

*М. И. Давыдов, Ф. Г. Ан, С. А. Башиева,
В. М. Кухаренко, А. И. Пирогов, Ж. А. Арзыкулов*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ ТИПА ЛЬЮИСА В ХИРУРГИЧЕСКОМ И КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

НИИ клинической онкологии

Хирургическое лечение рака нижней трети пищевода в самостоятельном варианте или в комплексе с предоперационной лучевой терапией продолжает оставаться трудной и сложной проблемой в современной онкохирургии. Центральными остаются вопросы снижения послеоперационной летальности, повышения радикальности вмешательств, проблемы социальной реабилитации [1—7].

Представляем сравнительную оценку применения операции типа Льюиса в самостоятельном и в комбинированном (с предоперационной лучевой терапией) варианте у 156 больных раком нижней трети пищевода в отделении торакальной онкологии ОНЦ РАМН за два периода хирургической деятельности с 1985 по 1989 и с 1990 по 1992 г., отличающиеся не только совершенствованием техники формирования пищевода из пищевода, объемам хирургического вмешательства, но и внедрением расширенной абдоминомедиастинальной лимфодиссекции (РАМЛ).

Среди больных мужчин было 119 (76,3%), женщин 37 (23,7%), средний возраст составил $57,4 \pm 3,9$ года.

У всех 156 больных опухоль локализовалась в нижней трети (дистальная половина ретроперикардального сегмента до кардии) с распространением на среднюю треть пищевода.

Морфологическое строение опухоли было следующим: у 149 (95,5%) плоскоклеточный рак, у 4 (2,6%) аденокарцинома и у 3 (1,9%) больных диморфный (железисто-плоскоклеточный) рак.

Протяженность опухоли по пищеводу была следующей: от 3—5 см у 26 (16,7%), от 5—8 см у 74 (47,4%), более 8 см у 56 (35,9%) больных. Среди последней группы у 25 (44,6%) больных протяженность опухоли была более 10 см.

Форма роста опухоли была следующей: экзофитная у 27 (17,3%), преимущественно эндофитная у 54 (34,6%) и смешанная у 75 (48,1%) больных. У 42 (26,9%) больных опухоль поражала 2/3 стенки, у 114 (73,1%) поражение носило циркулярный характер.

Глубина инвазии опухоли в стенку пищевода была следующей: у 47 (30,1%) опухоль поражала мышечный слой (Т2), у 59 (37,8%) достигала адвентиции (Т3) и у 50 (32,1%) больных наблюдали выход опухоли за пределы стенок пищевода (Т4). В последней группе больных опухоль проросла в аорту (14), в бифуркацию трахеи, левый главный бронх и легкие (16), в перикард (4), в грудной лимфатический проток (8), в нижнюю легочную вену (3).

Метастазы опухоли диагностированы у 89 (57,1%) больных. У 40 из 156 (25,6%) больных метастазирование носило регионарный и у 4 (2,7%) — отдаленный характер, у 45 (28,8%) больных имело место их сочетание.

Таблица 1. Распределение больных по стадиям заболевания при операциях типа Льюиса

Стадия заболевания	Больные, оперированные в 1-й период хирургической деятельности		Больные, оперированные во 2-й период деятельности		Общее число больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
II	26	37,3	32	36,8	58	37,2
III	39	56,5	47	54,0	86	55,1
IV	4	5,8	8	9,2	12	7,7
Всего:	69	100,0	87	100,0	156	100,0

У 1 больного выявлены внутрисстеночные метастазы, которые отнесены к числу регионарных. У 51 из 156 (32,7%) пациентов метастазирование носило солитарный, а у 105 (67,3%) — множественный характер. У 39 из 89 (43,8%) метастазы локализовались выше, у 41 (46,1%) — ниже диафрагмы и у 9 (10,1%) больных по обе стороны от нее. Таким образом, метастазы выше диафрагмы отмечены у 48 из 156 (30,8%), ниже — у 50 (32,1%) больных частота поражения различных групп лимфатических узлов и органов была следующей: надключичные 2 (1,3%), паратрахеальные 8 (5,1%), бифуркационные 17 (10,9%), паразофагеальные 27 (17,3%), паракардиальные 15 (9,6%), лимфоузлы области малого сальника 4 (2,6%), чревные 8 (5,1%), парааортальные (забрюшинные) 3 (1,9%), печень 2 (1,3%), легкие 2 (1,3%), пищевод (внутрисстеночные) 1 (0,6%).

Распределение больных по стадиям заболевания (TNM, 1987) см. в табл. 1.

