

**С. И. Киркилевский, В. Л. Ганул, С. Н. Притуляк\***

*Национальный институт рака МЗ Украины, 03022 Киев  
\*Винницкий клинический областной онкологический диспансер, 21021 Винница*

## **УСТРАНЕНИЕ ДИСФАГИИ У БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД**

Авторы разработали и выполнили 68 больным нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод шунтирующую пластику пищевода. В контрольную группу вошли 44 пациента, которым были установлены внутрипищеводные саморасширяющиеся стенты. Частота послеоперационных осложнений после шунтирования составила 13,2 % (несостоятельность пищеводно-тонкокишечного анастомоза — 2,9 %), послеоперационная летальность — 5,9 %. Осложнения стентирования отмечены у 47,7 % больных. Шунтирование обеспечило стойкое устранение дисфагии у всех пациентов. Стентирование позволяет лишь снизить выраженность дисфагии с III-IV степени до I-II степени; но уже через месяц, из-за отсроченных осложнений, она повышается до II-III степени. После шунтирующих операций качество жизни при выписке повысилось на 31,1 %, а через 1 мес после выписки — на 29,9 %. После установки пищеводных стентов существенного улучшения качества жизни отмечено не было. Сделан вывод о том, что выполнение шунтирующих операций является методом выбора при лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод.

**Ключевые слова:** рак желудка с переходом на пищевод, дисфагия, симптоматическое лечение, качество жизни, шунтирующая пластика пищевода, стентирование пищевода.

Несмотря на стойкое снижение заболеваемости раком желудка, отмеченное в большинстве стран мира, в последние годы наблюдается рост частоты аденокарциномы зоны кардии и пищеводно-желудочного перехода [3]. Это касается и Украины [7]. Среди всех локализаций поражения желудка опухоли проксимального отдела составляют от 10 до 37 % [8]. Рост заболеваемости в этой группе за последние два десятилетия XX века превысил рост частоты развития других онкологических заболеваний — более 350 % [12,13,23,25,26]. В США частота аденокарциномы проксимального отдела желудка и зоны пищеводно-желудочного перехода увеличивается так интенсивно, как ни одна другая форма опухоли: если в 1960 г. количество больных раком проксимального отдела желудка составляло лишь 16 %, то к началу 80-х — уже 44 %, а к концу 90-х — более 60 % всех заболевших раком желудка [11,15-17,21,22]. Достоверного объ-

яснения причин этого в настоящее время нет.

Рак кардиоэзофагеальной зоны и рак других отделов желудка — это различные заболевания. Выделяют три основных отличительных черты рака желудка с переходом на пищевод: 1) опухоли, исходящие из кардиальной слизистой, в отличие от рака других отделов желудка характеризуются более высоким уровнем инфильтрации пищевода; 2) опухоли кардиоэзофагеальной зоны метастазируют не только в абдоминальные, но и в медиастинальные лимфатические узлы, что позволяет характеризовать опухоли данной локализации и как рак желудка, и как рак пищевода; 3) важнейшей характеристикой кардиоэзофагеального рака является значительно более неблагоприятный прогноз, чем при опухолевых поражениях других отделов желудка [3]. В связи с этим Всемирным коллаборационным комитетом по раку пищевода (*Worldwide Esophageal Cancer Collaboration — WECC*) была разработана

**Национальный институт рака МЗ Украины**

С. И. Киркилевский — заведующий клиничко-хирургическим отделом, д.м.н., профессор  
В. Л. Ганул — заведующий отделением опухолей органов грудной полости, чл.-кор. НАН  
и НАМН Украины

**Винницкий клинический областной онкологический диспансер**

С. Н. Притуляк — заведующий торакальным отделением

© С. И. Киркилевский, В. Л. Ганул, С. Н. Притуляк, 2011.

последняя седьмая редакция классификации рака пищевода по системе *TNM* [9]. В новом издании классификации произошли кардинальные перемены: опухоли, локализованные в области пищеводно-желудочного перехода с распространением на желудок в пределах 5 см, рассматриваются как рак пищевода [14]. Данный вопрос на протяжении всей истории хирургии пищевода и желудка являлся предметом острых дискуссий.

У большинства больных на момент установления диагноза рак желудка с переходом на пищевод находится в распространенной стадии. Ранний рак составляет лишь 10 % всех новых случаев, а у 64,2 % больных диагностируется III-IV стадии болезни. В итоге 83 % больных к моменту выявления заболевания имеют метастазы в регионарных лимфатических узлах, 53,8 % погибают в течение 1 года после установления диагноза [1]. Операбельность обратившихся с данной локализацией в специализированные учреждения составляет лишь 40-72 %, а резектабельность — от 38 до 69 % [8]. В связи с этим не менее чем у 75 % пациентов возможно лишь паллиативное или симптоматическое лечение.

Паллиативная химио- и лучевая терапия больных раком желудка с переходом на пищевод все еще не отличаются высокой эффективностью, поэтому у большинства пациентов возникает необходимость устранения дисфагии, т. е. проведения симптоматических мероприятий.

