

УДК 616.329-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА

Шапошников В.И.

НОЧУ ВО «Кубанский медицинский институт», Краснодар, e-mail: Shaposhnikov35@mail.ru

Проводится сравнительная оценка реканализации пищевода с гастростомией. Каждая из них относится к паллиативной операции, но функциональные возможности у них разные. Если реканализация позволяет пациентам принимать пищу через рот, то гастростома нет. Как показали проведенные исследования, этот фактор имеет особое значение при проведении лучевой терапии. Произведено сравнение результатов лечения 105 пациентов неоперабельным раком пищевода, которым была наложена гастростома по той или иной хорошо известной методике, и 35 больных, которым осуществлена реканализация этого органа пластмассовой трубкой длиной 15–40 см, диаметром 16 мм, толщиной стенки 0,7 мм. На одном конце она имела воронкообразное расширение диаметром 25 мм, окутанное с наружной стороны лентой из поропласта, которая помещалась в припаянный чехол из полиэтиленовой пленки. Для осуществления операции выполнялась гастротомия, а затем ретроградное бужирование пищевода, с проведением лесок из желудка в полость рта, при помощи которых трубка протягивалась через ткань опухоли. Избыток трубки отсекался в желудке. Специфических осложнений не наблюдалось. Эффективность метода оценивалась по средней послеоперационной продолжительности жизни. У пациентов с гастростомой она составила 7,8 месяца, а с реканализацией пищевода – 15 месяцев. Последняя группа пациентов была социально адаптирована, и им удалось выполнить лучевую терапию. Следовательно, реканализация пищевода имеет все клинические преимущества перед гастростомией.

Ключевые слова: оценка, пищевод, рак, реканализация, гастростомия, лучевая терапия

COMPARATIVE EVALUATION OF PALLIATIVE OPERATIONS PERFORMED WITH NEOPERABLE ESOPHAGEAL CANCER

Shaposhnikov V.I.

Kuban Medical Institute, Krasnodar, e-mail: Shaposhnikov35@mail.ru

Conducted a comparative assessment of recanalization of the esophagus with gastrostomy. Each of them refers to palliative surgery, but different functionality. If recanalization allows you to take food by mouth, no gastrostomy. Studies have shown that this factor is important during radiation therapy. Comparing the results of treatment for unresectable esophageal cancer patients 105, which was superimposed on a gastrostoma technique, and 35 patients who exercised recanalization of this body plastic tube with a length of 15–40 cm, diameter 16 mm, a wall thickness of 0,7 mm. At one end it had a diameter of 25 mm extension is funnel-shaped, covered outdoor taping of foam which fit in case soldered down plastic sheeting. To implement operation gastrostomy was executed and then retrograde probing of the esophagus with the stomach of lesok in the oral cavity, which fed through the tube through the fabric of the tumor. Excess otsekalsja tube in the stomach. Specific complications were observed. The effectiveness of the method was evaluated by postoperative average life expectancy. In patients with it's Gastrostomy was 7, 8 months, and with the rekanalizaciej of the esophagus-15 months. The last group of patients was socially adapted and managed to perform radiation therapy. Therefore, the esophagus is recanalization all clinical advantages over gastrostomy.

Keywords: assessment, esophagus, cancer, recanalization, gastrostomy, radiation therapy

Актуальность данного исследования связана с поисками способа, который позволяет не только устранить дисфагию при раке пищевода, но и провести лучевую терапию при неоперабельном злокачественном процессе. Данный вопрос имеет большое социальное значение, так как осуществить радикальное удаление раковой опухоли пищевода, как правило, не удается, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями локализации этого органа в средостении [2, 4]. По данной причине паллиативные операции при раке пищевода приобретают большое клиническое значение [5, 6]. Наиболее часто с целью питания пациентов хирурги прибегают к наложению гастростомы [5]. Сравнительно реже осуществляется реканализация пищевода [1,

6, 7]. Так, из 1339 пациентов раком пищевода, которые были под нашим наблюдением, попытка к осуществлению радикальной операции была предпринята у 201 (15%), однако радикальную операцию удалось выполнить лишь у 81, что составляет 40,3% к числу оперированных и 6,0% к общему числу наблюдавшихся больных. В ближайшем послеоперационном периоде погибло 45 (55,5%) человек. Кроме прорастания и метастазирования опухоли, другими причинами неудач операций является то, что рак этого органа сопровождается истощением в 68%, пневмонией – в 21%, атеросклерозом – в 45%, эмфиземой лёгких – в 21%, анемией – в 7% наблюдений [1–3]. Эти данные свидетельствуют о важности хирургических мероприятий, направленных на за-

медление процесса истощения организма при раке пищевода.

