

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ

*С.П.Завертиленко,
І.С.Бацей, Ю.М.Олійник*

**Київський міський клінічний онкологічний центр,
Українська військово-медична академія
Київ, Україна**

Метою дослідження було вивчити результати комбінованого лікування раку грудного відділу стравоходу. За період з 2000 до 2012 р. в клініці торакальної хірургії Київського міського клінічного онкологічного центру виконано 114 радикальних втручань з приводу раку грудного відділу стравоходу. З них операцій Льюїса — 46, операцій Гарлока — 58. У нашій клініці післяопераційні ускладнення відзначені у 15 х (13,1%) ворих, померло 4 хворих, що склало післяопераційну летальність на рівні 3,5%. Консервативні методи лікування не дають можливості очікувати позитивних результатів, і тому хірургічне лікування є основним компонентом у лікуванні раку грудного відділу стравоходу.

***Ключові слова:** рак стравоходу, хірургічне лікування раку грудного відділу стравоходу.*

Вступ

Рак стравоходу і його лікування є однією з найбільш актуальних проблем сучасної клінічної онкології. Тяжкість захворювання обумовлена тим, що пухлина розвивається в стравоході швидко, викликає порушення прохідності їжі, протягом декількох місяців розвивається кахексія, і хворі помирають від голоду. [2]

У США в 2013 р. зареєстровано 17990 нових випадків захворювання і 15210 смертей, пов'язаних з раком стравоходу [8]. В Україні

захворюваність на рак стравоходу становить 4,76 на 100 тис. населення [7].

Захворюваність на рак стравоходу зросла в останні десятиліття і збігається зі зміною в гістологічному типі і первинної локалізації пухлини. [9, 10]. Аденокарциноми стравоходу в даний час більш поширені, ніж плоскоклітинний рак у США та Західній Європі, при цьому в більшості випадків локалізація пухлини — це дистальна частина стравоходу. Причина зростання захворюваності та клініко-нозологічних змін невідома.

У той час як фактори ризику розвитку плоскоклітинного раку стравоходу були визначені (тютюн, алкоголь, харчування), фактори ризику, пов'язані з розвитком аденокарциноми стравоходу, менш зрозумілі [3]. Наявність стравоходу Барретта пов'язана з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу, і хронічний рефлюкс вважається основною причиною метаплазії Барретта. Частота, тяжкість і тривалість симптомів рефлюксу позитивно корелюють з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу [4, 10].

У чоловіків рак стравоходу діагностується в 3-5 разів частіше, ніж у жінок. Середній вік на момент постановки діагнозу становить 60 років [2, 7, 8].

Результати виживаності хворих з даною патологією вкрай невтішні. Так, за даними бюлетню національного канцер-реєстру України від 2009 р., 69% пацієнтів з вперше встановленим діагнозом рак грудного відділу стравоходу (РГВС) не дожили до року [1].

Раннє лімфогенне, гематогенне метастазування раку стравоходу, формування злоякісних стравохідно-плевральних, стравохідно-бронхіальних та інших фістул не дозволяє в більшості випадків проводити спеціальне лікування, зокрема і хірургічне. Так, за даними роботи різних клінік, зі 100% вперше виявлених випадків раку стравоходу спеціальному лікуванню підлягають лише 50%, а хірургічному — тільки 17%.

Консервативні методи лікування хворих на рак стравоходу не дозволяють очікувати втішних результатів (летальність протягом 1 року становить близько 57%). Таким чином, єдиний метод лікування хворих даної категорії, що дозволяє прогнозувати позитивні результати лікування, залишається хірургічний у комбінації з променевою терапією та можливою ад'ювантною хіміотерапією.

В останні десятиліття в хірургічному лікуванні раку стравоходу досягнуті значні успіхи. До теперішнього часу детально розроблені та апробовані основні типи операцій при різних рівнях ураження

стравоходу. Вдосконалення їх техніки та методики знеболювання, а також вивчення характеру і терапії післяопераційних ускладнень сприяли значному поліпшенню безпосередніх результатів хірургічних втручань на стравоході [7]. Проте до цих пір лікування хворих на РГВС є одним з найскладніших розділів клінічної онкології [6].

