

А.И. Шевченко, А.М. Сидоренко, А.П. Колесник, И.П. Колесник

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПИЩЕВОДА
Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: рак пищевода, внутрисветный циркулярный степлер, виды лечения, стентирование пищевода

В статье представлены современные данные об эпидемиологии и лечении рака пищевода. Пятилетний опыт лечения 37 больных раком пищевода и раком желудка с переходом на пищевод показывает, что стентирование пищевода является оптимальным симптоматическим методом лечения, а операции Гарлока и Льюиса - оптимальным радикальным методом лечения данной патологии.

В 2002 году в мире зарегистрировано 462000 случаев заболевания раком пищевода (РП) и 386000 умерших от этой патологии. В настоящее время РП занимает 8-е ранговое место в структуре заболеваемости и 6-е место в структуре смертности от злокачественных опухолей в мире. Наиболее высокий уровень заболеваемости и смертности от РП отмечен в Китае (мужчины – 27,4, женщины – 12,0 на 100000 населения). Южной и Восточной Африке (мужчины 19,7-19,1, женщин 7,0-8,0 на 100000 населения). В экономически развитых странах, в том числе и в Украине, заболеваемость РП составляет 4-7 случаев на 100000 населения. Мужчины болеют раком пищевода в семь раз чаще, чем женщины [1,10].

В 2007 году в Запорожской области зарегистрирован 71 случай заболевания, с впервые установленным диагнозом РП (60 мужчин и 11 женщин). Заболеваемость РП в Запорожской области в 2007 году составила 3,9 на 100000 населения.

Динамика заболеваемости и смертности в Запорожской области, за последние 5 лет, представлены на рис. 1 и рис. 2, соответственно.

По гистологической структуре опухоли в 90% случаев отмечается плоскоклеточный РП, реже встречаются другие виды карцином: аденокарцинома, недифференцированный РП.

Анатомические особенности расположения пищевода, быстрый рост опухоли, её агрессивность приводят к выявлению у 65-75% пациентов запущенных форм заболевания, так как опухоль является либо местно нерезектабельной, либо определяются отдалённые метастазы [3,4]. РП относится к быстро прогрессирующим злокачественным новообразованиям: при прорастании подслизистого слоя, частота метастатического поражения лимфатических узлов составляет 40%, при поражении опухолью адвентиция - до 90% [7,8,9]. Одногодичная летальность больных РП составляет 75,3%. Выполнение радикальных операций возможно у 10-15% больных РП. пятилетняя выживаемость после радикальных операций составляет 4-25% [1,2,6].

Лечение РП и рака желудка с переходом на пищевод – одна из наиболее актуальных проблем современной онкологии. Сложности хирургического лечения РП обусловлены следующими причинами:

- 1) большим объемом операции;
- 2) мобилизацией органов брюшной полости и перемещением их в плевральную полость;
- 3) технически трудным формированием пищеводно-желудочного анастомоза;
- 4) разной структурой анастомозируемых органов;
- 5) нарушением кровоснабжения органов при их мобилизации;

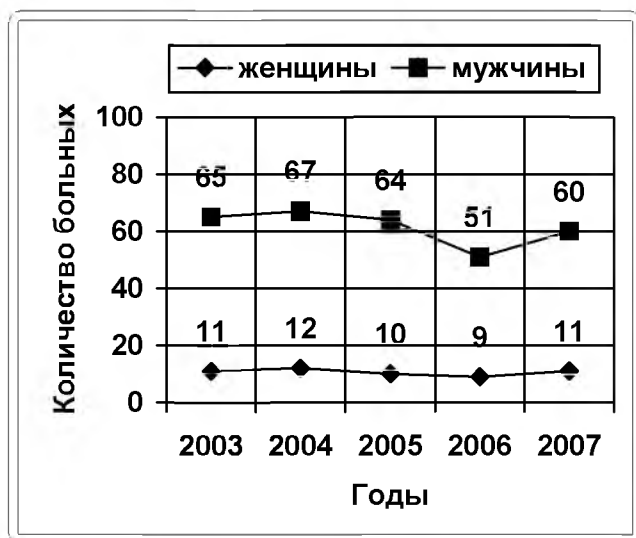


Рис. 1 Динамика заболеваемости раком пищевода в Запорожской области с 2003 по 2007 гг.

