

© Р.В.Хайрулдинов, 2006
УДК 616.329-006.6-07-089

Р.В.Хайрулдинов

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз (дир. — проф. С.Н.Наврұзов), г. Ташкент

Ключевые слова: рак, пищевод, диагностика, хирургическое лечение.

Введение. Одной из сложных и далеко нерешенных проблем клинической онкологии является диагностика и лечение больных раком пищевода [9, 3]. Несмотря на достижение химио- и радиотерапии, основным радикальным методом лечения больных раком пищевода остается хирургическое лечение [1, 4, 5]. Хотя в хирургическом лечении рака пищевода достигнуты определенные успехи, выбор доступа, объем оперативного вмешательства и способ восстановления непрерывности пищеварительного тракта остаются дискуссионными [2, 7, 8]. Расположение пищевода в трех совершенно различных областях: на шее, грудной клетке и в брюшной полости вызывает различные мнения по отношению доступа к пищеводу. Некоторые авторы предпочитают торакотомный доступ к пищеводу, другие — абдомино-цервикальный доступ, а отдельные авторы применяют как торакотомный, так и трансдиафрагмальные доступы [6, 9, 10].

Цель данного исследования — обобщение и анализ нашего опыта лечения больных раком пищевода.

Материалы и методы. С 1997–2004 гг. в торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз находились на лечении 430 больных раком пищевода. По системе TNM стадии болезни больные распределялись следующим образом: T2N0M0 — 20 пациентов, T3N1M0 — 32, T3N2M0 — 56, T3N2M1 — 78, T4N2M0 — 100, T4N3M1 — 144 больных. Распределение больных по полу и возрасту по классификации ВОЗ (1992 г.) представлено в табл. 1.

Как видно из табл. 1, мужчины почти в 3 раза чаще страдают раком пищевода, чем женщины. Также необходи-

мо отметить, что в последнее время отмечается тенденция к омоложению контингента больных раком пищевода.

Больные в клинике проходили комплексное обследование, включающее в себя общеклинические методы исследования, эзофагогастродуоденоскопию с прицельной биопсией из неоплазии, рентгенологическое исследование пищевода, ультразвуковую эхолакацию, бронхофиброскопию, компьютерную томографию, диагностическую лапароскопию и торакоскопию.

Эндоскопия и рентгенологическое исследование пищевода являются основными методами диагностики рака пищевода. Во время эндоскопии производили прицельную биопсию для уточнения гистологического типа опухоли. Для уточнения степени инвазии в прилежащие органы, установления наличия отдаленных метастазов применяли компьютерную томографию, диагностическую видеоторакоскопию и лапароскопию.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми симптомами рака пищевода являются дисфагия, боли за грудиной во время еды, боли в эпигастральной области живота, снижение аппетита, похудание, гидрофагия, гиперсаливация. Но они не являются специфическими симптомами рака пищевода, так как эти симптомы также характерны при доброкачественных заболеваниях пищевода (лейомиома, кардиоспазм, стенозирующий рефлюкс-эзофагит). Среди наших больных в клинической картине рака пищевода встречаемость симптомов была следующей: дисфагия — у 406 (94,4%), боли за грудиной — у 220 (51%), боли в эпигастрии — у 60 (14%), гидрофагия — у 40 (9,3%), аэрофагия — у 14 (3,2%), изжога с отрыжкой — у 44 (10,2%), гиперсаливация — у 102 (23,7%), кашель при глотании — у 30 (7%), регургитация — у 24 (5,6%), рвота — у 50 (11,6%), похудание — у 350 (81,4%), плохой аппетит — у 134 (31%).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст (лет)				Итого
	20–44	54–59	60–74	Старше 75	
М.	24	122	146	10	302
Ж.	22	42	60	4	128
Всего	46	164	206	14	

Таблица 2

Распределение больных по анамнезу заболевания

Сроки	Число больных
До 1 мес	60
1–3 мес	186
До 6 мес	98
6 мес—1 год	70
Более 1 года	16

Распределение больных по анамнезу заболевания представлено в табл. 2.

