

9. Dvoryakovskogo IV, Yatsyk GV. [Ultrasound diagnosis in neonatology]. Moskva: Atmosfera. 2012:88-91. Russian.

10. Mavricheva IS, Dvoryakovskiy IV, Sergeeva TV, Dvoryakovskaya GM. [Ultrasound in the assessment of children's pyeloectasis]. Ul'trazvukovaya i funktsional'naya diagnostika. 2002;2:50-54. Russian.

11. De Bruyn R. Pediatric Ultrasound. Edinburgh: Ch. Livingstone. 2005:373.

12. Damen-Elias HA, Luijnenburg SE, Visser GH, Stoutenbeek PH, TP de Jong. Mild pyelectedasis

diagnosed by prenatal ultrasound is not a predictor of urinary tract morbidity in childhood. Prenat Diagn. 2005;25(13):1239-47.

13. Svitac J, Zibolen M, Kliment J, Buchanec J. Renal ultrasonography in infants with hydronephrosis. Int. Urol. 2001;33(3):431-3.

14. Hélénon O, Correas J-M. Techniques et résultats de l'échodoppler dans l'exploration de la vascularisation rénale et de l'appareil urinaire. EMC – Radiologie. 2005;2(4):367-412.

Стаття надійшла до редакції  
04.11.2013



УДК 616.33-00 6:616.329-033.2[07-084:615.849.11:615.874.2:615.28]

**Ю.А. Филиппов,**  
**В.М. Тютюнник\***

### **РАК ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ**

*Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова  
консультативная поликлиника  
пл. Октябрьская, 14, Днепропетровск, 49005, Украина  
Международный Информационный Нобелевский Центр\*  
ул. Монтажная, 3, Тамбов, 392000, Российская Федерация  
Regional Clinical Hospital named after II Mechnikov  
consultative clinic  
Octyabrskaya sq., 14, Dnepropetrovsk, 49005, Ukraine  
e-mail: 0503200104@mail.ru  
International Information Nobel Centre\*  
Montazhnaya str., 3, Tambov, 392000, Russian Federation*

**Ключевые слова:** хирургическое лечение, рак желудка, пищевод, метастазы

**Key words:** surgical treatment, cancer of the stomach, gullet, metastases

**Реферат.** Рак шлунка з переходом на стравохід. Діагностика, лікування та попередження спеціальними методами. Філіппов Ю.О., Тютюнник В.М. Захворювання на рак шлунка займає провідне місце в структурі онкологічної патології в Україні і в світі. У статті узагальнені власні результати та літературні дані щодо діагностики, лікування і попередження раку шлунка. Авторами проаналізований досвід та визначена специфіка багаторічного лікувально-діагностичного підходу для хворих на рак шлунка з переходом на стравохід. Проведення перед- і післяопераційної рослинної цитостатичної терапії та криохірургічних дій під час оперативного лікування у пацієнтів з розповсюдженням пухлинного процесу дозволяє статистично достовірно поліпшити 3-х і 5-річну виживаність хворих.

**Abstract.** Stomach cancer involving esophagus. Diagnosis, treatment and prevention by specific methods. Filippov Yu.O., Tyutyunnik V.M. Stomach cancer is a leader in the structure of cancer pathology in Ukraine and in the world. This paper summarizes own results and literature data on diagnosis, treatment and prevention of stomach cancer. Authors analyzed the experience and specific features of long-term treatment and diagnostic approach to patients with stomach cancer involving esophagus. Conducting pre-and postoperative cytostatic herbal therapy and cryosurgical operations during surgical treatment in patients with spread of tumor process allows to statistically significantly improve 3-and 5- year survival of patients.

Рак желудка с переходом на пищевод не является самостоятельной нозологической единицей, а искусственно выделяется в силу некоторых его анатомических и клинических особенностей, и, главное, из-за выработавшейся специфики лечебного подхода [9].

Важно остановиться на особенностях данной патологии.

Локализация опухоли в проксимальных отделах желудка наблюдается по нашим данным в 70% случаях, а по данным литературы – в 15% случаях. Учитывая заболеваемость раком желудка в Украине, это выливается в показатель заболеваемости около 5 на 100 тысяч населения, что сопоставимо с заболеваемостью раком пищевода или опухолями опорно-двигательного аппарата [1, 9].

Выделяют рак кардии, кардиоэзофагальный и гастроэзофагальный рак. Эта классификация во многом условна и отражает стадии опухолевой прогрессии.