Хірургічне лікування раку стравоходу складається з двох компонентів — резекційного і реконструктивного. Складнощі виконання хірургічного втручання на стравоході, вміння оперувати в грудній і черевній порожнинах, топографоанатомічні особливості зони втручання, а також висока післяопераційна летальність тривалий час залишали в тіні проблему онкологічної адекватності операції. Після розробки технічних прийомів виконання одномоментних операцій і створення надійних стравохідних анастомозів значно скоротилася післяопераційна летальність. У клініках, які володіють досвідом стравохідної хірургії, вона становить 3-10% і в основному визначається нехірургічними ускладненнями, до яких відносяться: інфаркт міокарда, пневмонії, тромбоемболія легеневої артерії, гостра серцево-судинна недостатність. [3]

Можна з упевненістю сказати, що на території колишнього СРСР основним видом сучасного хірургічного лікування раку стравоходу є розширена субтотальна резекція цього органа з одномоментною його пластикою. Пластика проводиться широким шлунковим стеблом з комбінованого лапаротомного і правостороннього торакотомного доступу (операція Льюїса) або з тораколапаротомного доступу зліва (операція Гарлока) з формуванням внутрішньогрудного стравохідно-шлункового анастомозу.

Отже, оптимальна тактика в хірургії раку стравоходу на сучасному етапі — це одномоментні операції з розширеною лімфодисекцією, засновані на максимальній безпеці, онкологічній адекватності і високій функціональності.

Матеріали та методи дослідження

У нашій клініці основними видами хірургічного втручання при раку стравоходу є операція Льюїса і Гарлока. Ці типи операцій визнаються найбільш адекватним хірургічним втручанням за обсягом видалення ураженого органа та регіонарних лімфовузлів, оскільки дозволяють візуалізувати грудний відділ стравоходу, лімфоколектори черевної порожнини та середостіння, включаючи лімфовузли верхнього середостіння [5,6].

За період з 2000 до 2012 р. в клініці торакальної хірургії Київського міського клінічного онкологічного центру виконано 114 радикальних втручань з приводу РГВС. З них операцій Льюїса — 46, операцій Гарлока — 58, з них комбінованих операція — 25 (21,9%). Хворих, яким проводили комбіноване лікування (передопераційна променева терапія + хірургічне лікування), було 83 (72,8%), у 31 (27,2%) хворого проведено тільки хірургічне лікування.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак грудного відділу стравоходу за стадіями

Стадія	Кількість хворих	%
I	7	6,1
II	16	14
III	87	76,4
IV	4	3,5

Чоловіків було 105 (92,1%), жінок — 9 (7,9%). Середній вік склав $62,8 \pm 4,1$ року.

Таблиця 2

Морфологічні форми раку грудного відділу стравоходу

	Абсолютна кількість	%
Плоскоклітинний рак	96	84,2
Аденокарцинома	13	11,4
Змішаний тип (плоскоклітинний рак + аденокарцинома)	5	4,4

Результати дослідження та їх обговорення

Післяопераційні ускладнення, пов'язані безпосередньо з хірургічним втручанням, у залежності від терміну виникнення ділять на ранні та пізні. До ранніх післяопераційних ускладнень відносять: неспроможність стравохідного анастомозу (50-70%), некроз трансплантата (15-20%), порушення пасажу їжі по транслокованому органу (10-15%), хілоторакс (4%), пілороспазм (8%), парез голосових зв'язок (3%). До пізніх післяопераційних ускладнень відносять: рефлюкс-езофагіт (20-25%), рубцеве звуження стравохідного анастомозу (45-55%), демпінг-синдром (5-10%).

У нашій клініці післяопераційні ускладнення виникли у 15 (13,1%) хворих, померло 4 хворих. Післяопераційна летальність склала 3,5%.

Віддалені результати

В основі прогнозування перебігу і наслідків пухлинного процесу лежать фактори, які визначають поширеність пухлинного процесу і характеризують біологічні властивості первинної пухлини, що відображають характер взаємодії пухлини й організму. Параметри, що визначають поширеність процесу, лежать в основі класифікації TNM. Прогностичне значення має глибина інвазії (символ T) і наявність метастазів у регіонарні лімфатичні вузли (символ N). При I стадії 5-річна виживаність становить близько 90%, сумарно при стадіях II, III і IV — не більше 20-30%.

Кількість проведених радикальних втручань у нашій клініці з приводу раку стравоходу дозволяють узагальнити результати лікування та оцінити 1-, 3-, 5-річну виживаність (табл. 3)

Таблиця 3

УСЬОГО 114 хворих		
Прожили 1 рік	94 хворих	82,5%
Прожили 3 роки	63 хворих	55,2%
Прожили 5 років	20 хворих	17,5%

Безрецидивний перебіг наведений нижче.