Предоперационная лучевая терапия (ПЛТ) проведена 40 (25,6%) больным по методике классического фракционирования дозы до СОД 30—40 Гр, с последующим выполнением операции через 24—48 ч.

У 94 из 156 (60,3%) больных выполнен типичный вариант операции, у 62 (39,7%) — комбинированный (у 50 — из-за врастания опухоли в соседние анатомические структуры, у 8 — из-за повреждения капсулы селезенки и у 4 больных из-за наличия солитарных метастазов в легкие и печень).

Частота послеоперационных осложнений представлена в табл. 2—3.

Таблица 2. Непосредственные результаты после операций типа Льюиса

Вариант операции	Число больных	Количество осложнений	Умерли
Типичная	94	33 (35,1 $\pm$ 4,9%)	6 (6,4 $\pm$ 2,5%)
Комбинированная	62	29 (46,8 $\pm$ 6,3%)	10 (16,1 $\pm$ 4,7%)
Всего:	156	62 (39,7 $\pm$ 3,9%)	16 (10,2 $\pm$ 2,4%)

Из данных таблиц следует, что более высокая частота послеоперационных осложнений ($t=1,5$) и летальности ($t=1,83$) отмечалась при выполнении комбинированных операций. В целом это вполне логично и объясняется большей распространенностью опухолевого процесса, а значит и большей травматичностью при их выполнении. РАМЛ не утяжеляет послеоперационное

Таблица 3. Непосредственные результаты операций типа Льюиса при различных вариантах лимфодиссекции

Вариант лимфодиссекции	Число больных	Количество осложнений	Умерли
Типичная	68	24 (35,3 ± 5,8%)	8 (11,8 ± 3,9%)
Расширенная	88	38 (43,2 ± 5,2%)	8 (9,1 ± 3,1%)
Всего:	156	62 (39,7 ± 3,9%)	16 (10,2 ± 2,4%)

течение и не сопровождается повышением послеоперационной летальности. Мы не отметили также увеличения частоты послеоперационных осложнений у 40 больных, получивших ПЛТ (табл. 4).

Таблица 4. Непосредственные результаты операции типа Льюиса в самостоятельном варианте и с предоперационной лучевой терапией

Вариант лечения	Число больных	Количество осложнений	Умерли
Хирургическое	104	44 (42,3 ± 4,8%)	9 (8,7 ± 2,8%)
Комбинированное	40	11 (27,5 ± 7,1%)	4 (10,0 ± 4,7%)
Всего:	144	55 (38,2 ± 4,0%)	13 (9,0 ± 2,4%)

У 62 из 156 (39,7%) больных отметили различные осложнения в раннем послеоперационном периоде, с летальным исходом у 16 (10,2%). Характер послеоперационных осложнений был следующий: пневмония у 41 (26,4%) больного, с летальным исходом у 12 (29,3%), несостоятельность пищевода у 3 (1,9%) больных, с летальным исходом у 1 (0,6%), некроз в стенке желудка также с летальным исходом у 1 (0,6%) больного, некроз печени у 1 (0,6%) больного, острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 (1,3%) больных с летальным исходом у 1 (0,6%), нагноение послеоперационной раны у 5 (3,3%), парез локтевого у 2 (1,3%) и возвратного нервов у 1 (0,6%), хилоторакс у 2 (1,3%), внутрибрюшное кровотечение у 1 (0,6%), эмпиема плевры у 1 (0,6%), острое нарушение мозгового кровообращения у 1 (0,6%), послеоперационный психоз у 1 (0,6%) больного. Причем несостоятельность анастомоза, некроз в стенке желудка и некроз печени наблюдались нами только в 1-й период хирургической деятельности.

Общезвестно, что у 80—85% больных рецидив заболевания проявляется в первые 2 года после операции. Под рецидивом мы понимаем повторное появление опухоли после операции в области первичной ее локализации. Появление же метастазов говорит о нерадикально выполненном вмешательстве на этапе лимфодиссекции или о клинической реализации субклинических метастазов.

В первые 2 года рецидив опухоли возник у 2 из 140 (1,4%) больных через 11 и 12 мес после операции. Оба больных имели IV стадию заболевания. Возникновение метастазов после операции диагностировано у 90 из 140 (64,3%) больных. Важно то, что частота их возникновения во 2-м периоде широкого применения РАМЛ по сравнению с 1-м уменьшилась на 24,6% и составила 53,7% (43 из 80) и 78,3% (47 из 60) соответственно, при том, что в 1-м периоде ПЛТ проведена 32 из 60, а во 2-м только 4 из 80. Налицо ошутимое преимущество применения РАМЛ перед ПЛТ.

