

А.В. Проценко

Крымский государственный
медицинский университет
им. С.И. Георгиевского,
Симферополь, Украина

Ключевые слова: рак пищевода,
комбинированное лечение,
хирургическое лечение.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Резюме. Представлены непосредственные и отдаленные результаты лечения 167 больных раком пищевода. Комбинированное лечение с использованием предоперационной гамма-терапии крупными фракциями было проведено 95 пациентам, хирургическое — 72. Отмечено, что предоперационное облучение не сопровождалось увеличением частоты послеоперационных осложнений, но и не способствовало улучшению отдаленных результатов операций.

ВВЕДЕНИЕ

Комбинированная терапия (КТ) больных раком пищевода (РП) с включением предоперационной лучевой терапии (ЛТ) и последующего оперативного вмешательства все еще активно применяют до настоящего времени. В 70–80 гг. прошлого века широко пропагандировали методику ЛТ в режиме крупного фракционирования дозы в сочетании с оперативным вмешательством через 24–48 ч после последнего сеанса. Часть специалистов продолжает трансформировать и развивать такие методики, стратегически отдавая предпочтение КТ [1]. В наблюдениях других авторов еще в 90-х годах прошлого века было отмечено отсутствие различий отдаленных результатов КТ с использованием предоперационной ЛТ и только хирургического лечения (ХЛ) [3]. Поэтому улучшение отдаленных результатов в ряде исследований связывают с совершенствованием ХЛ и, в частности, расширением границ хирургического вмешательства на путях лимфооттока [4]. Кроме того, в ряде ретроспективных исследований содержатся противоречивые оценки возможного неблагоприятного влияния предоперационного облучения на частоту развития несостоятельности пищеводных анастомозов [9]. Разногласия в оценке влияния предоперационной ЛТ на частоту послеоперационных осложнений и отдаленные результаты по сравнению с таковыми только после ХЛ обуславливают актуальность освещения нашего опыта КТ и ХЛ больных РП.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 167 больных РП, радикально оперированных в торакальном отделении Крымского республиканского клинического онкологического диспансера в 1983–2003 гг. Только ХЛ было проведено 72 (43,1%) больным, КТ с включением предоперационной ЛТ на аппарате «АГАТ-Р» — 95 (56,9%) пациентам. При раке средней трети пищевода использовали две методики облучения. Первая — в режиме секторной ротации 270–90°, полем на оси ротации шириной 6–8 см и протяженностью, включающей длину поражения + 5 см вверх и вниз от гра-

ниц опухоли. Вторая методика — облучение с трех полей: прямого стернального поля с направлением центрального луча под углом 0° к сагиттальной оси и двух паравертебральных полей с направлением луча под углом 30–40° к сагиттальной оси. При раке нижней трети грудной и абдоминальной части пищевода облучение проводили с двух встречных (переднего и заднего) статических фигурных полей. Воздействовали на опухоль + 5 см вверх и вниз, а также + 3 см влево и вправо от ее границ с захватом кардиального отдела желудка. Облучение проводили ежедневно 5 раз в неделю, разовая доза составляла 4,6–5 Гр до суммарной очаговой дозы 23–25 Гр. Операцию выполняли в течение 24 ч после облучения. Среди оперативных вмешательств в обеих группах предпочтение отдавали операции Льюиса (табл. 1).

Таблица 1

Операция	Виды выполненных операций		
	Количество пациентов		
	КТ	ХЛ	Всего
Торекка	5	2	7
Гарлока	4	4	8
Мак–Киона	1	3	4
Резекция пищевода с тонкокишечной пластикой	5	1	6
Льюиса	80 (84,5%)	62 (86,1%)	142
Всего	95	72	167

Среди пациентов, которым проводили КТ или только ХЛ, преобладали мужчины соответственно 93,7 и 93,1%. Распределение больных по возрасту представлено в табл. 2. Градация опухолевого процесса по системе TNM (5-е издание) у больных исследуемых групп представлена в табл. 3. По гистологической структуре у пациентов обеих групп преобладал плоскоклеточный РП (табл. 4). Как видно из приведенных данных, в сравниваемых группах существенных различий по полу, возрасту пациентов, градации опухолевого процесса и характеру произведенных операций не было. Оценку достоверности различий результатов лечения между изучаемыми группами больных проводили по Стьюденту. Вычисление показателей выживаемости проводили методом построения таблиц дожития (актуариальный метод). Для расчета средней ошибки показателей выживаемости за определенный период использовали формулу Гринвуда [5].