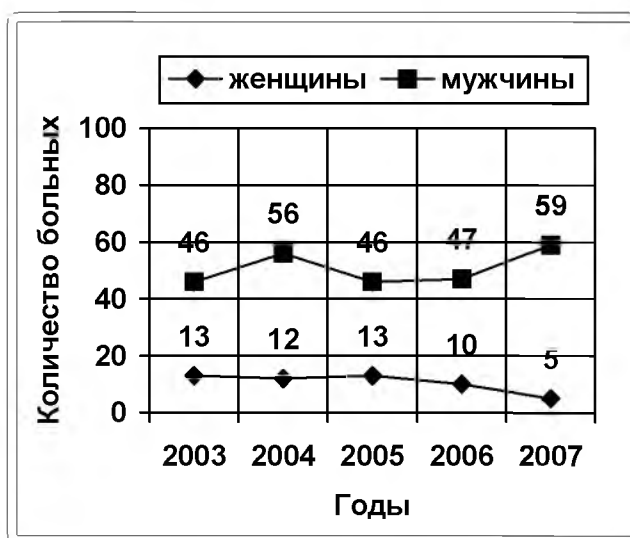


Рис. 2 Динамика смертности от рака пищевода в Запорожской области с 2003 по 2007 гг.



б) развитием послеоперационных стриктур;

7) частым возникновением ранних и поздних послеоперационных осложнений, самым грозным из которых, является несостоятельность швов анастомоза.

Подходы к хирургическому лечению рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода до настоящего времени окончательно не стандартизированы. Выбор способа оперативного вмешательства во многом определяется установками отдельных хирургических школ, отдающих предпочтение одному из нескольких принципиально различных вариантов.

На протяжении нескольких десятилетий конца XX века операция Добромислова-Торека была радикальным оперативным вмешательством выбора при раке пищевода.

На первом этапе выполнялась экстирпация пищевода с опухолью и формировались эзофагостома и гастростома. На втором этапе лечения, который производился спустя 3-6 месяцев, выполнялась пластика пищевода толстой или тонкой кишкой. Неудовлетворенность результатами двухэтапных операций, привела хирургов к необходимости разрабатывать одномоментную резекцию и пластику пищевода. Этот вариант, бесспорно, более предпочтителен с точки зрения функциональности, косметического эффекта и качества жизни пациентов.

В настоящее время наиболее распространенными вмешательствами при раке пищевода являются операции Гарлока и Льюиса.

Операция Гарлока является общепринятой при кардиоэзофагеальном раке и раке нижней трети пищевода. Доступ к пищеводу осуществляется путём верхнесрединной лапаротомии и торакотомии по седьмому межреберью слева. При данном оперативном вмешательстве выполняется одномоментная резекция желудка и части пищевода с опухолью и восстановление проходимости пищевода, путем формирования пищеводно-желудочно-анастомоза.

В 1946 году Льюис предложил новый способ резекции грудного отдела пищевода, используя для её мобилизации правостороннюю торакотомия. Основными показаниями к операции Льюиса служат: рак нижнегрудного и среднегрудного отдела пищевода.

С 2003 года в торакальном отделении Запорожского областного клинического онкологического диспансера (ЗОКОД) пролечено 37 больных с диагнозом РП. Из них 32 мужчины и 5 женщин, в возрасте от 41 до 80 лет. Радикальные операции выполнены 16 пациентам (9 операций Гарлока, 6 операций Льюиса и 1 комбинированная гастрэктомия). Остальным больным был проведен курс паллиативной лучевой терапии и/или проведено симптоматическое лечение (гастростомия - 5 пациентов, стентирование пищевода - 15 пациентов, обходной эзофагофундоанастомоз - 1 пациент).

