

КОМБИНИРОВАННОЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА (4-ЛЕТНЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Е.В. Филоненко, А.Н. Урлова, Н.Н. Волченко

МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, Москва, Россия

Резюме

Приведены результаты 4-летнего клинического наблюдения за пациентом со стенозирующим неоперабельным раком пищевода в ретроперикардальном сегменте. С учетом сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз) был разработан план паллиативного лечения пациента. С целью сохранения проходимости пищевода была выполнена многокурсовая эндоскопическая фотодинамическая терапия по разработанной в МНИОИ им. П.А. Герцена методике. С 2011 по 2014 гг. проведено 13 курсов фотодинамической терапии с препаратом фотосенс. Пациент находился под динамическим наблюдением 4 года 3 мес до смерти в 2015 г. Весь срок наблюдения пациент питался через рот, без признаков дисфагии, без выраженной потери веса, с хорошим качеством жизни.

Ключевые слова: рак пищевода, фотодинамическая терапия, фотосенс.

Для цитирования: Филоненко Е.В., Урлова А.Н., Волченко Н.Н. Успешное комбинированное эндоскопическое лечение больного неоперабельным раком средней трети пищевода (4-летнее клиническое наблюдение) // *Biomedical Photonics*. – 2015. – Т. 4, № 4. – С. 27–30.

Контакты: Филоненко Е.В., e-mail: derkul23@yandex.ru

COMBINED ENDOSCOPIC TREATMENT IN THE PATIENT WITH INOPERABLE MIDDLE THIRD ESOPHAGEAL CANCER (4-YEAR CLINICAL FOLLOW-UP)

Filonenko E.V., Urlova A.N., Volchenko N.N.

P.A. Herzen MCRI (branch of FSBI «NMRRC» of the Ministry of Health of the Russian Federation), Moscow, Russia

Abstract

The results of 4-year clinical follow-up in the patient with obstructive inoperable retropericardial esophageal cancer are represented. According to cardiac co-morbidity (myocardial infarction, postinfarction cardiosclerosis) the palliative care for patient was managed. To preserve patency of esophagus multiple courses of endoscopic photodynamic therapy by means of the approach developed in P.A. Herzen MCRI were performed. From 2011 to 2014 thirteen courses of photodynamic therapy with photosens were conducted. The patient was under follow-up for 4 years and 3 months to his death in 2015. For follow-up period the patient had oral feeding with no signs of dysphagia, not significant weight loss and with good quality of life.

Keywords: esophageal cancer, photodynamic therapy, photosens.

For citations: Filonenko E.V., Urlova A.N., Volchenko N.N. Combined endoscopic treatment in the patient with inoperable middle third esophageal cancer (4-year clinical follow-up), *Biomedical Photonics*, 2015, T. 4, No. 4, p. 27–30 (in Russian).

Contacts: Filonenko E.V., e-mail: derkul23@yandex.ru

Лечение рака пищевода является актуальной проблемой современной онкологии, несмотря на имеющиеся достижения в этой области. В структуре заболеваемости мужского населения России рак пищевода занимает 14-е место и составляет 2,4% [1]. Смертность при раке пищевода в 2012 г. составила 4,64 случая на 100 тыс. населения. К моменту постановки диагноза I ст. заболевания выявляют у 3,6% пациентов, II ст. – у 25%, III ст. – у 36,2%, IV ст. – у 29,2% [2]. Летальность на первом году с момента установления диагноза составляет 59,4%. По данным зарубежных авторов 5-летняя выживаемость при раке пищевода составляет около 17% [3]. Согласно данным МНИОИ им. П.А. Герцена этот показатель достигает 45% при отсутствии регионарных метастазов и 20–25% при их наличии (при комбинированном лечении) [4]. При выходе опухоли за пределы стенки органа прогноз заболевания крайне неблагоприятный: менее 10% пациентов доживают до 5 лет при комбинированном лечении с предоперационной лучевой терапией.

