

© С.А. Плаксин, Р.А. Артмеладзе, Е.Е. Саблин

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
им. ак. Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России,

г. Пермь, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМЕНИРОВАННЫХ ФОРМ РАКА ПИЩЕВОДА

Аннотация. Диссеминированные формы рака пищевода диагностированы у 117 больных (25,5%). Резекционные операции с эзофагопластикой произведены 21 пациенту (17,9%), эксплоративные операции 19 (16,2%), гастростомия и еюностомия 32 больным (27,4%), стентирование 17 (14,2%), не оперированы 28 человек. После резекционных операций осложнения развились у 9 больных (42,9%), умерло 2. Резекционно-пластические операции в два раза увеличивают медиану выживаемости (7,5 месяцев против 3 месяцев без операции). Стентирование наиболее безопасно устраняет дисфагию.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение, хирургическая тактика.

© S. Plaksin, R. Artmeladze, E. Sablin

Perm State Academy of Medicine named after ac. E. Vagner

Perm, Russia

SURGICAL TREATMENT OF DISSEMINATED FORMS OF ESOPHAGEAL CANCER

Abstract. 117 patients (25.5 % of the total sample) with disseminated forms of esophageal cancer have been diagnosed. 21 (17.9%) of these patients underwent resection surgery with esophagoplasty; 19 (16.2%) – exploratory surgical treatment; 32 (27.4%) –gastrostomy and jejunostomy; 17 (14.2%) – stenting, and 28 patients remained surgically untreated. 9 patients (42.9%) developed complications after resection surgeries; 2 of those patients died. It was found out that after resection – reconstructive surgeries, the life expectancy median increased twice (it went up to 7.5 months versus 3 months without surgical treatment). Stenting was found to be the most efficient at decreasing the occurrence of dysphagia.

Keys words: esophageal cancer, surgical treatment, surgical tactics.

Введение. Большинство больных злокачественными опухолями пищевода к моменту установления диагноза являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса или наличия возрастных и соматических противопоказаний [1, 2]. Выбор метода лечения этих пациентов в основном зависит от распространенности (стадии) заболевания

на момент его выявления. В настоящее время выделяют три степени распространенности рака пищевода: поверхностный, местнораспространенный и диссеминированный [3]. Во многих случаях до сих пор единственно возможным методом лечения больных диссеминированными формами эзофагеальной карциномы остается гастростомия. Рак пищевода – патология, в отношении которой не приходится констатировать значительные успехи, как в ранней диагностике, так и в лечении распространенных форм [4]. Относительно высокая частота прогрессирования заболевания даже после радикального хирургического лечения заставляет искать принципиально новые пути решения этой сложной и многогранной проблемы [5].

Материал и метод. В торакальном отделении Пермской краевой клинической больницы в период с 2000-2010 г. находились на лечении 459 больных раком пищевода и кардиоэзофагеального перехода. Диссеминированная форма опухоли с отдаленными метастазами была диагностирована у 117 (25,5%) пациентов.

Среди больных данной группы преобладали мужчины – 92 (78,6%) человека. Средний возраст пациентов составил $57,0 \pm 11,0$ лет (медиана 57 лет). Диагноз был установлен на основании данных рентгеновского и ультразвукового исследования, фиброэзофагоскопии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии и подтвержден интраоперационно с последующим гистологическим исследованием.

У всех пациентов наблюдалось отдаленное метастазирование в 1-3 органа (таблице). Чаще всего имело место метастатическое поражение печени – 43 (36,8%) случая. Затем по частоте следует поражение легких – 16 (13,7%) случаев, карциноматоз большого сальника – 13 (11,1%) и брюшины – 10 (8,5%) случаев. С меньшей частотой поражались надключичные лимфатические узлы – 7 (6,0%), поджелудочная железа и тонкая кишка – по 6 (5,1%) случаев. Реже встречались отдаленные метастазы в селезенку и

позвонок – по 5 (4,3%) случаев, по брюшине толстой кишки, в надпочечники и плевру – по 4 (3,4%) случая; метастатическое поражение почки, передней брюшной стенки, диафрагмы – по 2 (1,7%) случая. Реже всего наблюдали отдаленные метастазы в молочную железу и шейные и парааортальные лимфоузлы – по 1 (0,9%) наблюдению.