На этапе освоения техники одномоментных резекций пищевода с гастроэзофагопластикой нами формировался изоперистальтический двухрядный ручной анастомоз "конец-в-бок". Кровоснабжение желудочного трансплантата сохранялось за счет правой желудочно-сальниковой артерии. Учитывая возможность развития некроза дна

желудка в результате недостаточности кровоснабжения нами выполнялась резекция свода желудка. У нескольких больных было выполнено окутывание зоны анастомоза желудочной стенкой наподобие фундопликации по Ниссену или окутывание зоны анастомоза прядью сальника. В послеоперационном периоде умерло трое больных. Причина смерти в двух случаях была лёгочно-сердечная недостаточность, в одном эмпиема плевры (в результате поздней несостоятельности анастомоза).

С 2006 года мы освоили методику формирования гастроэзофагеального анастомоза с использованием внутриспросветного циркулярного степлера PROXIMATE ILS. Конструкция степлера позволяет зафиксировать проксимальную культю пищевода после резекции на отсоединяемой головке аппарата, что облегчает выполнение важного этапа операции: формирования эзофагогастроанастомоза. С помощью внутриспросветного циркулярного степлера выполнено 2 операции Льюиса, 1 операция Гарлока и 1 комбинированная гастрэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений, больные выписаны на 14-16 сутки после операции.

Для инкурабельных больных с распространенными формами стенозирующего РП, осложненными дисфагией и/или формированием пищеводно-бронхиальной фистулы, долгие годы гастростомия являлась основным методом симптоматической помощи. Однако этот метод значительно ухудшает качество жизни, является дополнительной психологической травмой, лишает больных возможности естественного приема пищи. На протяжении многих лет предпринимались попытки заменить гастростомию различными вариантами протезирования и интубации пищевода. Интубация пищевода осуществлялась тремя методами: тракционным методом (Celestin, Moussen-Barbin), пульсионным методом (Soultar, Hearing, Proctor Livingston), методом эзофаготомии и непосредственного внедрения протеза (Mackler). В последнее время широкое распространение получают саморасширяющиеся проволочные стенты, позволяющие устранить дисфагию и восстановить естественный способ питания. Основным принципом метода является имплантация стента в стенозированный сегмент пищевода. Новая технология имеет большие функциональные преимущества: во-первых, саморасширяющиеся проволочные стенты можно устанавливать даже при весьма выраженных стриктурах; во-вторых, в силу своих механических свойств, они оказывают постоянное дилатирующее действие на суженный участок пищевода; в-третьих, из-за незначительной толщины и эластичности стенок стентов возможность их закупорки пищей ничтожна; в-четвертых, стенты, покрытые биологически инертными пленками способны идеально герметизировать просвет пищевода. Все эти качества делают саморасширяющиеся стенты незаменимыми для устранения дисфагии. Для РП, осложненного пищеводными свищами, применяются саморасширяющиеся стенты с покрытием. К недостаткам стентов относятся возможность их смещения в момент установки, обтурация опухолевыми разрастаниями по краям, способность скольжения в дис-



тальном направлении по мере обрастания коллагеном, трудность удаления или передислокации, а так же относительно высокая стоимость [11,12].

С 2005 года на базе торакального отделения ЗОКОД, кафедрами Запорожского государственного медицинского университета и Запорожской медицинской академии последипломного образования, по инициативе проф. А.А. Ковалёва, успешно внедрена методика стентирования пищевода саморасширяющимися стентами. Нами проведено стентирование различных отделов пищевода у 15 больных с РП.