Симптоматическое лечение — это активная общая помощь онкологическому больному в той стадии заболевания, когда противоопухолевая терапия оказывается неэффективной. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическими проявлениями, а также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретают первостепенное значение. Цель симптоматического лечения — при минимальном благоприятном прогнозе обеспечить максимально удовлетворительные условия жизни [4].

Поиски способов устранения дисфагии ведутся очень давно. Наиболее доступным и чаще всего используемым является метод формирования нутритивных стом (гастро-, еюностомия). Однако эти операции тяжело воспринимаются больными и существенно ухудшают качество их жизни, являясь по своей сути калечащими. Другие методы — бужирование, электро- и лазерная коагуляция, фотодинамическая терапия — малоэффективны. Изобретение саморасширяющегося проволочного стента (*self-expandable metallic stent*) позволило эффективно бороться с дисфагией у больных раком пищевода. Итоги применения стентов у таких больных нашли отражение в базе данных Кокрановского

Сотрудничества (*The Cochrane Collaboration*). Как известно, Кокрановское Сотрудничество — это международная организация, члены которой обобщают результаты всех когда-либо проведенных рандомизированных клинических испытаний лечебных и диагностических вмешательств с целью объективной оценки эффективности диагностических вмешательств и методов лечения. В обзоре А. Sreedharan и соавт. [24], основанному на анализе 40 исследований, проведенных на 2542 больных, отмечено, что установка саморасширяющихся стентов является оптимальным паллиативным вмешательством для уменьшения дисфагии у больных с запущенным раком пищевода.

Однако при раке пищеводно-желудочного перехода эффективность установки стентов не столь высока: стентирование часто сопровождается серьезными осложнениями — неполное раскрытие стента, дислокация в полость желудка, разрушение конструкции стента, постоянный болевой синдром и др., которые не только не позволяют улучшить качество жизни пациентов, но и зачастую ухудшают его [5].

Наиболее оптимальным методом устранения дисфагии при нерезектабельном раке желудка с переходом на пищевод может быть шунтирование пищевода, т. е. формирование обходных пищеводно-дигестивных анастомозов. Данные операции были разработаны и впервые выполнены еще в первой половине XX века [6], однако широкого распространения они не получили вплоть до настоящего времени. В литературе имеются лишь спорадические сообщения о подобных вмешательствах, при этом указывается на их высокую эффективность в плане улучшения качества жизни больных [2,18-20].

Многие вопросы, связанные с использованием шунтирующих операций при раке желудка с переходом на пищевод, до сих пор не были решены. К таким вопросам относятся разработка показаний и противопоказаний, хирургический доступ, техника формирования анастомоза, выбор органа-шунта (трансплантата), его транслокация и локализация, изучение качества жизни больных, анализ отдаленных результатов.

Целью данной работы стала разработка методологии выполнения шунтирующих операций у больных нерезектабельным раком желудка с распространением на пищевод, что будет способствовать улучшению качества жизни таких больных.

**Обследуемые и методы.** Проанализированы данные историй болезни больных, которым было проведено лечение в научно-исследовательском отделении опухолей органов грудной полости

Национального института рака и в торакальном отделении Винницкого клинического областного онкологического диспансера за период с 2004 по 2011 гг. (табл. 1). В основную группу вошли 68 пациентов (51 мужчина и 17 женщин в возрасте 36-82 лет), которым была выполнена шунтирующая пластика пищевода. Двум больным раком культи желудка с переходом на пищевод ранее была выполнена резекция желудка по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни. Из 10 пациентов раком желудка после радикального лечения 9 ранее была выполнена гастрэктомия, а 1 — субтотальная резекция желудка. У 7 из этих больных был локальный рецидив по линии резекции в сочетании с отдаленными метастазами (во всех случаях рецидив распростра-

нялся на пищевод), а у 3 — канцероматоз брюшины верхнего этажа брюшной полости с вовлечением пищеводно-кишечного анастомоза и анастомозированной тонкой кишки, приведший одновременно к дисфагии и высокой кишечной непроходимости.

В контрольную группу были включены 44 пациента (34 мужчины и 10 женщин в возрасте 30-64 лет), которым по поводу дисфагии были установлены внутрипищеводные саморасширяющиеся стенты (см. табл. 1). В этой группе из 19 пациентов раком желудка после радикального лечения 10 больным в различных клиниках Украины ранее была выполнена гастрэктомия, 9 — проксимальная резекция желудка. У всех этих больных был локальный рецидив по линии резекции с распространением на пищевод, у 1 — в сочетании с канцероматозом верхнего этажа брюшной полости с вовлечением отводящей петли тонкой кишки.