Таблица 5. Отдаленные результаты после операции типа Льюиса

Вариант операции	Число больных	Пережили сроки наблюдения, годы		
		1	3	5
Типичная	88	86 из 88 (97,7 ± 1,6%)	25 из 62 (40,3 ± 6,2%)	11 из 35 (31,4 ± 7,8%)
Комбинированная	52	38 из 52 (73,1 ± 6,1%)	7 из 21 (33,3 ± 10,5%)	5 из 25 (20,0 ± 8,2%)
Всего:	140	124 из 140 (88,6 ± 2,7%)	32 из 83 (38,6 ± 5,3%)	16 из 60 (26,7 ± 5,7%)

Наиболее существенным критерием при оценке лечения онкологических больных является продолжительность их жизни (табл. 5).

Как видно из таблицы, показатели 5-летней выживаемости (36,7 ± 5,7%) отражают продолжительность жизни больных, оперированных в основном в 1-й период. Результаты же 3-летней выживаемости относятся к больным, оперированным в течение обоих периодов.

Любопытны сравнения показателей 3-летней выживаемости после типичной лимфаденэктомии в 1-м и после РАМЛ во 2-м периоде хирургической деятельности (табл. 6).

Таблица 6. Отдаленные результаты операции типа Льюиса при различных вариантах лимфодиссекции

Вариант операции	Число больных	Пережили сроки наблюдения, годы	
		1	3
Типичная лимфаденэктомия	60	50 из 60 (83,3 ± 4,8%)	17 из 60 (28,3 ± 5,8%)
Расширенная лимфодиссекция	80	74 из 80 (92,5 ± 2,9%)	15 из 23 (65,2 ± 10,1%)
Всего:	140	124 из 140 (88,6 ± 2,7%)	32 из 83 (38,6 ± 5,3%)

Анализ данных, представленных в табл. 6, позволяет говорить об увеличении 3-летней выживаемости больных в 2,3 раза при использовании РАМЛ по сравнению с группой больных со стандартной лимфаденэктомией.

Большой практический интерес представляет сравнение возможностей влияния ПЛТ и РАМЛ (табл. 7) на продолжительность жизни больных.

Таблица 7. Отдаленные результаты операции типа Льюиса у больных с расширенной абдоминодиагональной лимфодиссекцией и предоперационной лучевой терапией

Вариант лечения	Число больных	Пережили сроки наблюдения, годы	
		1	3
Комбинированное лечение с типичной лимфодиссекцией	32	26 из 32 (81,2 ± 6,9%)	12 из 32 (37,5 ± 8,5%)
Хирургическое лечение с расширенной лимфодиссекцией	76	70 из 76 (92,1 ± 3,1%)	13 из 21 (61,9 ± 10,8%)

Из данных таблицы видно приблизительное равенство шансов к 1-му году и явное преимущество ($t=1,8$) применения РАМЛ по сравнению с ПЛТ к 3-му году наблюдения.

Выводы. 1. Операция типа Льюиса с расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекцией является альтернативой варианту ее выполнения с ПЛТ при раке нижней трети пищевода.

2. При местно-распространенном раке нижней трети пищевода, равно как при наличии солитарных метастазов в печень, легкие, другие соседние органы, резекция которых не вызывает их значимого функционального нарушения, требуется выполнение комбинированной операции типа Льюиса с расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекцией.

3. Применение расширенной абдоиномедиастинальной лимфодиссекции в комплексе с операцией типа Льюиса позволяет существенно повысить радикальность операции без увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности, осуществить более точное стадирование опухолевого процесса, определить индивидуальные показания к возможному дополнительному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Рындин В.Д., Мазурич В.С. и др. // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. — 1990. — № 12. — С. 60—62.
2. Мамонтов А.С., Кухаренко В.М., Иванов П.А. и др. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 65—70.
3. Столяр В.И., Довгалюк А.З. // Вестн. хирургии. — 1992. — Т. 149, № 11—12. — С. 299—303.
4. Черноусов А.Ф., Кыладзе М.А., Гилитский Л.А. и др. // Хирургия. — 1991. — № 9. — С. 35—39.
5. Ayabe H., Oka T., Tsuji H. et al. // Acta med. Nagasak. — 1991. — Vol. 36, N 1—4. — P. 34—37.
6. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H. // J. Surg. Oncol. — 1991. — Vol. 48, N 2. — P. 106—111.
7. Sugimachi K. // Jap. J. Clin. Oncol. — 1990. — Vol. 20, N 1. — P. 43—47.

