

А.В. Тобохов, К.Н. Слепцов, П.А. Неустроев, В.Н. Николаев

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» (Якутск)

В статье обосновывается выбор метода лечения пациентов с раком пищевода. Авторы полагают, что комбинированное лечение рака пищевода с предоперационной и послеоперационной лучевой и химиотерапией позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

Ключевые слова: рак пищевода, комбинированное хирургическое лечение

COMPLEX APPROACH IN TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

A.V. Tobokhov, K.N. Sleptsov, P.A. Neustroev, V.N. Nikolaev

North-East Federal University named after M.K. Ammosov, Yakutsk

The article proves choice of the method of treatment of patients with esophageal cancer. The authors suppose that combined treatment of esophageal cancer with preoperative and postoperative radio- and chemotherapy allows to improve remote results of surgical treatment.

Key words: esophageal cancer, combined surgical treatment

ВВЕДЕНИЕ

В структуре онкологических заболеваний пищеварительного тракта рак пищевода в мире, по данным литературы, занимает одно из первых мест. За последние два десятилетия тенденции к явному снижению заболеваемости раком пищевода не отмечено. Смертность от рака пищевода в ряду других злокачественных заболеваний достигает 5–6 % [3].

В России рак пищевода занимает 14-е место в структуре заболеваемости и 7-е место в структуре смертности среди злокачественных новообразований [2]. Общее число заболевших раком пищевода в России ежегодно составляет в среднем 7000 случаев, из них 75 % опухолей диагностируется у мужчин. При этом пик заболеваемости приходится на возраст старше 60 лет [3]. По показателям смертности населения от злокачественных новообразований Якутия вполне может быть отнесена к территории «чрезвычайного онкологического риска» [1].

К факторам, непосредственно влияющим на исход лечения при раке пищевода, относятся локализация и объем процесса, наличие метастазов и заинтересованность соседних органов, возраст больного, а также наличие и характер сопутствующих заболеваний.

Проблема выбора вида, объема операции, методов комбинированного и комплексного лечения остается весьма актуальной и обосновывает необходимость продолжения поисков в выборе оптимального метода лечения больных раком пищевода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По поводу рака пищевода за исследуемый период в хирургическом отделении № 1 РБ № 1 — НЦМ находился на лечении 71 пациент.

Из них мужчин было 55 (77,5 %), женщин — 16 (22,5 %); лиц коренного населения — 60 (84 %), и 11

(16 %) больных — других различных национальностей. Возраст пациентов — от 40 до 81 года (табл. 1).

Таблица 1
Распределение больных по возрасту

40–50 лет		50–60 лет		Старше 60 лет	
абс.	%	абс.	%	абс.	%
10	14	29	41	32	45

Всем больным проводилось комплексное обследование, из которых основными были: рентгеноскопия пищевода, фиброгастроскопия с проведением биопсии для гистологической верификации опухоли. Для определения наличия метастазов, уточнения границ внепищеводного распространения опухоли проводились УЗИ, КТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первым проявлением заболевания по поводу, которого обращаются пациенты, является дисфагия (в 82 % случаев) (табл. 2).

Таблица 2
Клиническая симптоматика у больных

Клинические симптомы	абс.	%
Дисфагия	58	82
Боль и загрудинный дискомфорт	13	18
Резкое похудание и слабость	13	18
Другие симптомы	3	4

Как видно из приведенной таблицы, болезнь также проявляла себя болью и загрудинным дискомфортом в 13 (18 %) случаях, резким похуданием и слабостью в 13 (18 %) случаях и в 3 (4 %) случаях — другими симптомами, такими, как регургитация, слюнотечение, осиплость голоса.

При рентгеноскопии пищевода выявляются сужение просвета пищевода — 67 (94 %) случаев, дефект наполнения пищевода — 69 (97 %), обрыв складок слизистой пищевода — 54 (76 %) и ригидность стенок пищевода — 63 (89 %) случаев.