В обеих группах у всех больных раком желудка был железистый рак различной степени дифференцировки, у больных раком пищевода — плоскоклеточный рак. Несмотря на наличие некоторых различий между группами по удельному весу больных со стадиями III, IV и с рецидивом заболевания, все же можно утверждать, что контингенты обеих групп — это инкурабельные пациенты с крайне неблагоприятным прогнозом. Общим признаком для больных обеих групп было наличие выраженной дисфагии III и IV степени, которые распределились примерно поровну (табл. 2).

Таблица 1  
Локализация и стадии опухолей у пациентов контрольной и основной групп

Диагноз	Стентирование (n = 44)		Шунтирование (n = 68)	
	n (%)	TNM (n)	n (%)	TNM (n)
Кардиоэзофагеальный рак	17 (38,6)	T3N2M0 (2) T3N1M1 (3) T3N2M1 (3) T4N0M0 (2) T4N1M0 (1) T4N1M1 (1) T4N2M0 (2) T4N2M1 (3)	9 (13,2)	T3N1M1 (1) T3N2M1 (1) T4N1M0 (1) T4N1M1 (1) T4N2M1 (5)
Гастроэзофагеальный рак	8 (18,2)	T3N1M0 (1) T3N1M1 (2) T3N2M1 (1) T4N1M0 (2) T4N1M1 (1) T4N2M1 (1)	43 (62,2)	T3N1M1 (1) T3N2M1 (2) T4N2M0 (4) T4N1M1 (10) T4N1M1 (1) T4N2M1 (25)
Рак культи желудка с переходом на пищевод			2 (2,9)	T4N1M0 (1) T4N1M1 (1)
Рак нижней части пищевода			4 (5,9)	T3N1M1 (1) T4N1M0 (1) T4N1M1 (2)
Рак желудка после радикального лечения, прогрессирование заболевания	19 (43,2)		10 (14,8)	-

Примечание: n — количество больных. При раке желудка с распространением на пищевод использована классификация А. А. Русанова [10].

Таблица 2  
Степень дисфагии у обследованных пациентов, абс. (%)

Степень дисфагии	Стентирование (n = 44)	Шунтирование (n = 68)
III	20 (45,5)	38 (55,9)
IV	24 (55,5)	30 (44,1)

В общем виде суть шунтирующих операций, направленных на устранение дисфагии у больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод, заключалась в создании обходного пути для продвижения пищи из супрастенотического участка пищевода в тонкий кишечник. Разработка методики таких операций состояла из нескольких этапов: 1) выбор оперативного доступа; 2) выбор органа, используемого в качестве трансплантата, и разработка методики его подготовки к перемещению; 3) разработка методики перемещения трансплантата; 4) разработка методики формирования анастомоза между пищеводом и трансплантатом.

В качестве оперативного доступа для выполнения шунтирующих операций мы предпочли комбинированный левосторонний торакоабдоминаль-

