

Основу лечения распространенных форм рака гортани составляет хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с проведением дистанционной лучевой терапии на этапе подготовки к операции, а также в послеоперационном периоде. Исходы ларингэктомии зависят прежде всего от устранения послеоперационных осложнений, частота которых доходит до 40 %. К таким осложнениям относится несостоятельность швов глотки с последующим нагноением раны, что приводит к возникновению стойких дефектов глотки. Данные дефекты не являются жизнеугрожающими, однако приводят к нарушению физиологии глотания, сужению трахеостомического отверстия, что является причиной затрудненного дыхания.

Закрытие дефекта глотки после удаления гортани является сложной задачей, которая решается выполнением различных реконструктивно-пластических операций. Основное внимание при их выполнении следует уделять технике формирования швов. Ряд авторов предлагают использовать кисетный и полукисетный швы,

другие отдают предпочтение механическим или непрерывным швам. Для борьбы с нагноением послеоперационной раны предложены различные способы постановки дренажных трубок. Но, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, частота осложнений в послеоперационном периоде в виде свищей шеи и фарингостомы остается на уровне 20 % [2].

Опухолевая инфильтрация стенки глотки не позволяет выполнить реконструктивную операцию, поэтому удаление опухоли завершается формированием оростомы, трахеостомы и эзофагостомы. При планировании последующей реконструкции следует учитывать, что частота осложнений микрососудистой пластики в виде отторжения сформированного лоскута достаточно высока.

Таким образом, актуальность проблемы лечения рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки обусловлена неудовлетворительными результатами и большим числом осложнений. В лечении остается много нерешенных вопросов, что свидетельствует о необходимости исследований, направленных на поиск более действенных подходов.

Цель исследования — анализ результатов комбинированного лечения пациентов с распространенными формами рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки с применением хирургического лечения в объеме фаринголарингоэзофагэктомии с одномоментной пластикой дефекта.

Материалы и методы

Был проведен анализ результатов комбинированного лечения пациентов с диагнозом рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки, проходивших стационарное лечение в хирургическом отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в период с 2011 по 2015 г., на основании ретроспективного изучения историй болезни. Число пациентов составило 28, из них — 19 (67,85 %) мужчин и 9 (32,15 %) женщин. Средний возраст пациентов — $57,2 \pm 8,3$ года. У всех пациентов был верифицирован плоскоклеточный рак. У 14 (50 %) был верифицирован рак шейного отдела пищевода и у 14 (50 %) — рак гортаноглотки.

Пациенты для исследования отбирались согласно критериям включения: возраст от 18 до 75 лет, наличие верифицированного диагноза злокачественного новообразования шейного отдела пищевода, протяженность опухолевого поражения ≥ 4 см по данным компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, фиброэзофагогастродуоденоскопии, наличие подписанного добровольного информированного согласия.

Критерии исключения из исследования: возраст старше 75 лет, агональное состояние пациента, наличие гипертонической энцефалопатии с отеком мозга, острая левожелудочковая недостаточность (отек легких), острая почечная и/или печеночная недостаточность, наличие

в анамнезе острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения, давность которых менее 6 мес, хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса по NYHA, наличие острых инфекционных заболеваний, период беременности и лактации, отказ пациента от исследования и/или отсутствие подписанного добровольного информированного согласия.

Всем пациентам проводилось предоперационное обследование, которое включало оценку жалоб больного, данных анамнеза заболевания и жизни, объективного статуса, локального статуса, результатов компьютерной томографии грудной и брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и лимфатических узлов шеи, фиброэзофагогастродуоденоскопию с биопсией и последующим гистологическим исследованием биоптата.

Результаты

Комбинированное лечение пациентов с раком шейного отдела пищевода и гортаноглотки включало следующие методы: индукционная химиолучевая терапия по схеме цисплатин/5-фторурацил, дистанционная лучевая терапия (СД 65 Гр), брахитерапия (СД 7 Гр 1 раз в неделю, 3 сеанса), хирургическое лечение с одномоментной пластикой пищевода.