С точки зрения анатомии довольно условно и само выделение кардии желудка. Четким анатомическим образованием является пищеводно-желудочный переход, где находится граница между многослойным плоским эпителием пищевода и однослойным железистым эпителием желудка.

Участок кардиального отдела желудка шириной около 2 см кольцевидно схватывает линию пищеводно – желудочного перехода. Кардия, как известно, осуществляет замыкательную функцию, препятствующую желудочно – пищеводному рефлексу посредством мощных циркулярных волокон мышечного слоя. Кардия желудка имеет несколько анатомических особенностей. Задняя стенка его лишена брюшины. Она прочно фиксирована к внутрибрюшинной фасции соединительнотканью элементами и контактирует с ножками диафрагмы и телом поджелудочной железы. Здесь же заканчивается желудочно - поджелудочная связка, и к малой кривизне желудка подходит левая желудочная артерия, которая окружена паракардиальными лимфатическими узлами. Здесь во время оперативного вмешательства мы встретили технические трудности при выделении и удалении опухолей. У 5 пациентов в 1985 г. во время операции не были учтены эти анатомические особенности. Летальный исход наступил в первые полгода после операции у всех 5 пациентов. Пятеро других были оперированы в хирургическом центре. Недостаточная квалификация персонала реанимационного отделения и технические трудности во время операции привели

к острым ранним послеоперационным осложнениям и летальному исходу [7, 8].

Другой особенностью является чрезвычайно высокая пролиферативная и функциональная активность слизистой оболочки желудка в области кардии и смежных отделов дна, проксимальных отделов малой кривизны и тела желудка – здесь вырабатывается основное количество соляной кислоты и пепсина.

В последующие годы в 2-х случаях мы встретились во время операции со сложным кардиальным раком. Рак, возникающий непосредственно в кардии желудка, принято называть кардиальным [9].

В наших случаях опухоль в стенке желудка распространялась в оральном направлении. По мере роста кардиальный рак прорастает в пищеводно-желудочный переход и врастает в стенку пищевода, поражая вначале брюшную его часть, а затем и наддиафрагмальную и, таким образом, становится кардиоэзофагальным раком [9]. Мы имели три подобных случая (Ю. Филиппов, 2011). В других случаях рак, первично развившийся в теле желудка или в антральной части, по мере распространения переходит на кардию (гастрокардиальный рак) и затем врастает в пищевод – гастроэзофагальный рак. В 2013 – 2014 гг. мы проводили лечение у двух пациентов (ж. – 69 лет и м. – 69 лет) с подобной формой рака. В течение 2-х лет в первом случае, и в течении полугодия, во втором случае, мы имеем надёжный результат лечения и общего состояния здоровья пациентов.

Наиболее часто рак желудка наблюдается в антральном отделе (60 –70%), реже на малой кривизне (10-15%), в кардиальном отделе (8-10%), на передней и задней стенке (2-5%), большой кривизне (1%), дне желудка (1%) [3].

По внешнему виду раки желудка могут быть полипозными (грибовидный) с выраженным эндогастральным ростом, размером от горошины до огромного узла (мы имели 6 таких наблюдений); с блюдцеобразным изъязвленным с четкими границами и валикообразно приподнятыми краями; язвенно-инфильтративным, симулирующим обычную хроническую язву; диффузным, сопровождающимся фиброзным утолщением стенки всего желудка или, преимущественно, пилорической части. Язвенно-инфильтративный и диффузный рак имеют наиболее злокачественное течение, чаще дают метастазы и менее благоприятны в прогностическом отношении [3].

Обращаем внимание на наши наблюдения (5 случаев): на блюдцеобразный изъязвленный рак

с четкими границами и валикообразно-приподнятыми краями (в одном наблюдении мы имели прободение опухоли в центральной её части). Рак желудка в данных случаях возник без предшествующего заболевания. Процесс возникновения и развития рака до 1 стадии длился до 10 лет (в 2 случаях - до 11 лет), а течение заболевания (без лечения) от 1 стадии заболевания до летального исхода зависит от митотической активности опухоли и продолжается в среднем 2-3 года.

Кроме того, нами отмечено, что ранняя диагностика, как правило, носила случайный характер. Для планомерного выявления заболевания обязательно проводится функциональное исследование органов и систем организма, особенно у тех лиц, которые выделены из всей популяции населения как группы высокого риска [7].