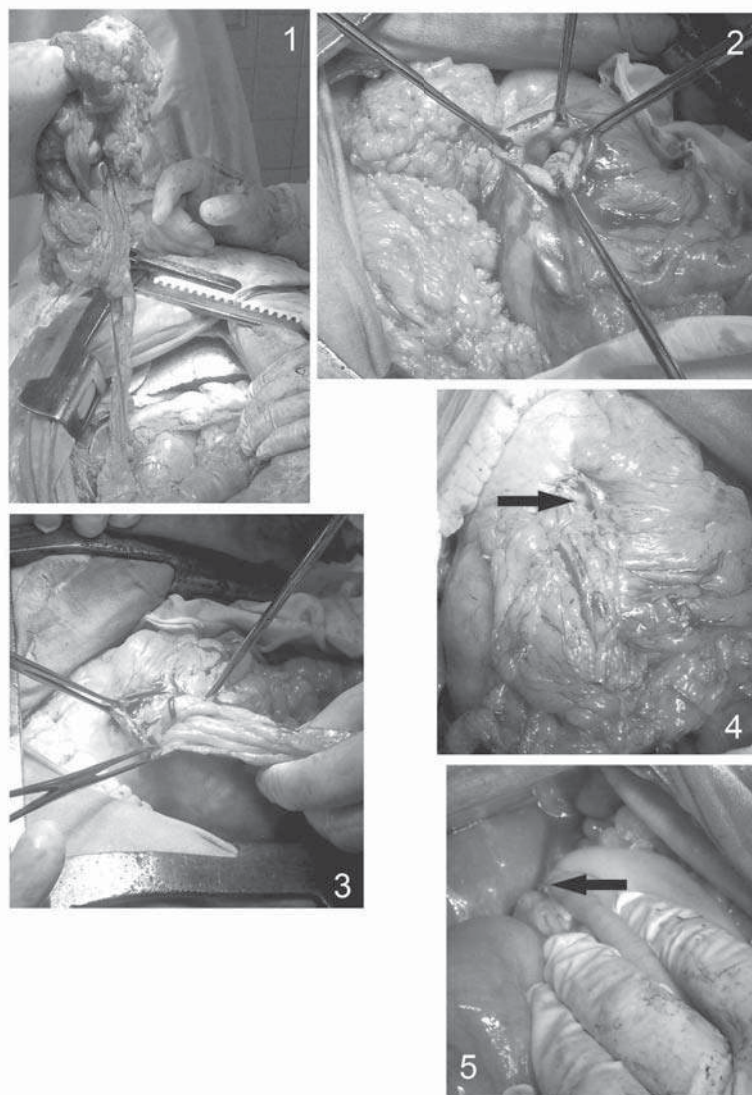


Рис. 1. Шунтирующая пластика пищевода с тампонадой желудка большим сальником.  
 1. Мобилизация большого сальника с сохранением сосудистой ножки.  
 2. Гастротомия.  
 3. Большой сальник проведен в полость желудка.  
 4. Ушито гастротомическое отверстие (указано стрелкой).  
 5. Сформирован пищеводно-тонкокишечный анастомоз (указан стрелкой).

ный доступ. В качестве трансплантата мы остановили свой выбор на тощей кишке, реже (при нерезектабельном раке нижней трети пищевода) использовали дно желудка (эзофагофундоанастомоз). Были определены три основных пути для проведения трансплантата: срединный — трансплантат размещали кпереди от желудка; левосторонний — трансплантат проводили слева от желудка, вдоль большой кривизны, для его осуществления выполняли спленэктомия; правосторонний — трансплантат проводили справа от желудка, между малой кривизной желудка и левой долей печени. Выбор пути определялся размерами опухоли и топографо-

анатомическими особенностями пациентов. Методом формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза избрали способ “бок-в-бок”.

Для разрешения конкретных клинических ситуаций были разработаны специальные виды шунтирующих операций: шунтирующая пластика пищевода после операций, ранее выполненных на желудке по поводу рака или неопухолевых заболеваний; шунтирующая пластика пищевода с тампонадой желудка большим сальником при дисфагии и желудочном кровотечении из-за распада опухоли (рис. 1); шунтирующая пластика пищевода при дисфагии и стенозе выходного отдела желудка — при распространении

опухоли и на выходной отдел желудка; шунтирующая пластика пищевода при дисфагии и механической желтухе, обусловленной вращением опухоли в головку поджелудочной железы.

Для пациентов контрольной группы использовали проволочные саморасширяющиеся внутрипищеводные стенты с покрытием трех производителей: МЦ “Эндомед” (Украина), “MITech” (Южная Корея), “Boston Scientific” (США). Длина стентов варьировала от 9 до 20 см, диаметр в расправленном состоянии — от 1,8 до 2,2 см. Процедуру стентирования проводили в основном под прямым рентгеноскопическим контролем. Одному больному стент был установлен субоперационно.

Для оценки качества жизни больных использовали опросник Европейской организации по исследованиям и лечению рака EORTC (*The European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) QLQ-C30 третьего поколения и модуля QLQ-OG25 (пищеводно-желудочный). Градации баллов в ответах опросника (от 1 до 4) нарастают при ухудшении качества жизни, поэтому об улучшении качества жизни свидетельствует уменьшение суммы баллов. Опросник EORTC QLQ-C30 состоит из 30 вопросов, подразделенных на 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), 3 шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боли), шкалы общего качества жизни и одиночных пунктов. В опросник-модуль EORTC QLQ-OG25 входит 25 вопросов, которые адаптированы к специфике симптоматики опухолей пищеводно-желудочного перехода.

Все больные заполняли анкеты до начала лечения (первая контрольная точка), далее — при выписке из стационара (2 недели после операции или 3-4-е сутки после стентирования) и через месяц после выписки.

**Результаты и их обсуждение.** Операции шунтирования пищевода были выполнены 68 пациентам (табл. 3). В ходе оперативных вмешательств осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 9 (13,2 %) пациентов — от осложнений умерли 4 больных (послеопера-

ционная летальность — 5,9 %). Частота несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза составила 2,9 %.

Осложнения стентирования отмечали как в ходе установки стентов — 14 (31,8 %) пациентов, так и в разные сроки после стентирования — 7 (15,9 %) пациентов. Таким образом, суммарно осложнения были у 21 больного, что составило 47,7 %. Наиболее частыми осложнениями были нераскрытие или неполное раскрытие стента, выраженный болевой синдром, дислокация стента, сдавление опухолью или опухолевые разрастания выше стента. Один пациент умер через 1 мес после установки стента из-за профузного кровотечения вследствие глубокого пролежня в области верхнего края стента, пенетрирующего в аорту.

Функциональные результаты шунтирующих операций были удовлетворительными у всех пациентов. Дисфагия была устранена у всех больных. Энтеральное питание начинали со вторых суток после операции — вначале через назоинтестинальный зонд, а с 4-5-х суток — через рот. Благодаря выполнению разработанных нами специальных методик операций у некоторых пациентов были дополнительно решены другие осложнения опухолевого процесса: у двух было остановлено профузное желудочное кровотечение, у одного созданы условия эвакуации из желудка и у одного ликвидирована механическая желтуха.

