УДК616.329-006.6-036.87:616.428-033.2:615.849.1 DOI: 10.17816/2072-2354.2018.18.3.179-182

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ РАКА ПИЩЕВОДА В ШЕЙНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

И.В. Макаров, Т.Д. Сатыбалдиев, А.Ю. Сидоров, К.И. Долженко

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Для цитирования: Макаров И.В., Сатыбалдиев Т.Д, Сидоров А.Ю., Долженко К.И. Оценка эффективности комбинированного лечения больных с рецидивами рака пищевода в шейных лимфатических узлах. – 2018. – № 5–6. – С. 179–182. doi: 10.17816/2072-2354.2018.18.3.179-182

Поступила в редакцию: 01.08.2018 Принята к печати: 07.09.2018

▪ Метастазы в шейных и надключичных лимфатических узлах после хирургического лечения рака пищевода встречаются в 7–12 % случаев. В статье приведены непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения 25 пациентов с рецидивами рака пищевода в шейных лимфатических узлах. Заслуживает внимания продолжительность жизни больных, перенесших комбинированное лечение по поводу рецидивов рака пищевода в лимфатических узлах шеи: двухлетний рубеж пережили 10 (40,0 ± 9,8 %) из 25 больных, три года прожили 5 (20,0 ± 8,6 %) человек. Таким образом, наличие метастазов в лимфатических узлах шеи у больных раком пищевода не всегда является признаком безнадежного состояния пациента. Ранняя диагностика рецидивов и их комбинированное лечение позволяют достигнуть значительного улучшения отдаленных результатов.

▪ **Ключевые слова:** метастазы; шейные лимфоузлы; лучевая терапия; лимфодиссекция.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF RADIATION AND COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENCE OF ESOPHAGEAL CANCER IN THE CERVICAL LYMPH NODES

I.V. Makarov, T.D. Satybaldiyev, A.Yu. Sidorov, K.I. Dolzhenko

Samara State Medical University

For citation: Makarov IV, Satybaldiyev TD, Sidorov AYu, Dolzhenko KI. Evaluation of the effectiveness of radiation and combined treatment of patients with recurrence of esophageal cancer in the cervical lymph nodes. *Aspirantskiy Vestnik Povolzhiya*. 2018;(5-6):179-182. doi: 10.17816/2072-2354.2018.18.3.179-182

Received: 01.08.2018 Accepted: 07.09.2018

▪ ***The aim*** of the article is to present improvement of immediate and remote treatment outcomes of patients with metastases in cervical and supraclavicular lymph nodes after surgical treatment of esophageal cancer. ***Materials and methods.*** Metastases in cervical and supraclavicular lymph nodes after surgical treatment of esophageal cancer are found in 7–12% of cases. Following classical cervical lymph nodes tele-irradiation 25 patients underwent cervical lymph node dissection. Crile's operation or radical neck dissection is the standard operation for removal of malignant cervical lymph nodes. ***Results.*** Special attention should be paid to the life expectancy of 25 patients who underwent the combined therapy for esophageal cancer recurrence in cervical lymph nodes: 10 people (40.0 ± 9.8%) have survived two-year limit and 5 patients (20.0 ± 8.6%) lived for three years. ***Conclusion.*** The presence of cervical lymph nodes metastases in patients with esophageal cancer is not always the sign of a patient's hopeless condition. Early detection of recurrent tumors and their combined treatment allow to achieve a significant improvement of long-term results.

▪ **Keywords:** metastases; cervical lymph nodes; radiotherapy; lymph node dissection.

Введение

В настоящее время спорным остается вопрос об определении оптимальной лечебной тактики при рецидиве рака пищевода с локализацией в лимфоузлах шеи.

Литературные данные говорят о разнообразии лимфогенного метастазирования рака пищевода, о возможности нарушения последовательности его метастазирования и о том, что отнесение лимфатических узлов к тому или иному этапу метастазирования является чисто условным. Поэтому для рака грудного отдела пищевода пока остается открытым вопрос об удалении в одном блоке надключичных и шейных лимфатических узлов.