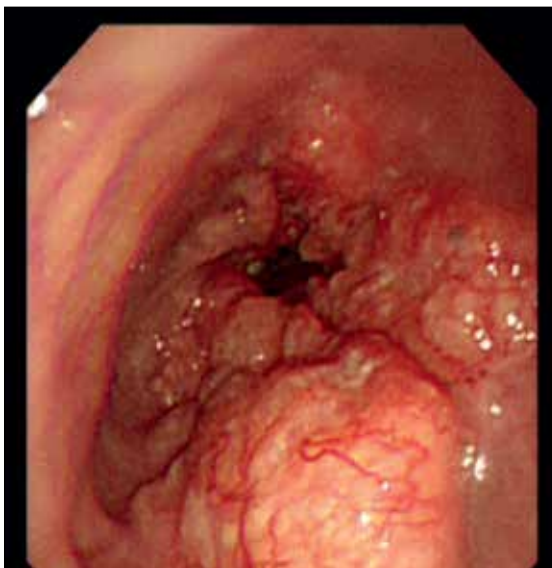
В МНИОИ им. П.А. Герцена была разработана методика эндоскопической фотодинамической терапии (ФДТ) больных раком пищевода при невозможности выполнения хирургического или комбинированного лечения.

Приводим клиническое наблюдение длительного эндоскопического лечения больного раком пищевода III стадии T4N1M0. Больной М., 62 лет, в августе 2010 г. впервые отметил затруднение прохождения пищи. В сентябре 2010 г. обратился с жалобами на дисфагию в поликлинику по месту жительства, где больному было проведено эндоскопическое исследование пищевода с биопсией и выявлена опухоль средней и

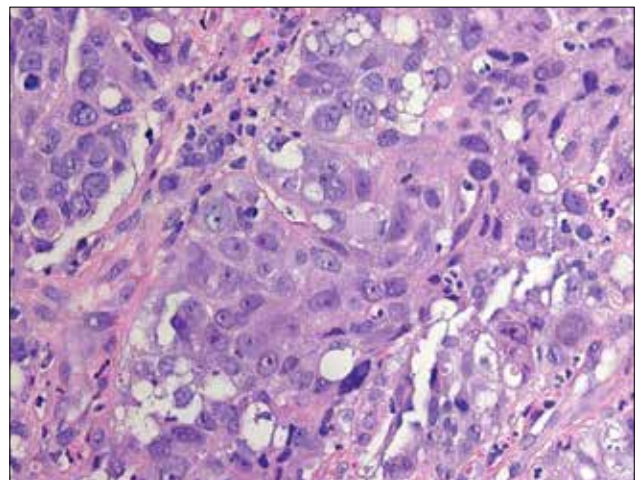
нижней трети пищевода – малодифференцированный плоскоклеточный рак.

Для дообследования и лечения пациент обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена, где при комплексном обследовании был выявлен стенозирующий рак пищевода в ретроперикардиальном сегменте. Данные компьютерной томографии органов грудной полости, выполненной в декабре 2010 г.: в клетчатке средостения увеличенные трахеобронхиальные лимфатические узлы, размерами до 15 мм; в ретроперикардиальном сегменте пищевода определяется циркулярное утолщение стенок размерами до 13 мм; наружная стенка на отдельных участках отчетливо не прослеживается; в перикардиальной области лимфатический узел размерами до 19 мм. Данных о метастазировании в отдаленные органы и другой очаговой патологии не получено. Согласно результатам эзофагогастродуоденоскопии в январе 2011 г. (рис. 1): устье пищевода расположено на 18 см; просвет и слизистая пищевода до уровня 32 см не изменены; на 32 см визуализируется верхний край опухолевой инфильтрации, расположенной циркулярно, опухоль распространяется в дистальном направлении до уровня 39 см с сужением просвета на 2/3. Дистальнее 39 см просвет и слизистая пищевода не изменены; розетка кардии расположена на 45 см, смыкается.

На консилиуме с участием хирургов, радиологов и химиотерапевтов выработан план паллиативного лечения с учетом сопутствующей кардиальной патологии (инфаркт миокарда в 2008 г., постинфарктный кардиосклероз) – проведение эндоскопического лечения.