Из-за высокой частоты осложнений во время и непосредственно после установки стентов коррекция степени дисфагии отмечалась не у всех больных. Полного устранения дисфагии удалось добиться только у 29,5 % пациентов, у 18,2 % больных осталась дисфагия III-IV степени.

Качество жизни больных обеих групп определялось прежде всего наличием или отсутствием дисфагии (рис. 2). Выполнение шунтирующих операций обеспечило всем больным основной группы стойкое избавление от дисфагии, чего нельзя сказать о стентировании. Сразу после установки стентов средняя степень дисфагии снизилась с III-IV степени до I-II степени; но уже через месяц, из-за отсроченных

Таблица 3

Виды шунтирующих операций

Вид операции	Количество больных (n = 68)	%
Шунтирующая пластика пищевода тонкой кишкой	46	67,6
Эзофагофундоанастомоз	6	8,9
Шунтирующая пластика пищевода после операций на желудке	12	17,6
Шунтирующая пластика пищевода с тампонадой полости желудка большим сальником	2	2,9
Шунтирующая пластика пищевода при дисфагии и стенозе выходного отдела желудка	1	1,5
Шунтирующая пластика пищевода при дисфагии и механической желтухе	1	1,5

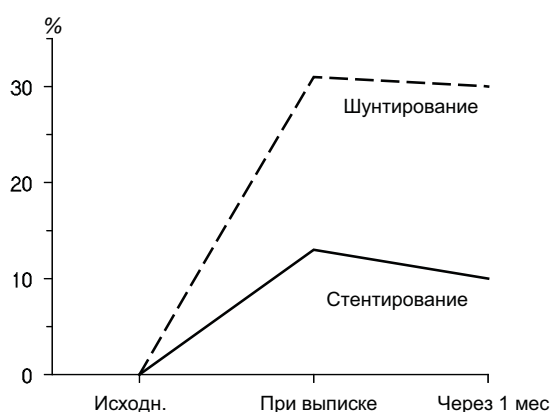


Рис. 2. Улучшение качества жизни больных после стентирования и шунтирования пищевода.

осложнений, повысилась до II-III степени.

Выполнение шунтирующих операций с высокой степенью достоверности ( $P < 0,001$ ) улучшало качество жизни больных тогда как в контрольной группе изменения значений показателей качества жизни были недостоверными (табл. 4).

Таблица 4

**Изменения качества жизни пациентов после установки стентов и шунтирующей пластики пищевода, баллы ( $M \pm m$ )**

Срок тестирования	Стентирование	Шунтирование
До лечения	168,4 ± 3,1	167,7 ± 2,5
При выписке	146,2 ± 21,7	115,5 ± 3,2**
Через 1 мес после выписки	152,0 ± 21,1	117,6 ± 3,2**

Примечания: \* —  $P < 0,001$  по сравнению со значениями показателей до лечения, \* —  $P < 0,05$  по сравнению со стентированием.

Для наглядности мы рассчитали показатель улучшения качества жизни (УКЖ):

$$\text{УКЖ} = \frac{\text{КЖ исходн.} - \text{КЖ в данной точке}}{\text{КЖ исходн.}} \times 100 \%$$

Этот экстенсивный показатель позволяет, во-первых, оценить изменение качества жизни относительно исходного в процентах, во-вторых, традиционно показать улучшение качества жизни в виде повышения значений показателя, а ухудшение — в виде снижения. У пациентов, которым была выполнена симптоматическая шунтирующая пластика пищевода, уже через 2 недели после операции (при выписке) качество жизни улучшилось на 30 % и оставалось на этом же уровне еще через 1 месяц (рис. 3). После стентирования результаты были более скромными — при выписке качество жизни улучшилось только на 13 %, а через месяц было лучше исходного лишь примерно на 10 %.

Был проведен стратификационный анализ динамики различных параметров качества жизни. Для анализа все вопросы опросника QLQ-C30 и модуля QLQ-OG25 были сгруппированы в следующие блоки:

1. Специфические жалобы, непосредственно связанные с проблемой приема пищи.
2. Неспецифические жалобы на состояние органов желудочно-кишечного тракта.
3. Нутритивный статус.
4. Болевой синдром.
5. Общесоматический статус.
6. Ограничение активности.
7. Социальный, семейный статус.
8. Психо-эмоциональная сфера, неврологический статус.

На рис. 3 приведены изменения значений средних показателей УКЖ по каждому из 8 блоков у пациентов обеих групп.