Часть специалистов считает, что это регионарные лимфатические узлы, и призывает к их обязательному удалению с помощью билатеральной шейно-надключичной лимфодиссекции (3F) [3, 4]. Другие удаляют надключичные

лимфатические узлы только при явном метастатическом поражении [1, 2]. Недостатками одномоментной трехзональной лимфодиссекции являются: 1) травматичность операции и ее продолжительность; 2) неудовлетворительные непосредственные результаты — послеоперационная летальность составляет от 18,5 до 26,6 %; 3) невысокая 3-летняя и 5-летняя продолжительность жизни (14% и 6% соответственно) [5].

В противоположность им некоторые авторы рассматривают эти лимфатические узлы как отдаленные, не рекомендуют оперировать таких больных и проводят только дистанционную лучевую терапию. К сожалению, непосредственный клинический эффект лучевой терапии составляет не более 20 %, а одногодичный рубеж переживает только 5 % пролеченных больных [6–9].

Наличие метастазов рака пищевода в лимфатических узлах шеи не всегда служит признаком безнадежного состояния пациента. Выявление рецидивов или отдаленных метастазов рака пищевода позволяет в ряде случаев осуществить повторное лечение, положительный эффект которого может оказаться достаточно стойким. Подобные метастазы трактуются клиницистами как отражение обширной лимфогенной диссеминации. Для рака желудка это является доказанным фактом, тогда как при раке пищевода такое положение, по-видимому, не всегда верно. Немногочисленные собственные наблюдения и данные мировой литературы дают основание считать метастазы в шейных лимфатических узлах при раке пищевода условно регионарными.

Мы считаем нецелесообразным выполнять профилактическую билатеральную шейно-надключичную лимфодиссекцию, учитывая низкую частоту метастазирования в шейные лимфоузлы (от 7 до 12 %) и высокий процент послеоперационных осложнений после трехзональной лимфодиссекции [10, 11].

Материалы и методы

Проведено комбинированное лечение 25 больным с рецидивами рака грудного отдела пищевода в шейных и надключичных лимфатических узлах. Из 25 больных было 10 женщин и 15 мужчин, самому молодому пациенту было 32 года, самому старшему — 81 год. Всем больным ранее, в зависимости от локализации опухоли в пищеводе, выполнено хирургическое лечение в объеме операций типа Льюиса или Гэрлока с обязательной абдоминомедиастинальной лимфодиссекцией. Рецидив рака пищевода данной локализации возник в первые 10 месяцев с момента операции. В нашем исследовании метастазы в шейных и надключичных лимфатических узлах диагностированы в 7,5 % (25 из 333) случаев (табл. 1).

Способ комбинированного лечения больных с рецидивами рака пищевода в шейные лимфатические узлы реализуется следующим образом. На первом этапе комбинированного лечения проводилась дистанционная лучевая терапия на гамма-терапевтической установке «Рокус-М». В зону облучения входили лимфатические узлы шеи, пораженные метастатическим процессом, а также зоны регионарного метастазирования. Облучение паратрахеальных, шейных околопищеводных и надключичных лимфатических узлов с обеих сторон проводили единым блоком с открытого переднего фигурного поля, защита гортани осу-

Таблица 1 / Table 1

Частота различных локализаций рецидива рака пищевода в лимфатических узлах шеи
Incidence and the site of recurrent esophageal cancer in cervical lymph nodes

Локализация рецидивов рака пищевода	Количество больных	
	Абс.	%
Надключичные лимфатические узлы		
– слева	2	8,0
– справа	4	16,0
– с обеих сторон	3	12,0
Латеральные шейные лимфатические узлы		
– слева	2	8,0
– справа	3	12,0
Глубокие шейные лимфатические узлы		
– слева	1	4,0
– справа	2	8,0
Шейные околопищеводные лимфатические узлы	8	32,0
Всего	25	100

ществлялась свинцовым блоком. Лучевая терапия проводилась в режиме расщепленного курса РОД — 2 Гр ежедневно, 5 раз в неделю до СОД — 40–46 Гр, с учетом состояния больного.

Глубокие шейные и шейные латеральные лимфатические узлы облучали с двух противоположных полей с использованием выравнивающих клиньев и защитой позвоночника. Режим фракционирования устанавливался с учетом степени распространенности процесса и общего состояния больного. Суммарная очаговая доза составляла 40–46 Гр.