Таблица 2

Возраст (лет)	КТ		ХЛ	
	абс. число	%	абс. число	%
30–39	0	0,0	2	2,8 ± 1,9
40–49	12	12,6 ± 3,4	5	6,9 ± 3,0
50–59	43	45,3 ± 5,1	25	34,8 ± 5,6
60–69	39	41,05 ± 5,04	35	48,6 ± 5,9
70 и более	1	1,05 ± 1,04	5	6,9 ± 3,0
Всего	95	100,0	72	100,0

Таблица 3

Стадия	КТ		ХЛ	
	абс. число	%	абс. число	%
0 (T1N0M0)	2	2,1 ± 1,5	0	0,0
I (T1N0M0)	1	1,05 ± 1,04	0	0,0
IIA (T2–3N0M0)	41	43,2 ± 5,1	33	45,8 ± 5,8
IIB (T1–2N1M0)	6	6,3 ± 2,5	1	1,4 ± 1,38
III (T3N1M0, T4N0–1M0)	44	46,3 ± 5,1	38	52,8 ± 5,9
IV (T2–4N0–1M1)	1	1,05 ± 1,04	0	0,0
Всего	95	100	72	100

Таблица 4

Гистологическая структура опухоли	КТ		ХЛ	
	абс. число	%	абс. число	%
Плоскоклеточный рак	93	97,9 ± 1,5	63	87,5 ± 3,9
Аденокарцинома	1	1,05 ± 1,04	7	9,7 ± 3,5
Диморфный (железисто-плоскоклеточный рак)	1	1,05 ± 1,04	2	2,8 ± 1,9
Всего	95	100,0	72	100,0

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственные результаты хирургического вмешательства в обеих группах больных были одинаковы (табл. 5). Наибольшие (однако недостоверные) различия отмечены в частоте развития пневмонии со стороны операции и случаев несостоятельности швов анастомоза: оба показателя были выше в группе больных, которым проводили КТ. Но мы не склонны связывать несколько большую частоту случаев несостоятельности швов анастомоза в группе больных, получивших КТ, с предшествующим облучением. Как свидетельствует наш опыт [7], решающее значение в профилактике этого осложнения имеет способ формирования соустья. Несостоятельность анастомоза мы, в основном, выявляли при использовании аппаратных способов соединения пищевода с желудком или тонкой кишкой. После внедрения собственного способа формирования пищеводно-желу-

дочного анастомоза с помощью ручного однорядного шва с окутыванием передней стенкой желудка проблема несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза в клинике была решена (несостоятельность швов в 73 случаях его применения в исследуемых группах больных не зафиксирована).

Пневмония со стороны операции у больных, получивших КТ, несмотря на более частое развитие, не обусловила повышение летальности по сравнению с таковой в группе больных, которым проводили только ХЛ. Другое, более грозное осложнение — респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ), одинаково часто отмечали в обеих исследуемых группах. Доказательства развития РДСВ, а также факторы риска его возникновения и пути профилактики были описаны в другой нашей работе [7].

Следует отметить, что большинство случаев летальных исходов зафиксировано в 1983–1998 гг. В 1999–2003 гг. было выполнено 36 резекций пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой, после которых 4 (11,1%) пациента умерли. В 2001–2003 гг. на 18 операций приходился 1 смертельный исход (5,5% пациентов). Основное значение для снижения летальности имели внедрение надежного способа формирования пищеводно-желудочного анастомоза и использование дополнительного проводникового обезболивания (перидуральной анестезии) во время операции и в ранний послеоперационный период для профилактики РДСВ.

Использование нашего метода в хирургии пищевода не является исключением. Высокую летальность на начальных этапах внедрения в практику резекции пищевода с эзофагогастропластикой отмечали и в ведущих клиниках. Накопление клинического опыта с увеличением количества выполненных операций позволяет достичь значительного уменьшения числа послеоперационных осложнений и снижения послеоперационной летальности [2, 8].

Отдаленные результаты у больных, которым проводили КТ, не имели достоверных различий по сравнению с таковыми у пациентов, получивших только ХЛ (табл. 6). Наши данные соответствовали результатам других исследований [6], также подтверждающих отсутствие преимуществ применения КТ у больных РП с включением предоперационной крупнофракционной гамма-терапии по сравнению