Выполнение шунтирующих операций более всего проявилось в регрессии специфических жалоб, непосредственно связанных с проблемой приема пищи (блок 1), — качество жизни в этом аспекте улучшилось через 2 недели после операции на 67,7 %, еще через месяц — на 68,2 % от исходного. Также уменьшились неспецифические проблемы с органами пищеварительного тракта (блок 2) — соответственно, на 49,6 % и 37,2 %. Устранение дисфагии позитивно сказалось на нутритивном статусе (блок 3) — субъективно он улучшился к моменту выписки на 33,0 %, но уже через месяц отличался от исходного только на 22,7 %. Как и следовало ожидать, существенных изменений в блоках 4-7 (болевой синдром, общесоматический статус, активность и социальные, семейные проблемы) не произошло. Очень позитивным является факт, что сразу после операции у больных улучшился психо-эмоциональный статус — на 39,5 %, и почти таковым (33,7 %) он оставался через месяц после выписки. Мы напрямую связываем это с регрессией специфических и нутритивных жалоб, поскольку депрессивное воздействие дисфагии и голодание на психологическое состояние человека хорошо известно.

В контрольной группе наблюдалась иная картина. Регрессия специфических жалоб была более скромной — качество жизни улучшилось после стентирования на 30,3 %, через месяц — на 23,8 % от исходного. Тем не менее, произошло уменьшение неспецифических проблем с органами пищеварительного тракта — соответственно, на 45,8 % и 46,9 %. Нутритивный статус больных улучшился ненамного: к моменту выписки — на 18,0 %, а через месяц он отличался от исходного только на 16,4 %. Осложнения стентирования негативно отразились

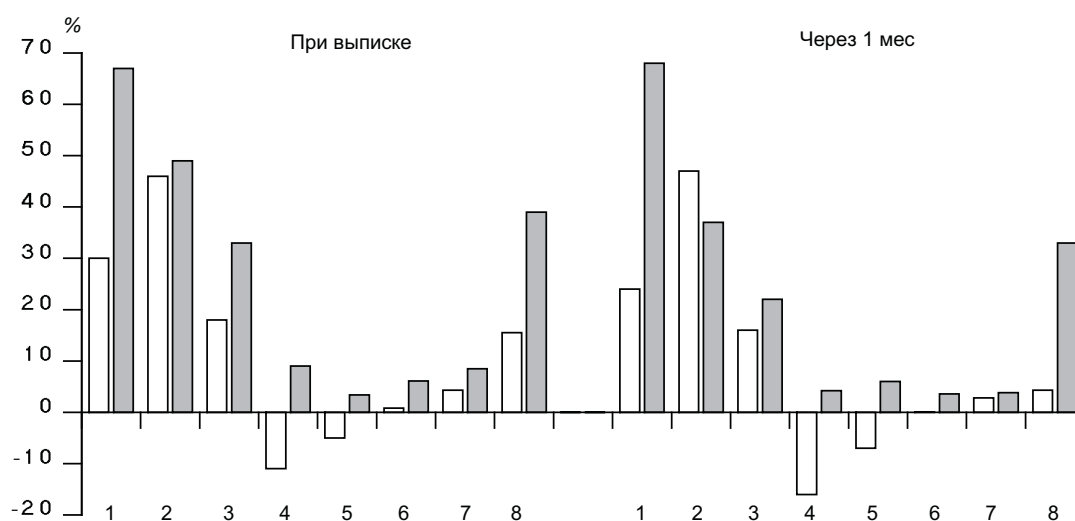
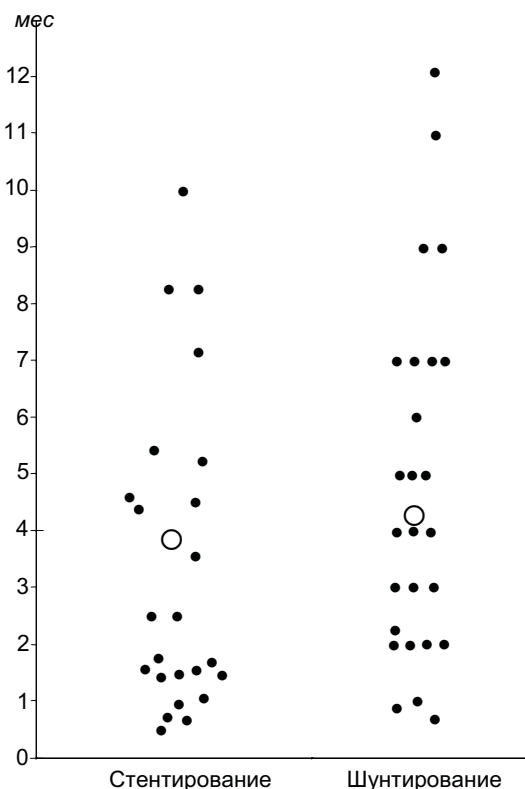


Рис. 3. Изменения значений функциональных блоков показателя улучшения качества жизни больных после стентирования (светлые столбики) и шунтирования (заштрихованные столбики): 1 — специфические жалобы, непосредственно связанные с проблемой приема пищи; 2 — неспецифические жалобы на состояние органов желудочно-кишечного тракта; 3 — нутритивный статус; 4 — болевой синдром; 5 — общесоматический статус; 6 — ограничение активности; 7 — социальный, семейный статус; 8 — психо-эмоциональная сфера, неврологический статус.