Таблица

Локализация отдаленных метастазов при раке пищевода

Локализация	Кардиоэзофагеальный рак		Рак грудных отделов пищевода	
	Количество пациентов	% к числу пациентов с M1	Количество пациентов	% к числу пациентов с M1
Печень	36	42,9%	7	21,2%
Сальник и брюшина	21	25,0%	2	6,0%
Легкие	8	9,5%	8	24,2%
Надключичный лимфоузел	5	6,0%	3	9,0%
Тонкая кишка	5	6,0%	1	3,0%
Поджелудочная железа	5	6,0%	1	3,0%
Толстая кишка	4	4,8%	0	0,0%
Селезенка	3	3,6%	2	6,1%
Плевра	3	3,6%	1	3,0%
Позвонок	2	2,4%	3	9,1%
Надпочечник	2	2,4%	2	6,1%
Почка	2	2,4%	0	0,0%
Диафрагма	2	2,4%	0	0,0%
Лимфоузлы средостения	2	2,4%	1	3,0%
Передняя брюшная стенка	1	1,2%	1	3,0%
Молочная железа	1	1,2%	0	0,0%
Всего	84	100%	33	100%

По гистологической структуре преобладала аденокарцинома – 69 (59,0%) случаев. Вдвое меньшее количество наблюдений приходилось на

плоскоклеточный рак – 33(28,2%) случая. У остальных 15 (12,8%) пациентов была обнаружена недифференцируемая опухолевая ткань. Рак кардиоэзофагеального перехода диагностирован у 84 (71,8%) пациентов, верхнегрудного отдела пищевода – у 4 (3,4%), среднегрудного – у 16 (13,7%), нижнегрудного – у 13 (11,1%) больных. У большинства пациентов была диагностирована стадия T4 – 85(72,6%) случаев. Со значительно меньшей частотой наблюдались стадия T3 – 20 (17,1%) больных и T2 – 7 (6,0%) пациентов.

Оперативное лечение из-за запущенности опухолевого поражения не было проведено 26 (22,2%) больным. Двое (1,7%) пациентов отказались от оперативного вмешательства. Эксплоративная операция была выполнена 19 (16,2%) больным в связи с инвазией опухоли в жизненно-важные органы и обнаружением множественного метастатического поражения органов брюшной или грудной полости при отсутствии или слабой выраженности дисфагии.

Результаты и обсуждение. Учитывая распространенность и запущенность процесса у пациентов с четвертой стадией рака пищевода, резекционные операции были произведены только 21 (17,9%) человеку.

Симультантно у одного пациента с отдаленными метастазами в печень была выполнена резекция левой доли. У двух пациентов с единичным метастазом в правую долю печени и у больного с несколькими метастазами в левую долю метастазы были удалены. У троих пациентов с метастазами в обе доли печени была выполнена энуклеация метастазов. У одного пациента с множественными высыпаниями по печени и верифицированным метастазом в шейный лимфатический узел при экспресс-биопсии печени выявлено отсутствие опухолевой ткани, поэтому вместо запланированной гастростомии была сделана гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода, резекцией левого купола диафрагмы и большого сальника. У одного из двух пациентов с метастазами в поджелудочную железу наряду с

гастрэктомией была произведена дистальная резекция органа. У второго больного метастаз находился в парапанкреатической клетчатке, откуда был также удален. У одного больного с единичным метастазом в лимфоузел верхней доли легкого было выполнено его прецизионное удаление, у второго пациента с метастазом в медиастинальную плевру сделана ее резекция. У шести пациентов была выполнена резекция пораженного метастазами большого сальника, дополненная ввиду местной распространенности процесса в трех случаях спленэктомией, в одном – резекцией поджелудочной железы. У одного пациента с метастазом в шейный лимфатический узел во время мобилизации желудка произошел разрыв селезенки, в связи с чем селезенку пришлось удалить. Таким образом, обнаруженные единичные отдаленные метастазы были удалены у всех пациентов во время резекционной операции.

После резекционных операций осложнения наблюдались у 9 (42,9%) больных. У 2 (9,5%) из них они послужили причиной смерти в результате несостоятельности анастомоза в грудной клетке с развитием острой эмпиемы плевры, сепсиса и легочно-сердечной недостаточности. Еще у двух пациентов развилась несостоятельность анастомоза на шее и у одного в грудной клетке, у всех данное осложнение было купировано. У двух больных после дистальной резекции поджелудочной железы по поводу метастаза и непосредственной инвазии опухоли в послеоперационном периоде развился панкреатит. Диагностированы также по одному случаю эвентрации и подпеченочного абсцесса. Осложнения у всех этих пациентов были излечены консервативно.