По микроскопической картине все формы рака желудка можно разделить на две основные группы: недифференцированные и дифференцированные. К недифференцированным относятся диффузные полиморфно-клеточные раки, не образующие определённых гистологических структур. Их разновидность – мелко- или крупноклеточный рак. Дифференцированные раки более разнообразны и включают следующие формы: железистый рак (аденокарцинома), солидный (альвеолярный) рак, фиброзный рак (скирр), смешанные и редкие формы [3, 9].

Исходя из эпителия слизистой оболочки, опухоль постепенно захватывает все слои желудка (раковые клетки могут распространяться также по лимфатическим сосудам).

Местное распространение раковой опухоли происходит по типу ползущей инфильтрации, главным образом в подслизистом слое. Особо важное значение имеет переход рака желудка на двенадцатиперстную кишку и пищевод [3, 9].

В редких случаях наблюдается плоскоклеточный рак, возникающий из эктопированного плоского эпителия пищевода. Макроскопически наиболее часто отмечается смешанная форма роста, реже – эндофитная, редко – экзофитная.

Опухоль редко ограничивается слизистым, подслизистым и мышечными слоями и при относительно небольших размерах прорастает в серозную оболочку, малый сальник и левую долю печени и, особенно часто, из внебрюшинной части врастает в ножки диафрагмы, тело поджелудочной железы и далее в брыжейку поперечной ободочной кишки [3, 9, 11].

Рак проксимальных отделов желудка достаточно быстро и часто метастазирует в па-

ракардиальные лимфатические узлы, а затем – в чревные, селезёночной артерии, печеночной артерии, ворот печени и парааортальные [3, 9]. Мы имели в 3-х наблюдениях метастазы парааортальные узлы. Имела место трудная картина диагностики, лечение заболевания, и только функциональная диагностика функции раковых точек позволила констатировать прогрессирование ракового процесса [7, 8].

При врастании в пищевод метастазирование происходит в параэзофагеальные лимфатические узлы, затем и лимфатические узлы средостения; отмечается высокий, вплоть до шейного отдела раковый лимфангоит в подслизистом слое пищевода [3, 9].

Гематогенные метастазы в печени наблюдаются довольно часто.

При прорастании серозной оболочки диссеминируют имплантационные метастазы по париетальной и висцеральной брюшине [3].

Классификация по системе TNM та же, что и для рака других отделов желудка, при этом врастание в пищевод не квалифицируется, как врастание в соседний орган [3, 9].

Клиника рака кардии и кардиоэзофагального рака специфична. Наиболее ранним симптомом является дисфагия.

Даже при относительно небольших размерах опухоли поражение кардиального жома и особенно пищевода вызывает нарушение нормального акта прохождения пищи. Дисфагия обычно бывает в начале транзиторной, проявляющейся периодически при спешной еде или при приеме особенно грубой пищи, а через 1-2 мес. становится постоянной, а затем и полной, при которой больные не в состоянии выпить даже незначительное количество воды [3, 9].

Мы наблюдали пациентку 30 лет с незначительной дисфагией, которая заметила во время еды, что кусочки яблока как будто за что-то цепляются. Примечательно, что отец пациентки и дед также имели распространенный рак желудка, от которого и умерли [8, 10]. Развитие дисфагии сопровождалось похудением только через 6 месяцев после первичного осмотра. Болевой синдром появляется достаточно рано при локализации опухоли в области задней стенки проксимальных отделов желудка.

При гастрокардиальном и гастроэзофагальном раке дисфагия обычно бывает самым поздним симптомом, так как поражению кардии и пищевода предшествует длительное распространение опухоли в «немых» зонах желудка – в области тела и дна.

При этом раннее проявление опухоли относятся к «синдрому малых признаков», которые, как правило, долго не вызывают у больных должного беспокойства. В итоге – поздняя обращаемость к врачу. Очень часто на момент постановки диагноза уже имеется тотальное поражение желудка с распространением на нижнюю часть пищевода и врастание в начальный отдел двенадцатиперстной кишки [3, 9]. Мы имели 12 таких наблюдений за период 2010-2013 гг.

Постановка диагноза обычно не представляет особых сложностей. Рентгенологическое исследование пищевода и желудка в сочетании с эзофагогастроскопией и патологическим исследованием биопсийного материала позволяет выявить рак и составить детальное представление о его характере и распространении [3, 9].