на болевом и общесоматическом блоках. Болевой синдром не уменьшился, а усугубился: сразу после стентирования — на 11,4 %, а через месяц — на 15,9 %. То же происходило с соматическим статусом —



РРис. 4. Смертность больных после стентирования и шунтирования пищевода. О — средние значения.

он ухудшался, соответственно, на 4,7 % и 6,7 %. Существенных изменений в блоках 6-7 (активность, социальные и семейные проблемы) не произошло. После стентирования не наблюдалось позитивных сдвигов в психо-эмоциональном состоянии: непосредственно после установки стента оно немного улучшалось — на 15,6 %, но через 1 месяц отличалось от исходного только на 4,4 %. Это было отражением развития отсроченных осложнений стентирования.

Отдаленные результаты лечения изучены у 42 больных основной группы (на момент написания работы были живы 9, умерли — 33) и у 25 пациентов контрольной группы (были живы — 2, умерли — 23). Особых различий между группами нет, хотя в контрольной группе в первые 2-3 мес летальных исходов все же было больше (рис. 4). Средняя продолжительность жизни в основной группе составила ( $4,5 \pm 2,9$ ) мес, в контрольной — ( $3,6 \pm 2,8$ ) мес, различия недостоверны.

Таким образом, выполнение шунтирующих операций является методом выбора при лечении больных нерезектабельным раком желудка с переходом на пищевод. Показаниями для этих операций являются не только дисфагия, но и ее сочетание с желудочным кровотечением, стенозом выходного отдела желудка, механической желтухой, а также нерезектабельный рак культи желудка или рецидив рака желудка, осложненные дисфагией.

Наиболее важным непосредственным результатом шунтирующих операций у больных нерезектабельным раком желудка с распростра-

нением на пищевод является стойкое устранение дисфагии у всех пациентов и улучшение качества жизни. Стентирование пищевода позволяет лишь снизить степень дисфагии с III-IV степени до I-II степени; но уже через месяц, из-за отсроченных осложнений, повышается до II-III степе-

ни, существенного улучшения качества жизни при этом отмечено не было.

### Список использованной литературы

1. Аксель Е. М., Горбачева И. А. Злокачественные новообразования в Москве и Санкт-Петербурге // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2008. — 19, № 2 (прилож. 1). — С. 120-134.
2. Бурцев А. Н., Антонюк С. М. Пищеводно-кишечный обходной анастомоз при неоперабельном раке проксимальных отделов желудка и абдоминального отдела пищевода // Вопр. онколог. — 1975. — 21, № 12. — С. 29-32.
3. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза // РМЖ. — 2008. — 16, № 13. — С. 914-920.
4. Исакова М. Е. Симптоматическое лечение онкологических больных в поздних стадиях заболевания // РМЖ. — 2003. — 11, № 11. — С. 653-657.
5. Козачук О. М. Застосування дрягяних стентів, що саморозширюються, при пухлинному враженні стравоходу: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — К., 2009. — 16 с.
6. Петровский Б. В. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. — М.: Изд-во АМН СССР, 1950. — 171 с.
7. Рак в Україні. Бюлетень національного канцер-реєстру України: Вид. 10 / Під ред. І. Б. Щепотіна. — К., 2009. — 105 с.
8. Тер-Ованесов М. Д. Факторы прогноза хирургического лечения рака проксимального отдела желудка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2007. — 38 с.
9. Тер-Ованесов М. Д., Левицкий А. В. Достижения в клинической онкологии опухолей ЖКТ в 2010 году: шаги вперед или реминисценции прошлого? // Практ. онкол. — 2011. — 12, № 1. — С. 17-25.
10. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительно-го тракта. — Киев: Здоровье, 1987. — 563 с.
11. Blot W. J., McLaughlin J. K. The changing epidemiology of EG-J cancer // Semin. Oncol. — 1999. — 26. — P. 2-8.
12. Blot W. J., Devesa S. S., Kneller R. W., Fraumeni J. F. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia // JAMA. — 1991. — 265. — P. 1287-1289.
13. Devesa S. S., Blot W. J., Fraumeni J. F. Jr. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States // Cancer. — 1998. — 83, № 10. — P. 2049-2053.
14. Edge S. B., Byrd D. R., Compton C. C. et al. AJCC cancer staging manual: 7<sup>th</sup> ed. — NewYork: Springer Verlag, 2009. — P. 117-126.
15. Ekstrom A. M., Signorello L. B., Hansson L. E. et al. Evaluating gastric cancer misclassification: a potential explanation for the rise in cardia cancer incidence // J. Nat. Cancer Inst. — 1999. — 91. — P. 786-790.
16. Engel L. S., Vaughan Th. L., Gammon M. D. et al. Occupation and risk of esophageal and gastric cardia adenocarcinoma // Am. J. Industr. Med. — 2002. — 42. — P. 11-22.
17. Hundahl S. A., Wanebo H. J. Changing gastric cancer treatment in the United States and the pursuit of quality // Eur. J. Surg. Oncol. — 2005. — 31, № 6. — P.605-615.
18. Kobayashi M., Sugiura Y. Esophago-colonic bypass for malignant stenosis of the esophago-cardiac junction and carcinoma of the remaining stomach // Nippon Geka Hokan. — 1971. — 40, № 2. — P. 170-177.
19. Misaki H., Murakawa S., Hamada K. et al. Esophago-entero bypass for malignant stenosis of the esophago-cardiac junction // Nippon Geka Hokan. — 1966. — 35, № 1. — P. 167-172.
20. Ng W. D., Chan Y. T., Ho K. K. Stapled bypass for nonresectable carcinoma located in the upper part of the stomach // Surg. Gynecol. Obstet. — 1991.-172, № 3. — P. 234-235.
21. Nomura A., Stemmermann G. N., Chyou P. H., Kato I. et al. Helicobacter pylori infection and gastric carcinoma among Japanese American in Hawaii // N. Engl. J. Med. — 1991. — 325. — P. 1132-1136.
22. Pera M., Cameron A. J., Trastek V. F. et al. Increasing incidence of adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction // Gastroenterology. — 1993. — 104. — P. 510-513.
23. Souza Rh. F., Spechler St. J. Concepts in the prevention of Adenocarcinoma of the distal esophagus and proximal stomach // CA Cancer J. Clin. — 2005. — 55. — P. 334-351.
24. Sreedharan A., Harris K., Crellin A. et al. Interventions for dysphagia in oesophageal cancer // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — 7, № 4. — CD005048.
25. Stein H. J., Siewert J. R. Barrett's esophagus: pathogenesis, epidemiology, functional abnormalities, malignant degeneration and surgical management // Dysphagia. — 1993. — 8. — P. 276-288.
26. Vizcaino A. P., Moreno V., Lambert R. et al. Time trends incidence of both major histologic types of esophageal carcinomas in selected countries, 1975-1995 // Int. J. Cancer. — 2002. — 99. — P. 860-868.