Таким образом, в настоящее время радикальным методом лечения рака пищевода являются операции Гарлока и Льюиса. Применение внутрисветового циркулярного степлера PROXIMATE ILS, облегчает работу хирурга и способствует формированию надёжного пищеводно-желудочного, или пищеводно-кишечного анастомоза. Наш опыт показывает, что стентирование пищевода является малотравматичным вмешательством, позволяющим восстановить естественное энтеральное питание и избежать гастростомии у больных с неоперабельным раком пищевода или кардиоэзофагеального отдела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киркилевский С.И. Комплексное лечение больных с раком пищевода и раком желудка с переходом на пищевод: Авторефер. дис. ... д-ра мед. наук - Киев, 2000.
2. Дулганов К.П., Перимов А.П., Дулганов В.К. Результаты лечения рака пищевода // Тезисы докл. Рос. науч. конф. "Комбинированная и комплексная терапия злокачественных новообразований органов дыхания и пищеварительного тракта". - М., 1996. - С. 50-51.
3. Мамонтов А.С., Верещагин В.Г. Результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода // Хирургия. - 1986. - №7. - С. 93-98.
4. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ - М., 1996.
5. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Степанов А.А., Туркин И.Н. "Результаты расширенных операций у больных раком грудного отдела пищевода" VI Российская онкологическая конференция 26-28 ноября 2002 года. г. Москва.
6. Федорченко З.П., Гулак Л.О., Сумкина Е.Л., Рижов А.Ю., Куценко Л.Б., Євдокименко О.О., Пушкар Л.О. // Рак в Україні, 2002-2003. - Київ 2004. - С.15-16., Рак в Україні, 2003-2004. - Київ 2005. - С.28-29., Рак в Україні, 2004-2005. - Київ 2006. - С.18-19., Рак в Україні, 2005-2006-Київ 2007. - С.19-20.
7. Isono K., Ochiai T., Okuyama K., Onoda Sh. The Treatment of Lymph Node Metastasis from Esophageal Cancer by Extensive Lymphadenectomy // Jpn. J. Surg. - 1990. - Vol.20. № 2.
8. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H. et al. Lymph Node Metastasis in Thoracic Esophageal Carcinoma // J. Surg. Oncol. -1991. - Vol.48. - P.106-111.
9. Nishimaki T., Tanaka O., Suzuki T. et al. Patterns of lymphatic spread in thoracic esophageal cancer // Cancer. - 1994. -Vol. 74(1) - P. 411.
10. D. Max Parkin, Freddie Bray, J. Ferlay and Paola Pisani CA// Cancer J Clin. - 2005. -Vol.55. -P.74-108. Global Cancer Statistics, 2002.
11. Coated self-expanding metal stents versus latex prostheses for esophagogastric cancer special reference to prior radiation and chemotherapy: a controlled, prospective study / P.D siesema, W.C. Hop, J.Dees et al. // Gastrointest. Endosc. - 1998. - V.47. N2. - P. 113-120.
12. Palliative treatment of inoperable esophageal stenoses using stents: long-term results, complications / M. Kocher, M. Diouhy, C. Neoral et al.//Rozhl Chir.-1998.- V.77, N1.-P.50-55.

Поступила 15.01.2008г.

А.І. Шевченко, О.М. Сидоренко, О.П. Колесник, І.П. Колесник

Сучасні методи лікування раку стравоходу

Стаття відображає сучасні данні з епідеміології та лікування раку стравоходу. П'ятирічний досвід лікування 37 хворих раком стравоходу і раком шлунку з переходом на стравохід показує, що стентування стравоходу є оптимальним симптоматичним методом лікування, а операції Гарлока і Льюїса оптимальним радикальним методом лікування даної хвороби.

Ключові слова: рак стравоходу, внутрішньопросвітний циркулярний степлер, види лікування, стентування стравоходу

A.I. Shevchenko, A.M. Sidorenko, A.P. Kolesnik, I.P. Kolesnik

Modern approaches to esophagus cancer treatment

The Article presente modern dates about epidemiology and treatment of the esophagus cancer. The 5-year's experience includes 37 patients with esophagus and gastroesophageal cancer show, that optimal symptomatic kind of treatment is using stent and optimal radical kind of treatment are Garlok's or Luis's operation.

Key words: esophagus cancer, intraluminal circular stapler, kind of treatment, using stent

Сведения об авторах:

Шевченко А.И., д.мед.н., профессор, зав. курсом онкологии ЗГМУ;

Сидоренко А.М., к.мед.н., доцент, курс онкологии ЗГМУ;

Колесник А.П., к.мед.н., ассистент курса онкологии ЗГМУ;

Колесник И.П., интерн-хирург, кафедра общей хирургии ЗГМУ.

Адрес для переписки:

Колесник Иван Петрович, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского 26, ЗГМУ, кафедра общей хирургии.

Тел.: (061) 224-12-60