

*П.В. Шелешко  
В.Н. Савельев  
Э.А. Минько  
И.С. Бойко*

*Украинская медицинская  
стоматологическая академия,  
Полтавский областной  
клинический онкологический  
диспансер, Полтава, Украина*

**Ключевые слова:** *рак, пищевод,  
рак кардиального отдела  
желудка, диагностика, лечение.*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА, КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПОЛТАВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

**Резюме.** *Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты 8-летней работы торакального отделения Полтавского областного клинического онкологического диспансера относительно диагностики и лечения больных раком пищевода, раком кардиального отдела желудка.*

Рак пищевода (РП), рак кардиального отдела желудка (РКОЖ) были и продолжают оставаться одной из трудоемких проблем онкологии. Это объясняется характером самого заболевания, запоздалой диагностикой, анатомо-топографическими особенностями поражаемых опухолью органов и низкой результативностью существующих методов лечения [1].

Были проанализированы непосредственные и отдаленные результаты 8-летней работы торакального отделения Полтавского областного клинического онкологического диспансера (ПОКОД) относительно диагностики и лечения больных РП и РКОЖ [2].

По отчетным данным ПОКОД заболеваемость РП составляет 3,8 случая, а РКОЖ — 8,2 на 100 тыс. человек. Удельный вес IV стадии (T<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1-2</sub>) РП составляет 35,0%, а РКОЖ — 34,1% случаев относительно числа впервые выявленных больных.

За 8 лет на стационарном лечении в торакальном отделении ПОКОД находилось 360 больных раком средней и нижней трети пищевода, а также 340 больных РКОЖ. Среди них 430 (61,4%) мужчин и 270 (38,6%) женщин в возрасте от 42 до 86 лет, средний возраст 62,3 года. В возрасте 60 лет и старше было 370 (50,3%) больных. Из 340 больных РКОЖ (с переходом на пищевод или без такового) у 270 (79,4%) в анамнезе отмечали такие заболевания, как хронический гастрит, рефлюкс-эзофагит, холецистопанкреатит. К сожалению, среди этих больных только 27 (5,8%) человек находились на диспансерном учете у гастроэнтерологов и терапевтов по месту жительства. Однако регулярность в проведении профилактических осмотров с использованием рентгенологических методов исследования, эзофагогастроскопии и ультразвуковых методов обследования органов брюшной полости отсутствовала. Продолжительность заболевания этих больных с момента появления первых симптомов начальной дисфагии до III и даже IV степени ее развития колебалась от 2 мес до 1 года. Только развитие стойкой дисфагии вынуждало пациентов обращаться за медицинской

помощью. Больные не получали никакой информации со стороны медицинских работников различных уровней оказания медицинской помощи о начальной симптоматике РП и РКОЖ.

Из 112 пациентов, поступивших в торакальное отделение с потерей веса от 10 до 40 кг, у 53 (47,3%) были симптомы III степени дисфагии. У 26 (7,0%) из 360 больных РП отмечали IV степень дисфагии, они были в состоянии крайнего истощения.

После соответствующей подготовки и коррекции имевшихся нарушений с учетом возраста, сопутствующей патологии больным РП верхней трети проводили лучевую терапию (ЛТ) с последующей химиотерапией (ХТ). Больным раком средней и нижней трети пищевода комплексное лечение начинали с хирургического вмешательства. Среди оперированных больных у 52 выполняли операции Льюиса и у 67 операции типа Гарлока. Послеоперационная летальность в 2001–2003 гг. составляла 12,8% относительно числа радикально оперированных больных, а в 2006–2009 гг. не превышала 5,0%. Всем больным с благоприятным послеоперационным исходом в дальнейшем проводили ЛТ. Затем (через 2–3 мес после ЛТ) назначали ХТ с использованием цисплатина, блеомицина и этопозиды (4–5 курсов). Больным РП IV стадии с выраженной дисфагией проводили симптоматическое лечение в виде наложения гастро- и еюностом. В дальнейшем, в зависимости от их возраста и общего состояния, предусматривали ЛТ и ХТ. Что касается методик формирования пищеводно-желудочных соустьев, то их накладывали как ручным способом, так и с помощью сшивающих аппаратов. Непосредственные послеоперационные исходы были почти одинаковы. Впоследствии у некоторых больных при использовании сшивающих аппаратов появлялись симптомы стриктуры соустьев, что вынуждало прибегать к их бужированию. Использование предоперационной ЛТ при раке средней и нижней трети пищевода за отчетный период не получило у нас широкого применения. При-

## КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

чиной этого послужил отказ больных от последующей операции в связи с временным уменьшением явлений дисфагии. У всех этих больных возобновлялся рост опухоли, гастростомы им накладывали в больницах по месту жительства, где проводили и дальнейшую симптоматическую терапию. У оперированных нами 18 больных с предоперационной ЛТ отдаленные результаты не отличались от таковых, получавших ЛТ после удаления опухоли.

По поводу РКОЖ было оперировано 270 (77,0%) мужчин и 70 (23,0%) женщин в возрасте от 49 до 80 лет. У 202 (28,6%) больных опухоль была III стадии ( $T_3N_1M_0$ ) и у 138 (41,4%) — IV стадии ( $T_4N_{1-2}M_1$ ). Проксимальная резекция желудка с иссечением нижней трети пищевода была выполнена у 72 (21,2%) больных. Гастрэктомии в связи с вовлечением в опухолевый процесс тела желудка были произведены у 27 (7,9%) больных. Симптоматические операции в виде наложения гастростом и даже еюностом были произведены у 22 (6,6%) больных. После радикальных операций летальность составила 4,6%, после паллиативных она практически равнялась нулю. Всем больным после радикальных операций (а в ряде случаев и после паллиативных) проводили ХТ в виде повторных курсов.

Отдаленные результаты у больных раком средней и нижней трети пищевода после комплексного лечения были прослежены в 83 случаях. Более 2 лет прожили 69 (80,3%) пациентов, 3 года и более — 24 (28,6%) больных. Среди радикально оперированных больных РКОЖ отдаленные результаты прослежены у 96. Более 2 лет прожили 75 (78,1%) больных, более 3 лет — 31 (32,2%).

### Выводы

1. К основным причинам запоздалой диагностики РП и РКОЖ следует отнести практическое отсутствие диспансеризации на первичном уровне оказания медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями желудка и пищевода, а также небрежное отношение больных к своему здо-

ровью и невысокий уровень санитарно-просветительной работы.

2. При РП более целесообразным следует считать комплексное лечение, предусматривающее первичное хирургическое вмешательство с последующим проведением ЛТ и ХТ.

3. При РКОЖ альтернативы первичному хирургическому вмешательству не существует; в связи с запоздалой диагностикой рака этой локализации последующую ХТ следует считать обязательной.

4. Несмотря на постоянное совершенствование существующих методов лечения больных РП и РКОЖ, отдаленные результаты продолжают зависеть от своевременной диагностики опухолей этих локализаций.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ганул ВЛ, Киркилевский СИ. Рак пищевода. Киев, 2003. 450 с.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Київ, 2007. 56 с.

### RESULTS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ESOPHAGEAL CANCER, FORE-STOMACH ACCORDING TO DATE OF POLTAVA REGIONAL CANCER CLINIC

*P.V. Sheleshko, V.N. Saveliyev, E.A. Minko, I.S. Boyko*

**Summary.** *The immediate and late results of 8-year experience of thoracic branch of the Poltava Regional Clinical Oncology Center regarding the diagnosis and treatment of patients with esophageal cancer, cardiac orifice cancer are analyzed.*

**Key Words:** cancer, esophagus cancer, cardiac orifice cancer, diagnosis, treatment.

#### Адрес для переписки:

Савельев В.Н.

Полтава, ул. Володарского, 7А

E-mail: vsavelyev@nm.ru