Получено 7.03.2011



## УСУНЕННЯ ДИСФАГІЇ У ХВОРИХ НА НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНИЙ РАК ШЛУНКА З ПЕРЕХОДОМ НА СТРАВОХІД

С. І. Кіркільєвський, В. Л. Ганул, С. М. Притуляк\*

Національний інститут раку МОЗ України, 03022 Київ

\*Вінницький клінічний обласний онкологічний диспансер, 21021 Вінниця

Автори розробили та виконали 68 хворим на нерезектабельний рак шлунка з поширенням на стравохід шунтуючу пластику стравоходу. До контрольної групи увійшли 44 пацієнта, яким були встановлені внутрішньостравохідні стенти, що саморозширюються. Частота післяопераційних ускладнень після шунтування становила 13,2% (недостатність стравохідно-тонкокишкового анастомозу — 2,9 %), післяопераційна летальність — 5,9 %. Ускладнення стентування відзначені у 47,7 % хворих. Шунтування забезпечило стійке усунення дисфагії в усіх пацієнтів. Стентування стравоходу дозволяє лише знизити вираженість дисфагії від III-IV ступеня до I-II ступеня, але вже через місяць, внаслідок відстрочених ускладнень, вона підвищилася до II-III ступеня. Після шунтування якість життя при виписці підвищилася на 31,1 %, а через 1 міс після виписки — на 29,9 %. Після встановлення стравохідних стентів істотного покращання якості життя відзначено не було. Зроблено висновок про те, що виконання шунтуючих операцій є методом вибору при лікуванні хворих на нерезектабельний рак шлунка з переходом на стравохід.

## REMOVAL OF DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH UNRESECTABLE CANCER OF ESOPHAGEAL-GASTRIC JUNCTION

S. I. Kirkilevsky, V. L. Ganul, S. N. Prituliak\*

National Cancer Institute Ministry of Health Ukraine, 03022 Kyiv

\*Vinnitsa Clinical Oblast Oncological Dispanser, 21021 Vinnitsa

The authors developed esophago-entero bypass and carried out it in 68 patients with unresectable cancer of esophageal-gastric junction. The control group included 44 patients who had intraesophageal self-expanding stents installed. The frequency of postoperative complications after bypass surgery was 13.2 % (anastomosis leakage - 2.9 %), postoperative mortality — 5.9 %. Stenting-induced complications were reported in 47.7 % of patients. Bypass has ensured steady elimination of dysphagia in all patients. Stenting of the esophagus can reduce the average degree of dysphagia from level III-IV to level I-II, but a month later it had risen to level II-III due to remote complications. After esophago-entero bypass quality of life was improved at discharge on 31.1 % and 1 month after discharge on 29.9 %. After installing esophageal stents there was no significant improvement in the quality of life. It was concluded that the bypass surgery is the method of choice in treating patients with unresectable cancer of esophageal-gastric junction.