Целью работы является изучение терапевтических возможностей интубации просвета пищевода пластмассовыми трубками (через опухолевую ткань), так и наложения гастростомы для питания, чтобы пациента укрепить, а затем провести ему лучевое лечение.

Материалы и методы включают в себя две группы пациентов с неоперабельным раком пищевода, которым предполагалось провести лучевое лечение, но только после предварительно выполненной паллиативной операции, чтобы избежать у них стремительного развития кахексии, которая обычно является главной причиной их смерти.

В качестве сравнительной величины была взята средняя продолжительность жизни (от первых симптомов заболевания) у 160 пациентов, у которых лечение было лишь медикаментозным. Этот показатель оказался равным 8,8 месяца. Он зависел не только от локализации опухоли в пищеводе, но и от возраста пациента. Так, средняя продолжительность жизни при раке верхней трети этого органа равнялась 10,2 месяца, средней – 10,0, нижней – 12,3, при возрасте от 31 до 50 лет – 9,7, от 51 до 60 лет – 10,8, от 61 до 70 лет – 11,3, от 70 и выше – 15,3. Эту разницу в продолжительности жизни (в зависимости от возраста и локализации опухоли) учитывали при оценке каждого способа лечения.

В первую группу наблюдений вошло 35 пациентов, которым предполагалось выполнить реканализацию пищевода, но у 5 из них, что составляет 14,2%, эта операция не удалась, что было обусловлено наличием у них в просвете пищевода плотной опухоли, через которую невозможно было провести буж, чтобы выполнить расширение его просвета. Этим пациентам пришлось наложить гастростому с использованием для герметичности желудка трубки-мююты. Опухоль локализовалась во всех отделах этого органа, но наиболее часто в средней его трети (у 22 из 30). Протяженность поражения была от 6 до 14 см.

Для реканализации верхней и средней трети пищевода использовалась трубка длиной 35–40 см, диаметром 16 мм, толщиной стенки 0,7 мм. На одном конце она имела воронкообразное расширение диаметром 25 мм и длиной 30 мм. Чтобы избежать пролежня пищевода, эта воронка с наружной стороны окутывалась лентой из поропласта. А чтобы она не впитывала в себя его содержимое, помещалась в при-

паянный чехол из полиэтиленовой пленки. Это предотвращало сползание муфты с конца трубки при протягивании её через ткань опухоли.

При реканализации же нижней трети пищевода и кардии желудка на эту трубку (отступив 10–12 см от воронки) надевали вторую подобную же муфту, которая при реканализации насильственно протягивалась через пораженный участок пищевода. Благодаря пористой структуре ткани, эту манипуляцию удастся выполнить без особых затруднений. Эта муфта обеспечивает устойчивое расположение протеза в просвете пищевода, если у больного в дальнейшем возникнет рвота (рис. 1).

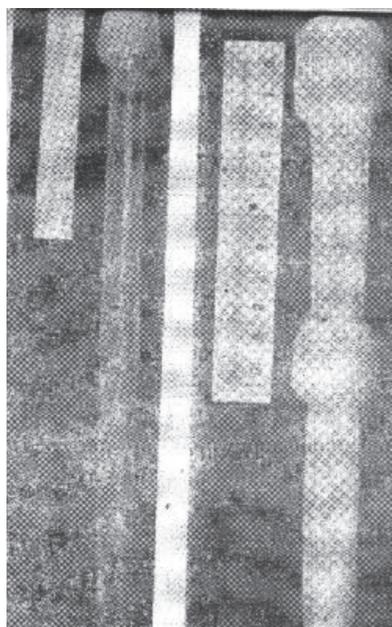


Рис. 1. Трубки для реканализации

Операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. Расширение пищевода производили бужами возрастающих калибров. Для этого выполняли гастротомию, а затем со стороны просвета желудка, по направлению снизу вверх, в просвет пищевода вводились расширители. Как только конец бужа появлялся в полости ротоглотки, он выводился наружу. Вслед за этим, к нему привязывали длинные лавсановые нитки. После чего они обратной тракцией бужа проводились в просвет желудка. К концам этих нитей, выступающих из полости рта, крепился протез. Осторожным потягиванием за концы ниток, проведенных в желудок и при участии анестезиолога, трубка вводилась через глотку в пищевод до упора расширенной её части в верхний полюс опухоли.

Избыточный нижний конец протеза отсекался в полости желудка. Для создания гибкости, при сохранении ригидности, на выступающую из пищевода часть трубки наносили 4–5 боковых прорезей. На этом все манипуляции по интубации пищевода завершались. Рана в желудке зашивалась наглухо.

