

ЭТАПНОСТЬ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ильин И.А., Малькевич В.Т., Баранов А.Ю., Петрушко Н.М.

ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Совмещенная с резекцией пищевода или эзофагэктомией в одной операции толстокишечная эзофагопластика при карциномах пищевода и пищеводно-желудочного перехода представляет собой высокотравматичное оперативное вмешательство, проведение которого может различным образом отражаться на показателях выживаемости в сравнении с подобными операциями, при которых реконструкция пищевода толстой кишкой выполняется отдельным хирургическим этапом. Несмотря на совершенствование хирургического метода лечения, у данной категории пациентов по-прежнему существует риск тяжелых осложнений \geq III степени по классификации хирургических осложнений Clavien-Dindo, которые представляют угрозу для жизни и снижают выживаемость.

Цель. Установить взаимосвязь этапности толстокишечной пластики пищевода и выживаемости онкологических пациентов с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. При хирургическом лечении по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода из-за нетрансплантабельности желудка и тонкой кишки первичная толстокишечная эзофагопластика предпринята у 43 пациентов, реконструктивная – у 67, у пациентов с ХОБЛ – у 55,4% (61/110) от общего числа наблюдений. При наличии диагноза ХОБЛ (анамнез более 10 лет) для снижения общей травматичности и сокращения продолжительности хирургических вмешательств предпочтение отдавалось использованию двухэтапного подхода, когда эзофагопластика носила реконструктивный характер и выполнялась в виде отдельного хирургического этапа (n=40). При этом одноэтапные операции с первичной эзофагопластикой (n=21) применялись в 1,9 раза реже.

Результаты и обсуждение. При анализе установлено, что среди послеоперационных осложнений развитие пневмонии у 9 из 43 пациентов после первичной толстокишечной эзофагопластики явилось главным негативным фактором, ассоциированным со снижением 1-летней общей выживаемости (ОВ) с 72,9% до 27,8%, 3-летней – с 37,3% до 13,9%, 5-летней – с 33,6% до 13,9%, медианы ОВ – с 21,0 до 5,0 мес. ($p_{\logrank}=0,009$; ОР 2,81 [95% ДИ 1,24–6,37], $p_{cox}=0,014$).

Обнаружено, что при первичных эзофагопластиках риск пневмонии повышается после гастроинтестинальных реконструкций, связанных с предшествующими операциями (ОШ 8,27 [95% ДИ 1,41–48,53], $p=0,020$). При

реконструктивных операциях с риском пневмоний были ассоциированы вмешательства со спленэктомией (ОШ 11,60 [95% ДИ 1,33–100,83], $p=0,026$).

Выявлено, что негативную роль играет вскрытие плевральной полости, противоположной к зоне мобилизации пищевода, что также демонстрирует связь с риском пневмонии (ОШ 12,80 [95% ДИ 1,84–89,21], $p=0,010$). Следствием является затек жидкости в плевральную полость, нарушение экскурсии легкого, дис- и ателектазирование легочных сегментов. С другой стороны, риск кардиальных событий в виде нарушений сердечного ритма и сердечно-легочной недостаточности повышается именно на фоне пневмонии после первичной эзофагопластики (ОШ 15,78 [95% ДИ 3,16–78,73], $p=0,001$). Необходимо отметить, что пневмонии после реконструктивных операций не сопровождались кардиальными событиями, так как при этом не применялся травматичный торакальный этап, а трансплантат проводили в ретростернальном тоннеле, при создании которого минимизировали риск повреждения медиастинальной плевры и плевральных полостей. Их вскрытие, как правило, обусловлено спаечным процессом, вызванным предшествующими операциями. При этом повышается вероятность повреждения паренхимы легкого, инфицирования, пневмонии и респираторного дистресс-синдрома. Загрудинный путь транслокации дает возможность изолировать трансплантат от средостения и плевральных полостей за счет предфасциального расположения, где отграничивающую роль выполняют внутригрудная фасция и медиастинальная плевра. В связи с этим становится очевидной необходимость минимизации риска вскрытия плевральных полостей в процессе тоннелизации.