Для купирования дисфагии при невозможности радикального удаления опухоли или обнаружении неудалимых отдаленных метастазов 23 (19,7%) пациентам была выполнена гастростомия, 9 (7,7%) больным – еюностомия при субтотальном поражении желудка. После гастростомии в одном случае возникла несостоятельность гастростомы с развитием гнойного перитонита,

синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания и шоковых почек, что привело к смерти больного. Стентирование, как альтернатива гастростомии, было проведено 17 (14,5%) больным. Перед установкой стента пациентам производилось расширение просвета органа с помощью комплекта бужей или электрорезекции опухоли. Осложнений после данного вида оперативного вмешательства не наблюдалось.

У части пациентов дополнительно проводились химиотерапия и лучевая терапия либо их комбинация: у 10 (8,5%) – после резекционных операций и у 8 пациентов – после других методов хирургического лечения. Всего данный вид терапии был проведен у 15,4% больных. Медиана выживаемости пациентов с отдаленными метастазами после химио- или лучевой терапии составила 7 месяцев, тогда как у больных, которым это лечение не проводилось, она была достоверно ниже ($p < 0,05$) и равнялась лишь 4 месяцам.

Медиана выживаемости у пациентов с четвертой стадией рака пищевода составила 4 месяца, причем на этот показатель не влияла стадия T. У пациентов с отсутствием верифицированных отдаленных метастазов средняя выживаемость составила 7,5 месяцев, медиана – 5,0.

Медиана выживаемости была минимальной (3 месяца) у пациентов со стадией M1 без оперативного лечения, максимальной (7,5 месяцев) – у больных раком пищевода после резекционных операций. У остальных пациентов медиана выживаемости составила 4 месяца. Один год после операции прожили 85 (83,3%) больных, два года – 13 (12,7%). Лишь один пациент прожил более трех лет (42 месяца).

Продолжительность заболевания в среднем составила 6,5 месяцев (медиана 3,0 месяца), причем максимальное значение наблюдалось в группе пациентов, которым затем были выполнены эксплоративные операции (в среднем 15 месяцев), минимальное – у больных, которым впоследствии было произведено стентирование – 3,4 месяца ($p > 0,05$).

На основании анализа результатов лечения нами предложен алгоритм лечения больных с диссеминированными формами рака пищевода, представленный на рисунке.

При диссеминированных формах у пациентов с единичными метастазами рекомендуется по возможности их удаление во время или после резекции пищевода с эзофагопластикой. При наличии неудаляемых или множественных метастазов тактика зависит от степени дисфагии:

- при ее отсутствии или 1 степени проводится симптоматическая химио- или лучевая терапия или симптоматическое лечение;
- при дисфагии 2-3 степени рекомендуется стентирование;
- при его невозможности или дисфагии IV степени – гастро- или еюностомия, наложение обходного анастомоза при кардиоэзофагеальном раке и возможном шунтировании абдоминальным доступом.