При этом 21 (75 %) пациент был пролечен с применением всех вышеуказанных методик, а 7 (25 %) не были подвергнуты хирургическому лечению ввиду полного регресса опухоли на фоне химиолучевой терапии. Среди пациентов, оперированных по поводу рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки, 12 (42,85 %) была выполнена ларингофарингэктомия с пластикой дефекта узким желудочным стеблем, в том числе 3 (10,71 %) —

с использованием микрососудистого анастомоза; 3 (10,71 %) пациентам выполнена экстирпация пищевода с транстрахеальным формированием глоточно-желудочного анастомоза из большой кривизны желудка с последующим восстановлением проходимости трахеи; 2 (7,14 %) — экстирпация пищевода с пластикой узким желудочным стеблем и формированием глоточно-желудочного анастомоза с левым грушевидным синусом; 1 (4,76 %) — резекция глотки с пластикой дефекта тонкой кишки с микрососудистым анастомозом; 3 (10,71 %) — пластика дефекта глотки комбинированным торакодорзальным лоскутом с микрососудистым анастомозом.

Продолжительность операции в среднем составила 420 мин, длительность послеоперационного периода — 21 ± 5 дней, длительность нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии — 4 ± 2 сут.

Послеоперационные осложнения наблюдались в виде несостоятельности анастомоза в 4 (19 %) случаях. Питание пациентов через рот осуществлялось на 15-е сутки после операции. Послеоперационная летальность составила 9,52 % (2 случая).

Выводы

Комбинированное лечение пациентов с верифицированным плоскоклеточным раком шейного отдела пищевода и гортаноглотки с использованием индукционной химиолучевой терапии, дистанционной лучевой терапии, брахитерапии и хирургического лечения с одномоментной пластикой дефекта позволяет расширить показания к оперативному лечению, улучшить течение послеоперационного периода путем снижения процента послеоперационных осложнений и летальности, а также повысить качество жизни пациентов благодаря восстановлению физиологического пассажа пищи и возможности питания через рот.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Malaisrie S.C., Untch B., Aranha G.V. et al. Neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced esophageal cancer: experience at a single institution. *Arch Surg* 2004;139(5):532–8.
2. Mattioli F., Bettini M., Molteni G. et al. Analysis of risk factors for pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy with particular focus on nutritional status. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2015;35(4):243–8.
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Esophageal and esophagogastric junction cancers. Version 2. 2016. P. 97.
4. Schwer A.L., Ballonoff A., McCammon R.J. et al. Survival effect of neoadjuvant radiotherapy before esophagectomy for patients with esophageal cancer: a surveillance, epidemiology, and end-results study. *Int J Radiant Oncol Biol Phys* 2009;73(2):449–55.
5. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. М.: Практическая медицина, 2007. С. 20–25. [Davydov M.I., Stilidi I.S. Esophageal cancer. M.: Practical Medicine, 2007. Pp. 20–25. (In Russ.)].
6. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Вып. 2. Ч. 1. СПб., 2011. [Merabishvili V.M. Survival of oncologic patients. Issue 2. Part 1. Saint-Peterburg, 2011. (In Russ.)].
7. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Ред. рус. пер.: С.А. Тюлядин, Н.И. Переводчикова, Д.А. Носов. М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2010. 436 с. [Minimum Clinical Recommendations of the European Society for Medical Oncology (ESMO). Editors of Russian translation: S.A. Tylyandin, N.I. Perevodchikova, D.A. Nosov. M.: Publishing group of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of RAMS, 2010. 436 p. (In Russ.)].
8. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. 256 с. [Chissov V.I., Starinsky V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2008 (morbidity and mortality). M.: P.A. Herzen Moscow Research Institute of Oncology, 2010. 256 p. (In Russ.)].