Помимо классического фракционирования, учитывая разную скорость репарации лучевого поражения в опухоли и нормальных тканях, четырем больным мы использовали методику многократного дробления суточной дозы и подведения ее с интервалом 4–6 часов (гиперфракционирование). Данная методика позволяет увеличить дозу на опухоль в пределах 10 % безопасности повреждения здоровых тканей.

Далее, через 2–3 недели после купирования лучевых реакций, приступали к хирургическому лечению. В среднем, интервал между возникновением рецидива заболевания и моментом радикального хирургического вмешательства составил 2–2,5 месяца.

Стандартными операциями с целью удаления метастатических узлов шеи являются фасциально-футлярное иссечение клетчатки (ФФИК) шеи и операция Крайля (табл. 2). Показанием к выполнению ФФИК шеи было наличие смещаемых, изолированных, не спаянных с анатомическими образованиями шеи метастатических лимфатических узлов. Операцию Крайля производили при множественных метастазах в лимфатические узлы шеи или при метастазах в лимфатические узлы шеи с ограниченной смещаемостью, спаянных с анатомическими образованиями шеи.

Мы не останавливаемся на описании техники операций Крайля и фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи, потому как они достаточно подробно изложены в медицинских атласах и руководствах. Но необходимо отметить, что при выполнении этих операций мы не удаляли содержимое поднижнечелюстного треугольника и не производили резекцию околоушной железы.

Результаты исследования

Постлучевые реакции в виде дерматитов зарегистрированы у 6 (24,0 %) пациентов; лейкопения отмечена у 2 (8,0 %) человек. После операции Крайля у 2 (8,0 %) пациентов сформировались серомы и у 1 (4,0 %) — нагноение послеоперационной раны. Непосредственный положительный эффект после лучевого лечения был достигнут у 10 (40,0 %) из 25 больных, при этом частичная регрессия опухоли отмечена у 8 (33,3 %) пациентов; полная регрессия опухоли — у 2 (8,4 %).

Заслуживает внимания продолжительность жизни 25 больных, перенесших комбинированное лечение по поводу рецидивов рака пищевода в лимфатических узлах шеи: двухлетний рубеж пережили 10 (40,0 ± 9,8 %) из 25 больных, а три года прожили 5 (20,0 ± 8,6 %) человек. Важным моментом является то, что все больные могли свободно принимать пищу естественным путем, прибавляли в массе тела, в том числе до 5 кг.

Приводим одно из наблюдений. Больной К., 54 года, ист. б-ни 12/874, поступил в отделение торакальной хирургии Западно-Казахстанского ООД 14.07.2012 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой надключичной области. 23 ноября 2011 г. произведена резекция пищевода типа Льюиса по поводу рака бронхиального сегмента пищевода III ст. При поступлении общее состояние удовлетворительное, в левой надключичной области определяется увеличенный, подвижный лимфати-

Таблица 2 / Table 2

Распределение больных в зависимости от варианта выполненных операций
Groups of patients according to the performed operations

Вариант хирургического лечения	Количество больных	
	абс.	%
ФФИК		
– справа	6	24,0
– слева	9	36,0
– с обеих сторон	3	12,0
Операция Крайля		
– справа	2	8,0
– слева	5	20,0
Всего	25	100

ческий узел, не спаянный с кожей и соседними анатомическими структурами. Произведена пункционная биопсия лимфатического узла. Цитологическое заключение: метастаз плоскоклеточного рака. При рентгенологическом, эндоскопическом, ультразвуковом исследовании признаков метастазирования в другие органы не выявлено. Произведена дистанционная гамма-терапия на область метастатического узла и зоны регионарного метастазирования в режиме классического фракционирования: по 2 Гр в течение 5 дней до СОД — 46 Гр. Через две недели после облучения, 10.12.2012 г., произведено фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение: метастаз эпидермоидного рака без ороговения с явлениями лучевого патоморфоза II степени. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. В момент последнего осмотра больного 27.06.2016 г. данных за прогрессирование заболевания нет.