Поступила 24.01.95

© А. И. Барканов, 1994
УДК 616.37-006.6-085.849

А. И. Барканов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

НИИ клинической онкологии

Аденокарциномы составляют 60—85% от числа всех злокачественных опухолей поджелудочной железы [2]. Радиочувствительность их изучена недостаточно, патологоанатомические данные на этот счет противоречивы. Согласно одним наблюдениям, высокодифференцированная, т. е. радиорезистентная, аденокарцинома составляет подавляющее большинство — 85,5% всех

аденокарцином этого органа. Другие данные говорят о том, что она наблюдается только у 11,5% больных, у 41,1% отмечена аденокарцинома средней степени, у 47,4% — низкой степени дифференцировки [5]. В литературе приводится единственное сообщение о результатах дистанционной гамма-терапии 29 больных аденокарциномой поджелудочной железы. Разовая очаговая доза 2 Гр и суммарная 60 Гр подводилась расщепленным курсом с интервалом между циклами 3—4 нед. У 48% больных наблюдались различной степени выраженности лучевые реакции, в том числе у 10% — выраженная общая лучевая реакция. Выживаемость в течение 18 мес после лечения составила 31%, 2,5 лет — 21% больных [4].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1969 г. находились 227 больных раком поджелудочной железы, из которых 20 — симптоматическое лечение вследствие их отказа от облучения. Гистологическое строение опухоли известно у 121 пациента, из них у 78 (64,5%) была аденокарцинома, у 43 (35,5%) опухоли другого гистогенеза (перстневидноклеточный, солидный, мелкоклеточный рак без дифференцировки его гистогенеза). Из 78 больных с аденокарциномой поджелудочной железы у 68 проведено лучевое, у 10 — симптоматическое лечение вследствие их отказа от облучения. Последняя группа была контрольной и показала длительность жизни без специального лечения.

Мужчин было 43, женщин 35 человек. В возрасте 31—40 лет находились 6; 41—50 лет — 18; 51—60 лет — 29; 61—70 лет — 22; 71—89 лет — 3 больных. Таким образом, подавляющее большинство — 69 из 78 (88,4%) — больных находились в возрасте 41—70 лет. Оперативные вмешательства перед облучением выполнены 73 (93,6%) больным. Они заключались в наложении различных билиодигестивных анастомозов (38), пробной лапаротомии (19) или паллиативной резекции опухоли у (16). Не делали операцию 5 пациентам раком головки поджелудочной железы, прорастающим в двенадцатиперстную кишку, у которых наличие опухоли устанавливалось с помощью компьютерной или ультразвуковой томографии, а ее гистогенез — биопсией во время дуоденоскопии, или чрескожной биопсией пальпиремой опухоли поджелудочной железы.

Наиболее часто наблюдалось поражение головки железы — у 50 (64,2%) больных, тотальное или субтотальное (головки и тела, тела и хвоста железы) отмечено у 21 (27%), тела железы — у 7 больных. Размер опухоли составлял от 5х5 см до 18х15 см, средний — 7,6х7,4 см.

Прорастание опухоли в окружающие органы и ткани наблюдалось у 38 из 78 (48,7%) больных, при этом наиболее часто в двенадцатиперстную кишку и магистральные сосуды (по 12 больных). Метастазирование опухоли наблюдалось у 30 (38,5%) пациентов, из них в регионарные лимфоузлы у 23, левую долю печени — у 7 больных. В последнем случае метастаз облучался одновременно с первичной опухолью полями достаточно больших размеров. Только у 10 (12,8%) больных не отмечено прорастания или метастазирования опухоли.

Дистанционная гамма-терапия проведена 34, тормозное и электронное излучение с энергией 15—18 МэВ применено также в лечении 34 больных. Методика облучения была описана ранее [1,3].

Результаты и обсуждение. Оценка непосредственных и отдаленных результатов лучевого лечения аденокарциномы поджелудочной железы показала, что они уступают таковым при опухолях железы другого гистологического строения. В частности, из 68 больных аденокарциномой лучевая терапия из-за генерализации опухолевого процесса, диагностированной в ходе лечения, или из-за общей лечевой реакции была прервана у 15 (22,1%), закончена у 53 больных на средней суммарной очаговой дозе 52,7 Гр. Из 40 больных с опухолями поджелудочной железы другого гистогенеза (перстневидноклеточный, солидный, мелкоклеточный) облучение было прервано лишь у 5 (12,5%), у остальных подведена большая чем при аденокарциноме средняя СОД — 57 Гр.