Таблица 5

Осложнение	КТ (n = 95)		ХЛ (n = 72)	
	Количество, n (%)	Умерли, n (%)	Количество, n (%)	Умерли, n (%)
Нагноение раны	2 (2,1 ± 1,5)	0 (0,0)	2 (2,8 ± 1,9)	0 (0,0)
Пневмония	9 (9,5 ± 3,0)	3 (3,2 ± 1,8)	3 (4,2 ± 2,4)	2 (2,8 ± 1,9)
Несостоятельность анастомоза	10 (10,5 ± 3,1)	7 (7,4 ± 2,7)	4 (5,5 ± 2,7)	3 (4,2 ± 2,4)
Панкреонекроз	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,8 ± 1,9)	1 (1,4 ± 1,4)
Ишемический инсульт мозга	1 (1,05 ± 1,04)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Эмпиема без несостоятельности анастомоза	4 (4,2 ± 2,0)	2 (2,1 ± 1,5)	4 (5,5 ± 2,7)	1 (1,4 ± 1,4)
Гангренозный холецистит	1 (1,05 ± 1,04)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Хилоторакс	1 (1,05 ± 1,04)	0 (0,0)	4 (5,5 ± 2,7)	0 (0,0)
Острая сердечная недостаточность	3 (3,2 ± 1,8)	3 (3,2 ± 1,8)	2 (2,8 ± 1,9)	2 (2,8 ± 1,9)
РДСВ	8 (8,4 ± 2,8)	8 (8,4 ± 2,8)	7 (9,7 ± 3,5)	7 (9,7 ± 3,5)
ГЭЛА	1 (1,05 ± 1,04)	1 (1,05 ± 1,04)	1 (1,4 ± 1,4)	1 (1,4 ± 1,4)
Некроз желудочного или кишечного трансплантата	3 (3,2 ± 1,8)	3 (3,2 ± 1,8)	3 (4,2 ± 2,4)	3 (4,2 ± 2,4)
Всего	43 (42,3 ± 5,1)	27 (28,4 ± 4,5)	32 (44,4 ± 5,8)	20 (27,7 ± 5,3)

с ХЛ. Полученные данные послужили основанием для внедрения в торакальном отделении Крымского онкологического диспансера в качестве стандарта операций по поводу РП расширенной двухзональной лимфодиссекции. Положительное влияние таких вмешательств на отдаленные результаты лечения уже описано в литературе [4].

Таблица 6

Выживаемость больных РП (%) после КТ и ХЛ		
Период, лет	КТ	ХЛ
1	71,9 ± 5,7	62,5 ± 6,9
2	34,4 ± 6,5	45,0 ± 7,8
3	20,6 ± 5,9	35,0 ± 8,8
4	18,3 ± 5,7	27,2 ± 9,3
5	18,3 ± 5,7	27,2 ± 9,3

ВЫВОД

Применение предоперационной крупнофракционной гамма-терапии у больных РП не приводит к ухудшению непосредственных результатов операций, но и не улучшает отдаленные результаты по сравнению только с использованием ХЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганул ВЛ, Киркилевский СИ. Рак пищевода. Киев: Книга плюс, 2003. 199 с.
2. Ганул ВЛ, Киркилевский СИ, Крахмалев СН и др. Тридцатилетний опыт хирургического лечения больных раком пищевода (к 150-летию первой операции при раке пищевода). Онкология 1999; (1): 65–8.
3. Давыдов МИ, Рындин ВД, Тулеуов АЕ и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака пищевода. Хирургия 1990; (4): 32–5.
4. Давыдов МИ. Эволюция онкохирургии и ее перспективы. Матер III съезда онкол радиол СНГ. Минск, 2004: (Ч. 1) 36–42.
5. Двойрин ВВ, Клименков АА. Методика контролируемых клинических испытаний. М.: Медицина, 1985. 144 с.
6. Малькевич ВТ, Жарков ВВ, Оситрова ЛИ и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака грудного отдела пище-

вода: десятилетний опыт. Матер III съезда онкол радиол СНГ. Минск, 2004: (Ч. 2) 99.

7. Проценко ОВ. Шляхи покращення безпосередніх результатів радикальних операцій при раку та передракових захворюваннях стравоходу [Автореф дис ... канд мед наук]. Київ: Інститут онкології АМН України, 2002. 19 с.

8. Столяров ВИ, Симонов НН, Шукин ВВ. Результаты одномоментных резекций и эзофагопластики при раке пищевода на этапах клинического внедрения. Вопр онкологии 1998; 44 (2): 190–5.

9. Urschel JD. Esophagogastronomy anastomotic leaks complicating esophagectomy: a review. Am J Surg 1995; 169 (6): 634–40.

COMPARATIVE RESULTS OF SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF ESOPHAGUS CANCER IN THE CRIMEAN REPUBLICAN CLINICAL ONCOLOGIC DISPENSARY

A.V. Protsenko

Summary. Immediate and remote results of the treatment of 167 patients with esophagus cancer are reported. Combined treatment with pre-surgery large-fraction gamma-therapy was applied in 95 patients; 72 patients were operated without pre-surgery radiation treatment. Pre-surgery irradiation is shown to cause no increase in the frequency of post-operation complications. At the same time, it failed to improve the remote results of surgery.

Key Words: esophagus cancer, combined treatment, surgery.

Адрес для переписки:

Проценко А.В.
95034, АР Крым, Симферополь,
ул. Февральская, 12, кв. 6