При ФЭГДС выявляются следующие изменения со стороны пищевода: сужение просвета пищевода — 67 (94 %) случаев, инфильтрация стенок пищевода — 69 (97 %), ригидность стенок пищевода — 68 (96 %), контактная кровоточивость стенок пищевода — 52 (73 %), изъязвления стенок пищевода — 37 (52 %), отек стенки пищевода — 6 (8 %), опухоль в виде белесоватого бугорка — 3 (4 %) и опухоль в виде бугристой поверхности — 32 (45 %) случаев.

При КТ выявляются следующие изменения: сужение просвета пищевода — 67 (94 %) случаев, утолщение стенки пищевода — 69 (97 %), уплотнение стенки пищевода — 71 (100 %), опухолевое образование — 70 (98 %), увеличение регионарных лимфоузлов — 23 (32 %) и прорастание в соседние органы — 18 (25 %) случаев.

После вышеперечисленных методов обследования был диагностирован ранний рак $T_1N_0M_0$ у 3 (4 %) пациентов, опухоль проросла через все слои пищевода и имелось регионарное метастазирование $T_{2-3}N_1M_0$ у 43 (61 %) пациентов, опухоль проросла в соседние органы, имелись отдаленные метастазы в печень, легкие, под- и надключичные лимфатические узлы $T_4N_xM_1$ наблюдались у 25 (35 %) пациентов. Рак пищевода чаще локализовался в средней трети пищевода — у 32 (45 %) больных, нижней трети — у 18 (25 %) больных, кардиоэзофагальный рак — у 11 (16 %) больных и у 10 (14 %) больных — верхней трети пищевода.

По результатам исследования выполнены радикальные операции 43 (61 %) пациентам из 71 обследованного (табл. 3).

Как видно из вышеизложенной таблицы, 31 (72 %) больному была произведена экстирпация пищевода с заднемедиастенальной пластикой желудочной трубкой с расширенной лимфодиссекцией, 1 (2 %) пациенту произведена подкожная

пластика желудочной трубкой, 9 (21 %) пациентам — пластика толстой кишкой и 2 (5 %) больным выполнена тонкокишечная эзофагопластика. При этих операциях в 74 % (32 пациентов) доступ был абдоминоцервикальный (трансхиатальный) по Савиных, в 26 % (11 пациентов) — тройной доступ.

Во время проведенных радикальных операций интраоперационных осложнений не наблюдалось.

У 30 (70 %) пациентов послеоперационный период протекал гладко. Назогастральный зонд удался на 4–5-е сутки после операции. Швы снимались на 10–13-е сутки после операции. Больные были выписаны на 12–17-е сутки после операции.

Ближайший послеоперационный период у 5 (12 %) пациентов осложнился присоединением легочной патологии, у 2 (5 %) пациентов развился медиастинит, у 4 (9 %) больных выявлена несостоятельность швов шейного анастомоза, у 1 (2 %) парез голосовых связок, летальный исход в 1 (2 %) случае на фоне несостоятельности дуоденоколоанастомоза, медиастинита, трахеального свища.

При осложнениях со стороны легких проводилась пролонгированная искусственная вентиляция легких, санация трахеобронхиального дерева и соответствующая терапия.

При медиастинитах производилось дренирование средостения, интенсивная антибактериальная, противовоспалительная терапия.

В связи с несостоятельностью швов шейного анастомоза 1 пациенту наложена гастростома. 3 пациентам оперативного лечения не понадобилось, несостоятельность ликвидирована эндоскопическим методом.

В пред- и послеоперационный периоды все пациенты проходили курсы лучевой и химиотерапии.

Отдаленные результаты были прослежены у 15 пациентов в течение 1–1,5 лет, рецидивов и метастазов не было.