Приём жидкой пищи пациент начинал на следующий день после операции. А через 2–3 дня приступал уже к кашецеобразной, запивая её водой. К лучевому лечению приступали после снятия швов с раны передней брюшной стенки. У всех пациентов телегамматерапию удалось выполнить в полном объеме (рис. 2).

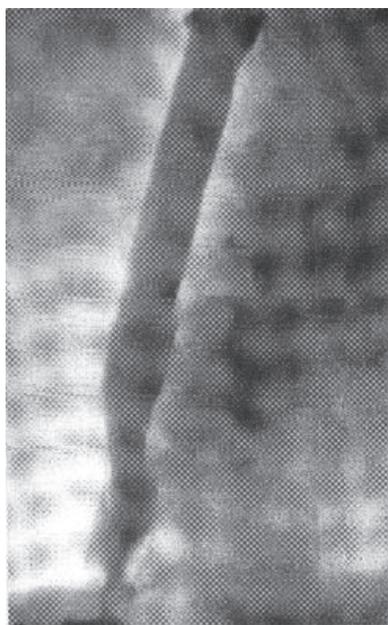


Рис. 2. Рентгенограмма пищевода после его реканализации

Гастростома была наложена 105 пациентам. Применялись методики Басова, Витцеля, Г.С. Топровера и И.Т. Шевченко («хоботок улитки»). В функциональном отношении они друг от друга существенно не отличались – при всех пищу приходилось вводить в желудок по трубке, минуя пищевод. Это вызывало у больных выраженный дискомфорт. Мало того, наблюдалось и вытекание содержимого желудка на кожу мимо трубки. Это сопровождалось разъеданием кожи вокруг гастростомы. Ситуацию удавалось нормализовать только за счет применения трубки-муфты, имеющей форму песочных часов. Она изготовлялась из поролона. Через её центр пропускалась пластмассовая трубка, а сверху губка окутывалась пленкой из полиэтилена, что пре-

дотвращало впитывание ею содержимого желудка. После кормления вход в трубку закрывался пробкой. Конструкция изделия обеспечивала герметичность желудка – узкая её часть тампонировала свищ на уровне самой брюшной стенки, а со стороны желудка и кожи это дополнительно делали ещё и конусовидные расширения. Однако ни у одного пациента лучевая терапия не была доведена до терапевтической дозы облучения.

Результаты лечения с применением любого способа гастростомии трудно отнести к положительным. После этой операции пациенты в среднем прожили 7,8 месяца, то есть, как и при одном лишь симптоматическом лечении. Исходя из этого, гастростомию можно отнести к операциям «отчаяния», ибо они жизнь пациентам не продляют, хотя и избавляют их от мучительной голодной смерти.

Продолжительность же жизни при неоперабельном раке пищевода удалось увеличить только при применении интубации пищевода. После этой операции, с последующим применением телегамматерапии, пациенты от первых симптомов заболевания в среднем жили до 15 месяцев, то есть это увеличение в среднем составило 6 месяцев. Особое значение в моральном плане имело то, что проходимость пищевода для измельченной пищи сохранялась у них до самой смерти.

Выводы

Реканализацию пищевода можно оценить, как эффективное паллиативное хирургическое вмешательство, которое избавляет пациентов от дисфагии до последних минут их жизни и тем самым позволяет провести им лучевое лечение. При ней отсутствует мацерация кожи и другие патологические процессы, присущие гастростоме.

Список литературы

1. Бородин И.М. Реканализация пищевода и кардии при неоперабельном раке // Вестник хирургии им. Грекова. – 1963. – Т. 90, № 1. – С. 55–57.
2. Ванцян Э.Н. Пищевод / Клиническая хирургия. Справочное руководство для врачей под редакцией Ю.М. Панцырева. – М., 1988, – С. 178–190.
3. Крейзберг Г.Я. К вопросу особенностей течения рака пищевода / Сборник научных трудов кафедры клинической анатомии и оперативной хирургии // Гос. институт усоп. врачей им. С.М. Кирова. – 1962, вып. 32. – С. 98–101.
4. Попов В.И., Филин В.И. Восстановительная хирургия пищевода. – М., 1965. – 310 с.
5. Топровер Г.С. Гастростомия. – Волгоград. – 1940. – 147 с.
6. Шевченко И.Т., Шапошников В.И. Рак пищевода / под редакцией Д.М. Абдурасулова. – Ташкент: Изд-во «Медицина» УзССР, 1972. – 124 с.
7. Coyas A. Palliative intubation in carcinoma of oesophagus / A. Coyas // Lancet. – 1955, 2.13. – 81–8.