Наш опыт показывает, что при длительности заболевания до 3 мес в большинстве случаев до 85% случаев возможно выполнение радикальных оперативных вмешательств. При длительности заболевания до 6 мес вероятность выполнения радикальных операций около 50%, а более 6 мес — около 25%, более 1 года вероятность выполнения радикальных вмешательств 0%.

На основании данных рентгенологического, эндоскопического исследования, УЗИ, КТ грудной и брюшной полости, устанавливались локализация, протяженность опухоли и диаметр просвета пищевода (табл. 3, 4).

При изучении биоптатов установлены представленные в табл. 5 гистологические типы опухоли. В 24 случаях при гистологическом исследовании биоптатов опухолевые клетки не обнаружены.

Тактику лечения определяли в зависимости от стадии заболевания, наличия инвазии в окружающие органы и наличия отдаленных метастазов. Больных по тактике лечения условно разделяли на следующие группы: 1-я группа — оперативное лечение (286 больных): 1А — радикальные операции (178 больных); 1Б — паллиативные операции (108 больных); 2-я группа — больные, получившие сочетанную лучевую терапию с ра-

Таблица 3

Локализация опухолей пищевода

Отдел пищевода	Число случаев
Верхняя треть	18
Средняя треть	88
Нижняя треть	86
Субтотальное поражение	
Верхняя и средняя треть	46
Средняя и нижняя треть	114
Кардиоэзофагеальный	88

диоимодификаторами (100 больных): 2А — дистанционно-лучевая терапия (60 больных); 2Б — брахиотерапия с локальной гипертермией (40 больных); 3-я группа — лучевая и химиотерапия после паллиативной операции (44 больных): 3А — больные, получившие лучевую терапию (24 больных); 3Б — больные, получившие послеоперационную химиотерапию (20 больных).

Из 286 больных 1-й группы 178 пациентам произведены радикальные операции в пределах R-1 (2S), R-2 (2F), R-3 (3F). 108 больным выполнены паллиативные операции.

Основным радикальным методом лечения рака пищевода является экстирпация пищевода. При локализации опухоли на границе средней и нижней трети, а также нижней трети грудного отдела и абдоминального отдела пищевода мы предпочтение отдаем абдомиоцервикальному доступу. Этот доступ менее травматичен и при вышеуказанных локализациях опухоли обеспечивает радикальность операции. При локализации опухоли в верхней, средней трети грудного отдела пищевода мы применяем торакоабдомиоцервикальный доступ, который позволяет выполнить адекватную трехзональную лимфодиссекцию. Мы, как большинство онкологов, при локализации опухоли в грудном отделе пищевода придерживаемся тактики тотального удаления пищевода, несмотря на размеры опухоли, так как частичная резекция не соответствует принципам онкохирургии и не обеспечивает радикальность вмешательства. Удаляем все околопищеводные лимфатические узлы, малую кривизну желудка и малый сальник даже при отсутствии макроскопических признаков инвазии. После экстирпации пище-

Таблица 4

Протяженность опухоли и диаметр просвета

Показатели	Протяженность опухоли (см)					Диаметр просвета (см)			
	До 3	3–5	5–6	6–7	7	0,1–0,3	0,3–0,5	0,5–1,0	1,0
Параметры опухоли									
Число случаев	66	154	54	28	128	18	162	40	210

Таблица 5

Гистологические типы опухолей пищевода

Гистологические типы опухоли	Плоскоклеточный рак			Аденокарцинома			Недифференцированный рак	Опухолевые клетки
	низко-дифференцированный	умеренно-дифференцированный	высоко-дифференцированный	низко-дифференцированная	умеренно-дифференцированная	высоко-дифференцированная		
Число случаев	64	133	104	32	33	23	17	24