Заключение

Таким образом, наличие метастазов рака пищевода в лимфатических узлах шеи не всегда служит признаком безнадежного состояния пациента. При раннем распознавании рецидивов и комбинированном их лечении можно достигнуть значительного улучшения отдаленных результатов. Данный способ комбинированного лечения больных с рецидивами рака пищевода в шейных лимфатических узлах может быть использован в специализированных онкологических учреждениях при ведении такой непростой категории больных.

Конфликт интересов отсутствует.

Список литературы

1. Столяров В.И., Довгалюк А.З. Отдаленные результаты хирургического и комбинированного лечения рака внутригрудного отдела пищевода // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1992. – Т. 149. – № 11–12. – С. 299–303. [Stolyarov VI, Dovgalyuk AZ. Otdalennye rezul'taty khirurgicheskogo i kombinirovannogo lecheniya raka vnutrigrudnogo otdela pishchevoda. *Vestn Khir Im I I Grek.* 1992;149(11-12):299-303. (In Russ.)]
2. Медведев К.В. Современные подходы к лечению рака пищевода у больных пожилого и старческого возраста: Дис. … д-ра мед. наук. – М., 2014. [Medvedev KV. Sovremennye podkhody k lecheniyu raka pishchevoda u bol'nykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta. [dissertation] Moscow; 2014. (In Russ.)]
3. Yamamoto M. Postoperative radiotherapy for thoracic esophageal carcinoma. *Journal-Japan society for cancer therapy.* 1995;30:409.
4. Waddell T, Verheij M, Allum W, et al. Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2013;24 Suppl 6:vi57-63. doi: 10.1093/annonc/mdt344.
5. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. Ed. by S.B. Edge, D.R. Byrd, M.A. Carducci, et al. New York: Springer; 2009.
6. Murphy BA. Carcinoma of the head and neck. In: Handbook of cancer chemotherapy. 8th ed. Ed. by R.T. Skeel, S.N. Khleif. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P. 69-93.
7. Langer M, Choi NC, Orlow E, et al. Radiation therapy alone or in combination with surgery in the treatment of carcinoma of the esophagus. *Cancer.* 1986;58(6):1208-1213. doi: 10.1002/1097-0142(19860915)58:6<1208::AID-CNCR2820580606>3.0.CO;2-1.
8. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H, et al. Lymph node metastasis in thoracic esophageal carcinoma. *J Surg Oncol.* 1991;48(2):106-111. doi: 10.1002/jso.2930480207.
9. Kato H, Tachimori Y, Watanabe H, et al. Superficial esophageal carcinoma. Surgical treatment and the results. *Cancer.* 1990;66(11):2319-2323. doi: 10.1002/1097-0142(19901201)66:11<2319::AID-CNCR2820661111>3.0.CO;2-1.
10. Soetikno R, Kaltenbach T, Yeh R, Gotoda T. Endoscopic mucosal resection for early cancers of the upper gastrointestinal tract. *J Clin Oncol.* 2005;23(20):4490-4498. doi: 10.1200/JCO.2005.19.935.
11. Bethesda Handbook of Clinical Oncolology. Ed. by J. Abraham, J.L. Gulley, C.J. Allegra. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

Информация об авторах

Игорь Валерьевич Макаров — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1. E-mail: makarov-samgmu@yandex.ru.
Тамирлан Джимранович Сатыбалдиев — доктор медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1. E-mail: Satybaldiyevt@mail.ru.
Александр Юрьевич Сидоров — кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней № 1. E-mail: sidorov_024@mail.ru.
Ксения Ивановна Долженко — заочный аспирант кафедры хирургических болезней № 1. E-mail: Dolzhenkokseniay86@gmail.com.

Information about the authors

Igor V. Makarov — Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Surgical Diseases Department No. 1. E-mail: makarov-samgmu@yandex.ru.
Tamirlan D. Satybaldiev — Doctor of Medical Science, Associate Professor, Surgical Diseases Department No. 1. E-mail: Satybaldiyevt@mail.ru.
Alexander Yu. Sidorov — Candidate of Medicine, Associate Professor, Surgical Diseases Department No. 1. E-mail: sidorov 024@mail.ru.
Ksenia I. Dolzhenko — Post-graduate student of the Surgical Diseases Department No. 1. E-mail: Dolzhenkokseniay86@gmail.com.