а



б

Рис. 1. Стенозирующий рак пищевода: а – эндософото до лечения; б – Микрофотография. Инфильтративный рост малодифференцированного плоскоклеточного рака. Окраска гематоксилином и эозином (x400).

В Центре Лазерной и Фотодинамической диагностики и терапии опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена в январе, марте, мае, сентябре и декабре 2011 г. проведены 5 курсов эндоскопической реканализации с использованием аргоноплазменной коагуляции и ФДТ с препаратом фотосенс (ФГУП «ГНЦ «НИОПИК», Россия). Для проведения сеансов эндоскопического лечения применяли фиброэзофагогастроскоп (Olympus Corporation, Япония), для ФДТ в качестве источника света с длиной волны 675 нм использован лазерный аппарат

«ЛФТ-БИОСПЕК» (ООО «Биоспек», Россия). Лечение пациент перенес хорошо, достигнут эффект реканализации, в течение года больной питался полутвердой пищей, поправился на 3 кг (рис. 2а,б). Через 15 мес от начала лечения, в марте 2012 г. выполнено эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза пищевода (рис. 3а).

В последующем, в марте, ноябре 2012 г., феврале, июне, октябре 2013 г. и в феврале и ноябре 2014 г. проведено 7 курсов эндоскопической ФДТ (рис. 3б) с препаратом фотосенс через стент.



а



б

Рис. 2. Стенозирующий рак пищевода: а – сеанс ФДТ; б – частичная регрессия и расширение просвета в зоне опухоли после курса ФДТ



а



б

Рис. 3. Эндосфото: а – стент в просвете пищевода; б – сеанс ФДТ через стент

Компьютерная томография органов грудной полости, проведенная в марте 2014 г., показала, что стенка пищевода от уровня бронхиального отдела пищевода в каудальном направлении с переходом на кардинальный отдел пищевода циркулярно утолщена от 6 до 11 мм за счет опухолевой инфильтрации, вовлекающей все слои органа, с признаками распространения в прилежащую клетчатку; в просвете пищевода визуализируется ранее установленный стент; на уровне верхнего этажа средостения в правой трахеоэзофагеальной борозде визуализируется измененный лимфатический узел размерами 11x8 мм; аналогичные единичные лимфатические узлы отмечаются в обла-

сти малого сальника размерами до 7–8 мм; субплеврально в S6 правого легкого визуализируется единичное очаговое образование до 5 мм в диаметре.

При контрольной эзофагогастродуоденоскопии показано, что проходимость стента не нарушена, выше и ниже стента просвет и слизистая пищевода не изменены.

Срок динамического наблюдения за пациентом после начала эндоскопического лечения составил 4 года 3 мес. Пациент питался через рот, дисфагии не было. В первые годы лечения пациент прибавил в весе, в последний год не было значительной потери веса. Пациент умер в апреле 2015 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (смертность и заболеваемость) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 250 с.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 году (смертность и заболеваемость) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2013. – 232 с.
3. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. Cancer Statistics, 2013 // CA: Cancer J Clin. – 2013. – Vol. 63 (1). – P. 11-30.
4. Избранные лекции по клинической онкологии / Под редакцией В.И. Чиссова, С.А. Дарьяловой. – М., 2000. – 736 с.

REFERENCES

1. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2012 godu (smertnost' i zaboлеваemost') (Malignant neoplasms in Russia in 2012 (incidence and mortality), Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoi, M.: FGBU «MNIОI im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2014, p. 1–250.
2. Sostoyanie onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v 2012 godu (Status of cancer care for Russian population in 2012), Pod red. A.D. Kaprina, V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoi, M.: FGBU «MNIОI im. P.A. Gertsena» Minzdrava Rossii, 2013, p. 1–232.
3. Siegel R., Naishadham D., Jemal A. *Cancer Statistics*, 2013, CA: Cancer J Clin, 2013, Vol. 63 (1), p. 11–30.
4. Izbrannye lektsii po klinicheskoi onkologii (Selected lectures on clinical oncology), Pod redaktsiei V.I. Chissova, S.L. Daryalovoi, M., 2000, p. 1–736.