Таблица 6

Характер выполненных операций

Вид вмешательства	Число операций
Экстирпация пищевода абдомиоцервикальным доступом (гастропластика со спленэктомией — 10 + холецистэктомией — 7 + частичная резекция диафрагмы — 12)	80
Экстирпация пищевода + гастрэктомия (колопластика — 2, еюнопластика — 3)	5
Экстирпация пищевода торакоабдомиоцервикальным доступом с одномоментной гастропластикой (операция по типу К.Накаямы)	6
Резекция абдоминального отдела пищевода + гастрэктомия (+спленэктомия — 13)	24
Резекция абдоминального отдела пищевода + проксимальная резекция желудка	15
Резекция нижней трети пищевода + проксимальная резекция желудка (операция по типу Гарлока-Осавы)	25
Операция по типу Льюиса	23
Шунтирующая операция — эзофагогастроанастомоз по М.И. Давыдову	2
Эндопротезирование пищевода	45
Гастростома по:	
Штамму—Сенну—Каделу	30
Топперу	25
Юхтину	6
Всего	286

вода выполняем одномоментную эзофагогастропластику. Выкраиваем желудочную трубку из большой кривизны желудка на сосудистой ножке в правой желудочно-ободочной артерии. Из-за неудовлетворительной ангиоархитектоники желудка в двух случаях после экстирпации пищевода пришлось выполнить изоперистальтическую колоэзофагопластику из поперечно-ободочной и нисходящего отдела толстой кишки. Операции по типу Льюиса выполнены у 23 больных при расположении опухоли в средней и нижней трети пищевода у молодых пациентов, не имеющих патологию со стороны сердечно-легочной системы.

В пяти случаях с субтотальным поражением проксимального отдела желудка, нижней трети грудного отдела, абдоминального отдела пищевода выполнена экстирпация пищевода с гастрэктомией. Из них в 2 случаях произведена колоэзофагопластика, в 3 — еюноэзофагопластика. В 24 случаях с субтотальным поражением проксимального отдела желудка и части абдоминального отдела пищевода произведена гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода. В 15 случаях с чисто кардиальным

раком выполнены резекция абдоминального отдела пищевода и проксимальная резекция желудка. Операция по типу Гарлока-Осавы выполнена 25 больным с кардиоэзофагеальным раком. В 30 случаях произведена диагностическая торакоскопия, в 45 — диагностическая лапароскопия. При этом отмечалось прорастание опухоли в аорту, трахею, поджелудочную железу, ворота печени, отдаленные метастазы, асцит. При IV стадии заболевания с прорастанием опухоли в трахею, грудной отдел аорты и отдаленными метастазами выполнена паллиативная операция. У этих пациентов была выраженная дисфагия, т. е. практически полная непроходимость пищевода. Части больным этой группы производилось бужирование пищевода с последующим установлением эндопротеза в пищевод для адекватного питания больных. 45 больным по разработанной в клинике методике при нерезектабельности процесса установлены силиконо-латексные эндопротезы в среднюю, нижнюю треть пищевода и кардиоэзофагеальную зону. В 61 случае наложены различные виды гастростомы, с последующим проведением лучевой терапии и брахиотерапии.

В послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: некроз трансплантата — в 2 случаях, пневмония — в 20, частичная недостаточность эзофагогастроанастомоза — в 25, нагноение послеоперационной раны — в 27, экссудативный плеврит — в 16, инфаркт миокарда — в 2, аррозивное кровотечение — в 2, гнойный медиастенит — в 10, недостаточность эзофагоэнтероанастомоза — в 2, сердечно-сосудистая недостаточность — в 8, острая дыхательная недостаточность — в 5, отек легкого — в 2, эмпиема плевры — в 3. Послеоперационная летальность на 286 операций отмечена в 31 (11% случаев). Остальные больные после устранения осложнений были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты после радикальных операций изучены у 134 (47%) больных в срок от 3 мес до 3 лет. При этом трехлетняя выживаемость составила 34%, рецидив опухоли отмечен у 4% больных. Рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза отмечено у 15% больных. Больным проводились бужирование и электродиатермокоагуляционная реканализация анастомоза под эндоскопическим контролем. После проведения 3–4 сеансов электродиатермореканализации эзофагогастроанастомоза проходимость пищевода восстанавливалась, и больных в удовлетворительном состоянии выписывали.