Одним из ярких примеров является пациентка И., 1946 г.р. Обратилась за медицинской помощью с жалобами на затрудненное глотание твердой пищи, боли за грудиной, иррадиирующие в спину. В течение месяца с момента первого обращения

Методы операции в зависимости от локализации рака пищевода

Таблица 3

Методы операции		Локализация рака пищевода			
		Верхняя треть грудного отдела пищевода	Средняя треть грудного отдела пищевода	Нижняя треть грудного отдела пищевода	Кардиоэзофагальная локализация
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	—	15	8	—
	Через три доступа	5	4	—	—
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой толстой кишкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	—	3	3	2
	Через три доступа	1	—	—	—
Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой тонкой кишкой	Через абдоминоцервикальный доступ (по Савиных)	—	—	—	1
	Через три доступа	—	1	—	—

в лечебные учреждения диагностирован плоскоклеточный умеренно-дифференцированный рак средней трети пищевода T₃N₀M₀ III ст. III кл. гр.

На тот момент опухоль была расценена как неоперабельная. После проведенного курса лучевой терапии было отмечено уменьшение опухоли в размерах с 10–12 см. до 5 см. Как следующий этап лечения проведена операция экстирпация пищевода через торакотомный разрез справа в VI межреберье одномоментная эзофагопластика изоперистальтической желудочной трубкой. Результат цитологического исследования — высокодифференцированный плоскоклеточный рак с инвазивным ростом в подслизистый и мышечный слои с воспалительной инфильтрацией в мышечном слое. В краях резекции злокачественного роста не выявлено. В ближайшем послеоперационном периоде течение гладкое, без осложнений.

У пациентки в первые месяцы после операции вновь появилось затрудненное прохождение пищи. В результате проведенного обследования: эзофагоскопии, рентгеноскопии пищевода, диагностирована рубцовая стриктура анастомоза пищевода в стадии субкомпенсации. Был проведен курс бужирования пищевода до 1,5 см.

На последнем обследовании через 4 года рецидива заболевания не выявлено.

Главной стратегической целью хирургов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов. Выбор метода оперативного лечения зависит от наличия сопутствующих соматических заболеваний, состояния после других операций, наличия заболеваний и повреждений желудка, тонкого и толстого кишечника. Хирургическое лечение должно быть одномоментным. Оптимальным доступом, на наш взгляд, является операция из трех доступов, дающая возможность адекватного удаления регионарных лимфатических коллекторов и безопасно под контролем зрения резецировать пищевод. Хирургическое лечение рака пищевода должно сопровождаться расширенной 2- или 3-зональной лимфодиссекцией.

Наиболее часто используемым и соответствующим высоким требованиям безопасности и ка-

чества жизни является изоперистальтический желудочный трансплантат. Если возникает ситуация, когда желудок по тем или иным причинам не может быть использован для соединения с оставшейся частью пищевода, оптимальной следует признать колоэзофагопластику.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее часто рак пищевода локализуется в среднем грудном отделе пищевода — 45 %, реже рак пищевода встречается в нижнем грудном отделе пищевода — 25 %, кардиоэзофагальный рак — 16 % и верхнем грудном отделе пищевода — 14 %.

2. Первым проявлением заболевания по поводу, которого обращаются пациенты, является дисфагия — 82 % вне зависимости от локализации рака пищевода, свидетельствующая о значительном распространении процесса.

3. Наиболее оптимальным методом радикального хирургического лечения рака пищевода является экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой с расширенной лимфодиссекцией через абдоминоцервикальный (трансхиатальный) доступ по Савиных.

4. Комбинированное лечение рака пищевода с предоперационной и послеоперационной лучевой и химиотерапией позволяет улучшить отдаленные результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов П.М., Упхолов Г.П., Тихонов Д.Г. Распространенность, динамика и прогноз смертности населения Республики Саха (Якутия) от рака пищевода и желудка // Дальневосточный медицинский журнал. — 2000. — Т. 1, № 1. — С. 32–36.
2. Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Тер-Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 70–75.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.

Сведения об авторах

Тобохов Александр Васильевич — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» (677000, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Белинского, д. 58)

Слепцов Константин Николаевич — заведующий хирургическим отделением № 2 Республиканской больницы № 1 — Национального центра медицины

Неустроев Петр Афанасьевич — кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»

Николаев Владимир Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии и лучевой диагностики ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»