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости является важным дополнительным методом исследования, позволяющим установить наличие регионарных и отдаленных метастазов. В ряде случаев показательна также компьютерная томография, которая позволяет диагностировать распространение опухоли на соседние ткани и органы [9]. За прошедшие 2 года мы наблюдали у 5 пациентов распространение опухоли на печень, кости, толстую кишку, щитовидную железу, кожу.

Диагностические трудности иногда возникают при дифференцировании рака желудка с переходом на пищевод и рака нижней части пищевода, кардиоспазма, ахалазии кардии, язвы кардии, лимфомы желудка [3, 9]. Мы наблюдали тяжелую ахалазию пищевода у пациента 20 лет, требовавшую длительного бужирования. Лимфомы желудка имели место у 7 пациентов в течении 5 лет наблюдений (2005-2010 гг).

При значительном сужении нижней части пищевода опухолью нередко невозможно изучить состояние желудка ни эндоскопически, ни рентгенологически. Важно учитывать при этом результаты патогистологического исследования ткани, взятые из края опухоли [3, 9].

Ранний рак кардии, особенно эндофитную его форму, трудно отличить от кардиоспазмы или ахалазии кардии [3, 9]. В этом случае в наших 4 наблюдениях поставить правильный диагноз помогла диагностическая лапароскопия, еще и с учетом того, что у одного пациента 42 лет практически не было жалоб, указывающих на тотальное поражение участков желудочно-кишечного тракта и обсеменение брюшины.

Хронические язвы и рак можно разграничить только после патологического исследования биопсийного материала. Нами выявлена была

хроническая язва желудка диаметром 12 см у пациента 68 лет. Проведено консервативное лечение.

Нами изучена литература по вопросу лечения за прошедшие 70 лет. Единственно эффективный метод лечения – хирургический.

При кардиоэзофагеальном раке с целью антибластики показано включение в схему лечения предоперационного облучения. Лучевую терапию проводят методикой дистанционного облучения по интенсивно-концентрационной методике до COD 25-30 гр. Операцию выполняют через 24-48 час. после окончания радиотерапии [9].

Оперативные вмешательства при раке кардии, кардиоэзофагеальном, гастрокардиальном и гастроэзофагеальном раке необходимо выполнять только из торакоабдоминального доступа. Этот доступ обеспечивает соблюдение всех принципов онкологического радикализма и создает технические условия для резекции опухоли в пределах здоровых тканей (в первую очередь, пересечение пищевода практически на любом уровне) [9].

В настоящее время мы проводим лечение пациенту 70 лет, продолжительность операции – 12,5 часов. На отдельном этапе операции пришлось прибегнуть к «кускованию» опухоли. Родственники больного оповещены о раннем неблагоприятном исходе. Нами начата комплексная противоопухолевая терапия: темодал (ТЕМОДАЛ – 5 мг) в течении 8 недель (электронные копии препарата; сахарная крупка по 1 шт. 3 р/день); стеллария (по 10 капель 3 р/день); кониум Д-6 (по 10 капель 3 р/день); черничная паста по 1 столовой ложке 3 р/день со стаканом кефира или сливового сока; цитофил-4 и цитофил-13 по 10 капель 3 р/день 3 месяца; специальная противораковая диета [4, 6, 8]. При указанной терапии самочувствие больного вполне удовлетворительное, водит автомобиль, показатели крови клинические, биохимические без отклонений после сложной операции, каковой является при кардиоэзофагеальном раке проксимальная резекция желудка и нижней части пищевода. Уровень пересечения пищевода 5 см от верхнего края опухоли, уровень пересечения желудка 7 см от нижнего её края (эндофитный рост опухоли). В подобных случаях и при применении криохирургического метода (6-8 воздействий во время операции при T -190°C) пятилетняя выживаемость превышает 45%. Наблюдения продолжаются [2, 5, 11].

В неоперабельных случаях выполняются паллиативные и симптоматические операции,

направленные на устранение голодания больного (обходные пищеводно-желудочные и пищеводно-кишечные анастомозы, гастро-еюностомия). В этих случаях надежная активная жизнь до 3,5 лет обеспечивается при расширении цитостатической терапии до 6 месяцев в год [7, 8].

