

С. Д. Фокеев, А. Ф. Лазарев, Я. Н. Шойхет, Е. С. Фокеева

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННОГО ОБРАЗОВАНИЕМ ПИЩЕВОДНОГО СВИЩА

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Барнаул
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Проанализированы результаты хирургического лечения злокачественных пищеводных фистул. Больным выполнялись одномоментная субтотальная резекция пищевода с эзофагопластикой желудком и формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правого гемиторакса (операция типа Льюиса) и экстирпация пищевода с эзофаго- и гастростомой (операция типа Торека). После хирургического лечения 2 из 9 больных прожили более 2 лет, 3 — 1 год, 7 — более 6 мес. В отсутствие хирургического лечения больные местнораспространенным раком пищевода погибают в течение месяца после возникновения свища.

Ключевые слова: рак пищевода, злокачественный свищ, хирургическое лечение.

В России рак пищевода занимает 14-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями и 7-е место в структуре смертности от них [1]. По сей день отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода не удовлетворяют клиницистов. Пятилетняя выживаемость, по данным многих авторов, не превышает 4—25% [2]. Это объясняется прежде всего поздней диагностикой. У 65—75% больных на момент обращения к врачу диагностируют III или IV стадию заболевания [1; 8].

Местнораспространенный рак пищевода может осложняться образованием свищей. Частота злокачественных пищеводных фистул достигает 13% [3]. Из-за высокой послеоперационной летальности (более 60%) хирургическое лечение этой группы больных является крайне сложной проблемой. В онкологических клиниках больных со злокачественными пищеводными фистулами, как правило, относят к числу бесперспективных и проводят им только симптоматическое лечение [5]. Большинство больных погибают в течение месяца с момента выявления свища. Причиной гибели являются вторичные гнойные осложнения: аспирационная пневмония, гангрена легкого, медиастинит, эмпиема плевры, гнойный перикардит и т. д.

В литературе встречаются единичные сообщения об опыте радикального хирургического лечения рака пищевода, осложненного образованием пищеводного свища [6]. О 6 удачных одномоментных эзофагэктомиях с резекцией легкого в разном объеме сообщили китайские хирурги. Японские авторы успешно сочетали хирургическое лечение с послеоперационной химиолучевой терапией. Оба больных, которым проведено это лечение, пережили 2 года без рецидива заболевания [7]. Самый большой опыт радикального хирургического лечения злокачественных фистул пищевода (21 больной) имеет торако-абдоминальная клиника ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, возглавляемая академиком РАМН и РАН М. И. Давыдовым.

С 1998 г. в отделении торакальной хирургии №1 Алтайского краевого онкологического диспансера пересмотрены принципы лечения больных со злокачественной пищеводной фистулой в пользу активной хирургической тактики. Нами проанализированы результаты лечения 39 больных местнораспространенным раком пищевода, осложненным образованием свища. У 15 пациентов фистула возникла после лучевой терапии на область первичной опухоли, у 24 — явилась следствием распада первичной опухоли. В зависимости от метода лечения пациентов распределили на 3 группы: первая группа (19 больных) получала симптоматическое лечение, вторая группа (11 больных) — симптоматическое лечение в сочетании с наложением гастростомы для питания, третья группа (9 больных) — радикальное хирургическое лечение. Шести из 9 больных третьей группы выполнена одномоментная субтотальная резекция пищевода с пластикой пищевода стеблем желудка и формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правого гемиторакса (операция типа Льюиса). Трем больным в связи с крайне низкими показателями функции дыхания и тяжелой сердечной патологией проведена экстирпация пищевода с эзофаго- и гастростомой (операция типа Торека).

Все больные были мужчинами. Возраст больных составил 40—73 года. Большинство пациентов были в возрасте 50—59 лет. У всех больных диагностирован плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки. Анализируемые группы не различались по степени дифференцировки опухоли. По стадиям заболевания пациенты распределились следующим образом: III стадия была выявлена у всех больных 1-й и 2-й групп, а также у 4 пациентов 3-й группы, IV — только в 3-й группе (5 больных). Во всех группах опухоль чаще располагалась в средней трети пищевода. Эта локализация преобладала у больных 1-й и 2-й групп (17 и 10 больных соответственно). Поражение нижней трети пищевода отмечено только в 3-й группе (3 пациента).

Продолжительность жизни больных в 1-й и во 2-й группах после выявления пищеводного свища не превышала одного месяца. Это осложнение являлось для них фатальным. Про-

должительность жизни больных 3-й группы колебалась от 2 до 24 мес и более: 33,3% пациентов прожили более 1 года, 11,1% больных живут более 2 лет.

Пациентам 3-й группы проведены следующие комбинированные операции: операция типа Торека в сочетании с нижней билобэктомией справа (1 больной), с клиновидной резекцией нижней доли правого легкого (1 больной), с резекцией левой доли печени и диафрагмы (1 больной); операция типа Льюиса в сочетании с резекцией нижней доли правого легкого (2 больных) и резекцией перикарда (6 больных).

Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде в 3-й группе не было. В первые 3 мес после операции умерли 2 из 3 больных, которым была выполнена операция Торека. Средняя продолжительность жизни у них составила 2,5 мес, в обоих случаях имелся канцероматоз плевры. Все больные, перенесшие операцию типа Льюиса, жили более 6 мес, более года прожили 3 из 6 пациентов, у которых отсутствовали регионарные и отдаленные метастазы (T4N0M0, III ст.). Из них 1 больной живет более 2 лет. Средняя продолжительность жизни больных после операции типа Льюиса составила 12,3 мес.

Для иллюстрации приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной Д., 64 лет, поступил в Алтайский краевой онкологический диспансер 25.02.2003 с диагнозом: рак средней трети пищевода T3NXM0, состояние после дистанционной лучевой терапии (суммарная очаговая доза 46 Гр), дисфагия II ст. Жалобы на неприятные ощущения за грудиной при приеме пищи, повышение температуры тела до 38°C.

При рентгенологическом исследовании пищевода выявлены опухоль протяженностью 10—11 см и выход контрастного вещества в средостение по передней левой стенке средней трети пищевода (свищ).

После интенсивной подготовки больной был оперирован по жизненным показаниям. Интраоперационно выявлена опухоль в средней трети пищевода протяженностью 11 см. Медиастинальная плевра над ней инфильтрирована, при мобилизации пищевода с опухолью выявлен распад опухоли, в средостении обнаружено около 10 мл бариевой взвеси. Выполнена расширенная комбинированная операция в объеме одномоментной субтотальной резекции пищевода с резекцией перикарда и пластикой пищевода желудком с формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правого гемиторакса. При гистологическом исследовании выявлены плоскоклеточный рак с орогове-

ем, прорастающий всю стенку пищевода, очаговый кальциноз в опухолевых ячейках, в 1 лимфатическом узле метастаз плоскоклеточного ороговевающего рака с тотальным замещением ткани лимфатического узла, гнойный перипроцесс.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральное питание начато на 7-е сутки, на 16-е сутки пациент в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара.

При контрольном осмотре через 2 года состояние больного удовлетворительное, данных за прогрессирование опухоли нет.

Таким образом, выполнение операций типа Льюиса или Торека позволяет увеличить продолжительность жизни больных со злокачественными пищеводными свищами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Двойрин В. В., Аксель Е. М., Трапезников Н. Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ. — М., 1996. — С. 275.
2. Дулганов К. П., Перимов А. П., Дулганов В. К. Результаты лечения рака пищевода // Тез. докл. Рос. науч. конф. «Комбинированная и комплексная терапия злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварительного тракта», г. Москва, 1996 г. — С. 50—51.
3. Стилиди И. С., Бохян В. Ю., Тер-Ованесов М. Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода // Прак. онкол. — 2003. — Т. 4, №2. — С. 70—75.
4. Стилиди И. С., Давыдов М. И. Возможности хирургического метода лечения больных со злокачественной пищеводной фистулой // Тез. докл. IV Росс. онкол. конф., г. Москва, 21—23 ноября 2000 г. — С. 65—67.
5. Burt M., Diehl W., Martini N. et al. Malignant esophageal fistula: management option and survival // Ann. Thorac. Surg. — 1991. — Vol. 52. — P. 1222—1228.
6. Campion J., Bourdelat D., Launois B. Surgical treatment of malignant esophagotracheal fistulas // Amer. J. Surg. — 1983. — Vol. 146, N 5. — P. 641—646.
7. Saitoh Y., Uemoto M., Yamanaka E. et al. Combined lung resection for advanced thoracic esophageal carcinoma // Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi. — 1995. — Vol. 43, N 4. — P. 527—532.
8. Stilidi I., Davydov M., Bokbyan V. et al. Subtotal esophagectomy with extended 2-field lymph node dissection for thoracic esophageal cancer // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2003. — Vol. 23. — P. 415—420.

Поступила 05.11.2004

S. D. Fokeyev, A. F. Lazarev, Ya. N. Shoikhet, E. S. Fokeyeva

TREATMENT FOR LOCALLY-ADVANCED ESOPHAGEAL CANCER COMPLICATED BY ESOPHAGEAL FISTULA

Altai Affiliation of the N. N. Blokhin RCRC RAMS, Barnaul
Altai State Medical University, Barnaul

The paper analyzes results of surgical treatment in patients with malignant esophageal fistulas. The patients underwent single-step subtotal resection of the esophagus with esophagogastric anastomosis in the cupula of the right hemithorax (Lewis operation) or extirpation of the esophagus with esophago- or gastrotomy (Torek operation). After the surgical treatment 9 patients survived more than 2 years, 3 patients lived for 1 year and 7 patients survived more than 6 months. While without surgery patients with locally-advanced esophageal cancer die within one month after fistula occurrence.

Key words: esophageal cancer, malignant fistula, surgical treatment.