

## 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 «Научно-исследовательский институт онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России; Россия, 197758 Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68

**Контакты:** Замира Ахмед-Гаджиевна Раджабова radzat@mail.ru

Актуальность проблемы лечения рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки обусловлена его неудовлетворительными результатами и большим количеством осложнений. В лечении остается много нерешенных вопросов, что свидетельствует о необходимости исследований, направленных на поиск более действенных подходов к терапии. Целью исследования является анализ результатов комбинированного лечения пациентов с распространенными формами рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки с применением хирургического вмешательства в объеме фаринголарингэзофагэктомии с одномоментной пластикой дефекта. Проведен ретроспективный анализ результатов комбинированного лечения 28 пациентов с верифицированным диагнозом рака шейного отдела пищевода и гортаноглотки. Комбинированное лечение пациентов с раком шейного отдела пищевода и гортаноглотки включало следующие методы: индукционная химиолучевая терапия по схеме цисплатин/5-фторурацил, дистанционная лучевая терапия в суммарной очаговой дозе (СОД) 65 Гр, брахитерапия (СОД 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 %) больной получил лечение в полном объеме. Послеоперационная летальность составила 9,52 %, послеоперационные осложнения в виде несостоятельности анастомоза зарегистрированы в 19 % случаев.

**Ключевые слова:** рак шейного отдела пищевода, рак гортаноглотки, ларингофарингэзофагэктомия

DOI: 10.17650/2222-1468-2016-6-4-11-14

**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. Dunaevskiy, L.V. Gorokhov, M.A. Kotoy, N.V. Khandogin, D.A. Rakitina, R.A. Nazhmudinov, M.M. Girshovich, E.I. Tyuryaeva, E.V. Tkachenko, O.I. Ponomareva

Surgical Department of Head and Neck Tumors, N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Ministry of Health of Russia; 68 Leningradskaya St., Pesochnyy Settlement, Saint Petersburg 197758, Russia

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 chemotherapy, 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 России рак пищевода составляет не более 2–3 %, однако

входит в десятку злокачественных новообразований с высокой долей смертности [1]. Основной причиной высокой смертности является поздняя диагностика,

что обусловлено, прежде всего, отсутствием симптоматики 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 1-го года с момента постановки диагноза умирает 63 % пациентов. Общая 5-летняя выживаемость составляет не более 10 % [2].

Наибольшие трудности в ранней диагностике и при 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 по данным гистологического исследования определяется плоскоклеточный рак. Местно-распространенные формы регистрируются в 62 % случаев, метастазы в регионарные лимфатические узлы — в 8 %, отдаленные метастазы в легкие, печень и/или кости — также у 8 % пациентов.

Современный взгляд на проблему лечения злокачественных опухолей шейного и верхне-грудного отделов пищевода, гортаноглотки и трахеи состоит в комплексном подходе. Основу при этом составляет хирургическое вмешательство, дополняемое консервативной химиотерапией и лучевой терапией как в адъювантном, так и в неoadъювантном режимах.

Использование современных достижений в 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 % [3].

В настоящее время комплексное лечение больных с местно-распространенным раком пищевода находит все большее число сторонников, что подтверждается результатами ряда исследований [4, 5] и рекомендовано в странах Европы и США [6, 7].

Основу лечения распространенных форм рака гортани составляет хирургическое вмешательство 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 возникновения которых достигает 40 %. К таким осложнениям относятся несостоятельность швов глотки с последующим нагноением раны, что приводит к возникновению стойких дефектов глотки. Данные дефекты не являются жизнеугрожающими, однако способствуют нарушению физиологии глотания, сужению трахеостомического отверстия, являясь 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 полукушетный швы, другие отдают предпочтение механическим или непрерывным швам. В целях борьбы с нагноением послеоперационной раны предложены различные способы постановки дренажных трубок. Но, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, осложнения в послеоперационном периоде остаются на уровне 20 % и проявляются в виде свищей шеи и фарингостомы [8].

Опухолевая инфильтрация стенки глотки не позволяет выполнить реконструктивную операцию, поэтому удаление образования 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 его неудовлетворительными результатами и большим числом осложнений. В лечении 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 вмешательства в объеме фаринголарингэзофагэктомии с одномоментной пластикой дефекта.