Напротив, среди реконструктивных операций главным угрожающим жизни осложнением оказался некроз толстокишечного трансплантата, наблюдавшийся у 4 из 67 пациентов. Его развитие сопровождалось увеличением риска смерти в 8,6 раза (ОР 8,61 [95% ДИ 2,92–25,37], $p_{\text{cox}} < 0,001$) со снижением 1-летней ОВ с 81,0% до 25,0%, медианы ОВ – с 38,1 до 3,7 мес. ($p_{\text{logrank}} < 0,001$).

Так, технические аспекты в ходе мобилизации трансплантата могут быть также связаны с риском ишемических осложнений. При первичных эзофагопластиках – это были случаи с лигированием восходящей ветви ЛОА (ОШ 18,67 [95% ДИ 1,28–272,13], $p=0,032$), при реконструктивных – случаи с лигированием восходящей ветви ЛОА (ОШ 27,60 [95% ДИ 2,40–317,96], $p=0,008$) и правой ветви СОА (ОШ 6,57 [95% ДИ 1,51–28,66], $p=0,012$).

На основании мультивариантного анализа установлено, что с ухудшением отдаленной выживаемости ассоциированы не коррелирующие между собой сопутствующая патология и послеоперационные осложнения (некроз трансплантата, пневмония). Например, при первичных пластиках риски смерти от всех причин повышались, если у пациента была ХОБЛ (ОР 2,07 [95% ДИ 1,01–4,28], $p_{\text{cox}}=0,048$), и после операции развивалась пневмония (ОР 2,74 [95% ДИ 1,20–6,26], $p_{\text{cox}}=0,017$). При реконструктивных пластиках риски смерти от всех причин повышались, если у пациента была ишемическая

болезнь сердца (ИБС) с ФК II–III по NYHA (ОР 2,58 [95% ДИ 1,18–5,63], $p_{\text{cox}}=0,017$), и после операции развивался некроз толстокишечного трансплантата (ОР 6,98 [95% ДИ 2,36–20,66], $p_{\text{cox}}<0,001$).

В целом у пациентов с ИБС 10-летняя ОВ и медиана ОВ после первичных эзофагопластик ($n=37$) составила 13,0% и 16,0 мес. После реконструктивных эзофагопластик ($n=49$) эти показатели составили 18,1% и 24,0 мес. При этом этапность пластики не показала ассоциации с показателями выживаемости ($p_{\text{logrank}}=0,357$; ОР 1,26 [95% ДИ 0,77–2,05], $p_{\text{cox}}=0,360$).

Напротив, проведение первичной эзофагопластики толстой кишкой у 21 из 61 пациентов с ХОБЛ выявило ассоциацию с повышением риска смерти от всех причин в 2,2 раза (ОР 2,19 [95% ДИ 1,19–4,04], $p_{\text{cox}}=0,012$). При этом обнаружено, что хирургическое лечение с применением толстокишечной эзофагопластики при ХОБЛ в виде самостоятельной реконструкции ($n=40$) по сравнению с первичной эзофагопластикой ($n=21$) сопровождается увеличением 1-летней ОВ с 50,8% до 72,5%, 3-летней – с 18,3% до 47,5%, 5-летней – с 9,1% до 30,5%, 7-летней – с 9,1% до 24,0%, 10-летней – 9,1% до 18,0%, медианы ОВ – с 14,0 до 28,1 мес. ($p_{\text{logrank}}=0,010$).

Выводы. Общая выживаемость онкологических пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода с пластикой пищевода толстой кишкой, определяется в том числе и сопутствующей респираторной патологией. Проведение первичной эзофагопластики у пациентов с ХОБЛ обнаруживает негативную ассоциацию с риском смерти от всех причин. Разделение хирургического метода лечения на самостоятельные оргауносящий и пластический этапы обладает потенциалом в отношении уменьшения общей травматичности хирургической операции и сопровождается снижением риска смерти от всех причин. Так, у пациентов с наличием сопутствующей ХОБЛ выбор в пользу лечения с применением двухэтапного подхода, когда эзофагопластика проводится в виде самостоятельной реконструктивной операции, по сравнению с первичной эзофагопластикой демонстрирует протективный эффект, выражающийся в снижении риска смерти от всех причин в 2,2 раза, и сопровождается увеличением 1-летней ОВ на 21,7% и медианы ОВ – на 14,1 мес.