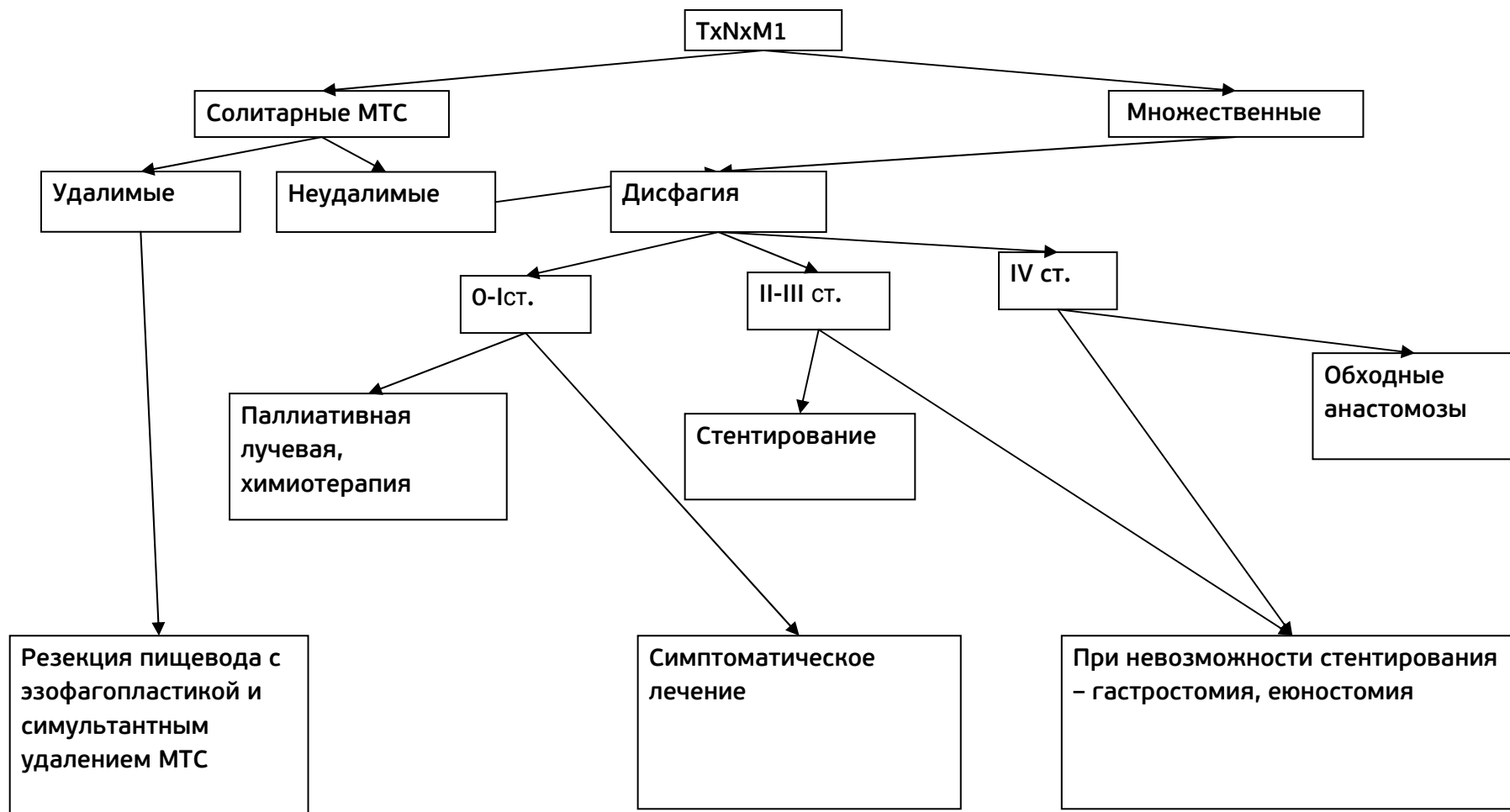


Рис. Алгоритм хирургической тактики при диссеминированных формах рака пищевода.

Выводы

Диссеминированные формы диагностируются у каждого четвертого больного раком пищевода. У 72,6% одновременно имеется местное распространение опухоли за пределы органа.

Резекционные операции удается выполнить каждому шестому пациенту с четвертой стадией рака пищевода с удалением всех обнаруженных отдаленных метастазов.

Выживаемость пациентов с отдаленными метастазами рака пищевода после резекционных операций значительно выше, чем у пациентов после других способов лечения.

Стентирование пищевода при сопоставимых значениях показателей выживаемости имеет меньшее число осложнений и может являться методом выбора для купирования синдрома дисфагии при противопоказаниях к резекции пищевода.

Список литературы:

1. *Давыдов М.И., Стилиди И.С.* Рак пищевода. – М.: Изд.группа РОНЦ, 2007. – 392 с.
2. *Davydov M., Stilidi I., Bokhyan V., Arzykulov C.* Surgical treatment of esophageal carcinoma complicated by fistulas // *Eur. J. Cardio-thorac. Surg.* – 2001. – № 20. – P. 405–408.
3. *Rice T.W.* Clinical staging of esophageal carcinoma. CT, EUS and PET // *Chest. Surg. Clin. N. Am.* – 2000. – Vol. 10, № 3. – P. 471–485.
4. *Tamura K., Yoshikawa K., Tsuji H.* Diagnosis of esophageal cancer using positron emission tomography // *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* – 2000. – Vol. 103, № 4. – P. 325–330.
5. *Wallace M.B., Nietert P.J., Earle C. et al.* An analysis of multiple staging management strategies for carcinoma of the esophagus: computed tomography, endoscopic ultrasound, positron emission tomography, and toracoscopy/laparoscopy // *Ann Thorac. Surg.* – 2002. – Vol. 74, № 40. – P. 1026–1032.

Плаксин Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС Пермской государственной медицинской академии им. ак. Е.А. Вагнера, заведующий отделением торакальной хирургии Пермской краевой клинической больницы, 614000, г.Пермь, ул.Куйбышева, 43, тел.: 239-32-14, e-mail: splaksin@mail.ru .

Артмеладзе Реваз Адемович – врач торакального отделения Пермской краевой клинической больницы, 614000, г.Пермь, ул.Куйбышева, 43, тел.: 239-32-14

Саблин Евгений Евгеньевич – врач торакального отделения Пермской краевой клинической больницы, 614000, г.Пермь, ул.Куйбышева, 43, тел.: 239-32-14

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, 614990 г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26