Выводы. 1. Видеоторакоскопия и лапароскопия, как завершающий современный метод диагностики больных раком пищевода, должны быть включены в алгоритм обследования.

2. Радикальным оперативным вмешательством при раке пищевода является экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой желудочной трубкой из большой кривизны. При локализации опухоли на границе средней и нижней трети, в нижней трети грудного отдела пищевода, в абдоминальном отделе пищевода оправдан абдомиоцервикальный доступ.

3. При локализации опухоли в верхней и средней трети грудного отдела пищевода необходим торакоабдомиоцервикальный доступ для обеспечения радикальности операции. Объем оперативного вмешательства должен зависеть от степени инвазии опухоли в соседние органы. При распространении опухоли пищевода на проксимальный отдел желудка необходима экстирпация пищевода с гастрэктомией.

4. При наличии выраженной дисфагии, отдаленных метастазов, глубокой инвазии в соседние органы необходимо выполнять эндоскопическую диатермотуннелизацию опухоли с последующим установлением эндопротеза.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М.И., Баймухамедов А.А. Комбинированная операция типа Люиса при распространенном кардиоэзофагеальном раке // 2-й съезд онкологов стран СНГ: Тезисы.— Киев, 2000.—С. 563.
2. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Бохан В.Ю. и др. Эзофагопластика при раке пищевода и желудка // Там же.—С. 564.
3. Комаров И.Г., Комов Д.В. Место видеолaparоскопической хирургии в онкологической клинике // Новое в онкологии: сборник научных трудов.—2001.—№ 5.—С. 570–574.
4. Мирошников Б.И., Лабазанов М.М., Каливо Э.А. Определение уровня резекции пищевода с учетом его кровоснабжения // Хирургия.—1996.—№ 6.—С. 4–8.
5. Петерсон С.Б., Мамонтов А.С., Чудных С.М. Место эндовидеохирургии в диагностике и лечении рака пищевода // Эндоскоп. хир.—2002.—№ 6.—С. 53–55.
6. Седых С.А., Самратова С.С., Смирнов А.К. Компьютерная томография в оценке эффективности лечения рака пищевода // Рос. онкол. журн.—1998.—№ 1.—С. 34–36.
7. Симонов Н.Н., Канаев С.В., Корышова Л.И. и др. Лечение больных раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны на современном этапе // Вопр. онкол.—1999.—Т. 45, № 2.—С. 124–128.
8. Столяров В.И., Симонов Н.Н., Щукина В.В. Результаты одномоментных реакций и эзофагопластики при раке пищевода на этапах клинического внедрения // Вопр. онкол.—1998.—Т. 44, № 2.—С. 190–195.
9. Тагиев Р.М., Сигал Е.И., Чернышов В.А. Рак пищевода: хирургическое и комбинированное лечение // Рос. онкол. журн.—2002.—№ 1.—С. 9–13.
10. Черкасов М.Ф., Татьянченко В.К., Перескоков С.В. и др. Видеоэндохирургическое лечение заболеваний пищевода: Тез. докл. 5-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии // Эндоскоп. хир.—2002.—№ 3.—С. 91.

Поступила в редакцию 15.09.2005 г.

R.V.Khajruddinov

MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE ESOPHAGUS

On the basis of results of treatment of 430 patients with cancer of the esophagus a conclusion was made that radical surgery for this disease consisted in extirpation of the esophagus with a single stage gastropasty with a gastric tube from the greater curvature. The abdominal-cervical access is thought to be justified when the tumor is located on the border between the middle and lower third, in the lower third of the thoracic part of the esophagus, in the abdominal part of the esophagus. In cases of marked dysphagia, distant metastases, profound invasion into the neighboring organs the endoscopic diathermal tunnelization of the tumor followed by placing of endoprosthesis is necessary.