Таблиця 4

УСЬОГО 114 хворих		
1 рік	92 хворих	80,7%
3 роки	58 хворих	50,9%
5 років	17 хворих	14,9%

При аналізі результатів лікування виявлено, що в групах хворих з однаковою стадією індивідуальний прогноз сильно варіює. Це змушує шукати інші, більш значущі прогностичні фактори (на клітинному і молекулярному рівні, такі як періодальна інвазія, інвазія кровоносних, лімфатичних судин, різні фактори росту, активатори плазмінотому та їх рецептори і т.д.), які надавали б допомогу в прогнозуванні перебігу і результату хвороби у конкретного хворого.

Висновки

Консервативні методи лікування не дають можливості очікувати позитивних результатів, і тому хірургічне лікування є основним компонентом у лікуванні раку грудного відділу стравоходу.

За час даного спостереження накопичений досвід радикального хірургічного лікування хворих з ускладненими формами раку стравоходу (таких як кровотеча, стеноз, злоякісна стравохідна фістула).

На закінчення необхідно відзначити, що, як і для всіх солідних пухлин, успіх лікування хворих на рак грудного відділу стравоходу лежить в ранній діагностиці і розвитку комбінованих методів лікування, що можливо тільки за умови стандартизації і високого рівня хірургічного методу.

Література

1. Бюлетень національного канцер-реєстру України 2008 року.
2. Ганул В.Л., Киркилевский С.И., Крахмалев С.Н. и др. Тридцатилетний опыт хирургического лечения больных раком пищевода (к 150-летию первой операции при раке пищевода) // Онкология. — 1999. — №1. — С. 65-68.
3. Давыдов М.И., Рындин В.Д., Тулеуов А.Е. и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака пищевода // Хирургия. — 1990. — №4. — С. 32-35.
4. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ. — М., 2007.
5. Мамонтов А.С., Верещагин В.Г. Результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода // Хирургия. — 1986. — №7. — С. 93-98.
6. Мирошников Б.И. Методологические аспекты хирургии рака пищевода // Вестник хирургии. — 2001. — Т. 160, №3. — С. 11-15.
7. Урсол Г.Н. Рак пищевода // Харківська хірургічна школа. — 2009. — №4.1. — С. 124-126.
8. American cancer society: cancer facts and figures 2013. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2013. — Available online <http://www.cancer.gov/global/web/policies/exit>. Last accessed May 2, 2013.
9. Blot W.J., McLaughlin J.K. The changing epidemiology of esophageal cancer // Semin. Oncol. — 1999. — Vol. 26 (5 Suppl 15). — P. 2-8. [PUBMED Abstract]
10. Lagergren J., Bergström R., Lindgren A. et al. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma // N. Engl. J. Med. — 1999. — Vol. 340 (11). P. 31-825 [PUBMED Abstract].

С.П.Завертьленко, И.С.Бацей, Ю.Н.Олейник. Анализ результатов комбинированного лечения рака грудного отдела пищевода. Киев, Украина.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода.

Цель исследования было изучить результаты комбинированного лечения рака грудного отдела пищевода. За период с 2000 по 2012 г. в клинике торакальной хирургии Киевского городского клинического онкологического центра выполнено 114 радикальных вмешательств по поводу рака грудного отдела пищевода. Из них операций Льюиса — 46, операций Гарлока — 58. В нашей клинике послеоперационные осложнения отмечены у 15 больных (13,1%), умерло 4 больных, что составило послеоперационную летальность на уровне 3,5%. Консервативные методы лечения не дают возможности ожидать положительных результатов, и поэтому хирургическое лечение является основным компонентом в лечении рака грудного отдела пищевода.

S.P.Zavertylenko, I.S.Batsey, Y.N.Oleinik. Analysis of results of the combined treatment of cancer of the thoracic esophagus. Kyiv, Ukraine.

Key words: esophageal cancer, surgical treatment of cancer of the thoracic esophagus.

Objective — to study the results of the combined treatment of cancer of the thoracic esophagus. During the period from 2000 to the year 2012 in the clinic of Thoracic Surgery of the Kyiv City Clinical Cancer Center performed 114 radical interventions for cancer of the thoracic esophagus. Of these operations, Lewis-46 operations Garlock 58. In our clinic, post-operative complications were observed in 15 patients (13,1%), 4 patients died, accounting for post-operative mortality rate of 3,5%. Conservative treatments do not make it possible to expect positive results and, therefore, surgical treatment is the main component in the treatment of breast cancer of the esophagus.