#### Материалы и методы

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 включенных в исследование пациентов составило 28, из них мужчин — 19 (67,85 %), женщин — 9 (32,15 %). Средний возраст больных составил  $57,2 \pm 8,3$  года. У всех пациентов был верифицирован плоскоклеточный рак. У 14 (50 %) был установлен диагноз рака шейного отдела пищевода, еще у 14 (50 %) — рака гортаноглотки. Критериями включения пациентов в исследование послужили: возраст от 18 до 75 лет, наличие верифицированного диагноза злокачественного новообразования шейного отдела пищевода, протяженность опухолевого поражения 4 см и более по данным компьютерной, магнитно-

резонансной томографии, фиброэзофагогастродуоденоскопии, наличие подписанного добровольного информированного согласия.

Критериями исключения из исследования явились: 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 больным проводили предоперационное обследование, которое включало: оценку жалоб, данных анамнеза заболевания и жизни, объективного статуса, локального статуса, компьютерную томографию органов грудной и брюшной полостей, рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и лимфатических узлов шеи, а также 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 в суммарной очаговой дозе (СОД) 65 Гр, брахитерапия (СОД 7 Гр 1 раз в неделю, 3 сеанса), хирургическое вмешательство с одномоментной пластикой пищевода.

При этом 21 (75 %) пациент был пролечен с применением всех вышеуказанных методов, а 7 (25 %) не были подвергнуты хирургическому лечению ввиду полного регресса опухоли на фоне химиолучевой терапии. Среди больных, оперированных по поводу рака

шейного отдела пищевода и гортаноглотки, 12 пациентам (42,85 %) была выполнена ларингофарингэктомия с пластикой дефекта узким желудочным стеблем, в том числе 3 (10,71 %) с использованием микрососудистого анастомоза; 3 (10,71 %) больным осуществили экстирпацию пищевода с транстрахеальным формированием глоточно-желудочного анастомоза из большой кривизны желудка с последующим восстановлением проходимости трахеи; 2 (7,14 %) пациентам выполнена экстирпация пищевода с пластикой узким желудочным стеблем и формированием глоточно-желудочного анастомоза с левым грушевидным синусом; 1 (4,76 %) больному проведена резекция глотки с пластикой дефекта тонкой кишкой с микрососудистым анастомозом; 3 (10,71 %) пациентам выполнена пластика дефекта глотки комбинированным торакодорзальным лоскутом с микрососудистым анастомозом.

Продолжительность операции в среднем составила 420 мин. Длительность послеоперационного периода —  $21 \pm 5$  сут, время нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии —  $4 \pm 2$  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 % ( $n = 2$ ).

### 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 физиологичного пассажа пищи и возможности питания через рот.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., Злокачественные новообразования в России в 2008 году (заболеваемость и смертность). М., 2010. 256 с. [Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2008 (morbidity and mortality). Moscow, 2010. 256 p. (In Russ.)].
2. Мерабишвили В.М. Выживаемость онкологических больных. Вып. 2, ч. 1. СПб., 2011. [Merabishvili V.M. Survival of cancer

- patients. Vol. 2, part 1. Saint Petersburg, 2011. (In Russ.)].
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С. Рак пищевода. М.: Практическая медицина, 2007. С. 20–5. [Davydov M.I., Stilidi I.S. Esophageal cancer. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2007. Pp. 20–5. (In Russ.)].
4. 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.
5. 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 Radiat Oncol Biol Phys 2009;73(2):449–55. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2008.04.022.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Esophageal and esophagogastric

junction cancers. Version 2. 2016.

7. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Под ред.: С.А. Тюляндина, Д.А. Носова, Н.И. Переводчиковой.

M., 2010. 436 с. [Minimal clinical recommendations of the European Society for Medical Oncology (ESMO). Eds. by: S.A. Tyulyandin, D.A. Nosova, N.I. Perevodchikova. Moscow, 2010. 436 p. (In Russ.)].

8. Mattioli F., Bettini M., Molteni G., Piccinini A. 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.