Таким образом, методика комбинированного лечения рака желудка с переходом на пищевод с применением лучевой терапии и природной химиотерапии позволяет достоверно снизить выра-

женность клинических проявлений опухолевого заболевания и улучшить отдаленные результаты лечения [7]. Проведение пред- и послеоперационной растительной цитостатической терапии и криохирургических воздействий во время оперативного лечения у пациентов с распространенностью опухолевого процесса позволяет статистически достоверно улучшить 3-х и 5-летнюю выживаемость.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными заболеваниями и смертность от них населения стран СНГ в 1995 г./Е. М. Аксель, В.В. Двойрин, Н.Н. Трапезников. – М., 1996. – 286.
2. Власенко Д.Л. Оптимизация лечения местнораспространенного рака дистального отдела желудка путем применения предоперационной лучевой терапии / Д.Л. Власенко // Науч.-практ. журнал Донецкого обл. противоопухолевого центра. – 2009. – № 3-4. – С. 254-259.
3. Рак желудка / Г.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко // Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. – Санкт-Петербург, 1997 – С. 396-402.
4. Лекарственные растения в онкологии / В.Ф. Корсун, К.А. Трескунов, Е.В. Корсун, А. Мицко-нас // Руководство по клинической фитотерапии. – М., 2007 – С. 303-310.
5. Основы криохірургії / Г.В. Бондар, Н.Н. Корпан, Ю.А. Филиппов [та ін.]. – К.: 2005. – С. 130-161.
6. Растительные ресурсы СССР. – Л.: Наука, 1990 - Т.5 – С. 17-19.

7. Филиппов Ю.А. Информационные методы в диагностике и терапии при раке желудка / Ю.А. Филиппов // Сб. науч. работ. «Информационные системы и процессы». – М.: Изд-во МИНЦ «Нобелистика», 2011 – С. 67-73.
8. Филиппов Ю.А. Информационно-энергетическая технология диагностики заболеваний в неотложной гастроэнтерологии / Ю.А. Филиппов // Неотложная гастроэнтерология: руководство для врачей. – Днепропетровск, 2004 - С. 299-338.
9. Шалимов С.А. Справочник по онкологии / С.А. Шалимов. – К.: Здоров'я, 2008 – С. 420-425.
10. Filippov Yu.A. Gastric cancer disease. New diagnosis and treatment options / Yu.A. Filippov, N.N. Korpan // Gastric cancer in the world 2003: proceeding of Intern. Gastric Cancer Congr. – 2003 – P. 150.
11. Korpan N.N. Development and place of minimal invasive cryosurgery in the treatment of gastric cancer / N.N. Korpan // Gastric cancer in the world: proceedings of Intern. Gastric Cancer Congr. – 2003. – P. 73.

### REFERENCES

1. Aksel' EM, Dvoyrin VV, Trapeznikov NN. [The incidence of malignant diseases and mortality from them in CIS countries in 1995] M., 1996:286. Russian.
2. Vlasenko DL. [Optimization of treatment of locally advanced cancer of the distal stomach by application of preoperative radiotherapy]. Scientific journal of the Donetsk regional center antitumor. 2009;3-4:254-9. Russian.
3. Grigor'ev GYa, Yakovenko EP. [Stomach cancer]. Diagnosis and treatment of diseases of the digestive. Sankt-Peterburg. 1997:396-402. Russian.
4. Korsun VF, Treskunov KA, Korsun EV, Mitskonas A. [Medicinal plants in Oncology]. Manual of Clinical Phytotherapy. M. 2007:303-10. Russian.
5. Bondar GV, Korpan NN, Filippov YuA. [Bases of cryosurgery]. Kiiiv. 2005:130-61. Russian.
6. Plant Resources of the USSR. Nauka. 1990;5:17-19. Russian.

7. Filippov YuA. [Information methods in diagnosis and therapy of gastric cancer]. Sat. scientific. work. «Information systems and processes». Izdotel'stvo MINTS «Nobelistika». 2011:67-73. Russian.
8. Filippov YuA. [Information-energy technology in the diagnosis of diseases in emergency gastroenterology]. Emergency gastroenterology: a guide for physicians. Dnepropetrovsk. 2004:299-338. Russian.
9. Shalimov SA. [Handbook of Oncology]. Kiev. «Zdorov'ja». 2008:420-5. Russian.
10. Filippov YuA, Korpan NN. Gastric cancer disease. New diagnosis and treatment options. Gastric cancer in the world 2003: proceeding of Intern. Gastric Cancer Congr. 2003:150.
11. Korpan NN. Development and place of minimal invasive cryosurgery in the treatment of gastric cancer. Gastric cancer in the world: proceedings of Intern. Gastric Cancer Congr. 2003:73.

Стаття надійшла до редакції  
03.02.2014