



Б. С. Полинкевич,
Л. С. Белянский,
А. А. Пустовит,
А. А. Калашников

*Национальный институт
хирургии и трансплантологии
имени А.А. Шалимова
НАМН Украины, г. Киев*

© Коллектив авторов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Резюме. Обобщен опыт и определены возможности лечения больных раком верхних отделов пищевода с поражением гортано-глотки. Больные с местнораспространенным раком верхней трети пищевода требуют индивидуального подхода в определении тактики лечения и могут быть радикально оперированы.

Ключевые слова: шейный отдел пищевода, гортаноглотка, экстирпация пищевода.

Введение

Рак шейного отдела и посткрикоидальные опухоли пищевода составляют около 15% всех случаев опухолей пищевода [1, 2]. Такие опухоли представляют наибольшие трудности для хирургического лечения. Это обусловлено анатомическими особенностями строения (близость гортани, трахеи, глотки, крупных сосудов, глубина залегания), характером роста опухоли (распространение по длине пищевода, прорастание соседних органов). Адекватная резекция рака шейного отдела пищевода и нижней части глотки часто требует удаления гортани и части глотки. Большие сложности возникают при восстановлении пассажа в связи с отдаленностью органов, необходимых для формирования трансплантата.

Операции по поводу рака глотки и шейного отдела пищевода должны отвечать следующим требованиям: 1) удалению опухоли с соблюдением онкологических принципов; 2) обеспечению регулярного питания больного после операции, что лучше всего достигается с помощью одномоментной пластики. Рак шейного отдела пищевода и нижней части глотки представляет наибольшие трудности для хирургического лечения [1].

Все большее распространение в последние годы получила свободная пластика верхнего (чаще шейного) отдела пищевода свободным фрагментом тонкой кишки или большой кривизны желудка с использованием трансплантационных технологий. Хорошие результаты таких операций и значительный опыт, накопленный в европейских клиниках, позволяет рекомендовать их в случаях сегментарной пластики шейного или верхнего грудного отдела пищевода [2, 3, 4, 5].

При распространенных раковых поражениях пищевода и необходимости его тотальной экстирпации наиболее приемлемыми вариантами оперативных вмешательств признано использование желудочного или толстокишечного трансплантата на сосудистой ножке. Сложность реконструкции верхнего грудного отдела пищевода с помощью желудка сопряжена с необходимостью массивной диссекции органов брюшной полости, не исключает выраженное натяжение тканей и, как правило, требует разделения вмешательства

на последовательные, весьма трудоемкие этапы. В то же время она лишает больного резервуарной функции желудка. Немаловажным оказывается и тот факт, что кишка, подверженная интерпозиции, может оказаться короткой и является источником необычной для этой зоны пищеварительного канала кишечной флоры, находящейся вблизи средостения. Все же при необходимости тотальной экстирпации пищевода эти варианты его замещения оказываются необходимыми.

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения двух больных раковым поражением верхней трети пищевода с распространением на гортань, щитовидную железу, метастазами в лимфоузлы шеи, которые находились на стационарном лечении в отделе хирургии пищеварительного канала и трансплантации кишечника Национального института хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова в период с 2008 по 2010 год. Оба больных мужского пола в возрасте 47 лет и 64 года соответственно.

Жалобы, анамнез, клиническая картина и результаты инструментальных исследований в обоих случаях были схожи: боль в области горла, затрудненное дыхание, осиплость голоса и невозможность приема пищи. Ранее были установлены назогастральные зонды для энтерального питания.

По данным ультразвукового исследования шеи к нижнему полюсу левой щитовидной железы прилежало образование с неровными краями. Слева, медиально, определялась общая сонная артерия. Сонные артерии и яремные вены в патологический процесс не были вовлечены. При доплерографии сосудов шеи брахиоцефальные артерии, внутренняя яремная вена проходимы с обеих сторон. Слева из-за грудины в направлении щитовидной железы в обоих случаях распространялось опухолевидное образование, инфильтрировавшее стенки общей сонной артерии в проксимальном отделе.

При бронхоскопии установлено сужение трахеи на 2/3 за счет инфильтрации опухолью мембранозной стенки трахеи протяженностью на 4—5

колець (от 1 до 5). Биопсия — плоскоклеточный рак.

По данным фиброэзофагогастро-дуоденоскопии у первого больного на уровне 19 см от резцов по передней стенке пищевода определялось опухолевидное образование до 2,0 см в диаметре, протяженностью до 4 см, а у второго — на расстоянии 18 см, протяженностью 4 см. Другие отделы желудка и ДПК — без патологии. Заключение: рак верхней трети пищевода.

При рентгенографии органов грудной клетки и исследования пассажа по желудочно-кишечному тракту установлено, что легкие с явлениями пневмосклероза в прикорневых отделах, сердце обычных размеров, плевральные полости свободны. Глотка свободно проходима, акт глотания не нарушен. Передний контур пищевода у одного больного на уровне С6—Th1, а у второго С5—Th2 — деформирован, пищевод свободно проходим, затеков контраста не определяется. Передневерхние отделы средостения в обоих случаях затемнены.

По лабораторным показателям больные были компенсированы, оба находились на зондовом энтеральном питании.

По данным спирометрии у обоих больных были верифицированы признаки дыхательной недостаточности 1 степени.

Обоих больных консультировали онкологи, им рекомендована симптоматическая терапия.

В связи с прорастанием рака пищевода в гортаноглотку было принято решение выполнить экстирпацию пищевода с гортаноглоткой и одномоментной пластикой кишечной трубкой.

Операции выполнялись двумя бригадами (хирургов и отолярингологов). После языковидного разреза кожи от больших рожек подъязыковой кости до второго полукольца трахеи была удалена подъязычная кость. Гортань с глоткой отделены от позвоночника. Выделены, перевязаны и пересечены сосудисто-нервные пучки гортани. Отделена левая доля щитовидной железы, резе-

цирована, в связи с инвазией опухолью. Вскрыта трахея, больной переинтубирован, гортань отсечена от ротоглотки вместе гортаноглоткой, левой долей щитовидной железы. Конгломерат гортани, глотки, пищевода вытянут вверх, перевязаны и пересечены артерии пищевода.

После лапаротомии, диафрагмотомии по Савинных выполнена мобилизация пищевода до дуги аорты, мобилизация желудка по большой кривизне, перевязка и пересечение *a. et v.gastrica sinistra*, и *a. et v.gastroepiploica sinistra*. Выполнена стволовая ваготомия, внеслизистая гемипилорэктомия по Диверу—Бардену. Сформирована «желудочная трубка» из большой кривизны желудка. После отсечения от пищевода трансплантат проведен в заднем средостении на шею. Сформирован фарингогастроанастомоз. Проведены зонды для декомпрессии в желудочный трансплантат и для питания в тонкую кишку за связку Трейца. Восстановлена целостность париетальной плевры заднего средостения. Грудная полость справа дренирована по Бюллау, а заднее средостение дренировано на шею. Сформирована трахеостома.

Послоперационный период протекал гладко, один пациент выписан на 14-е, второй — на 22-е сутки после операции. При контрольном осмотре через 3 месяца, по данным рентгенографии, у обоих больных акт глотания не нарушен, задержки или выхода за пределы кишечной трубки контрастного вещества не выявлено.

Выводы

Больные с местнораспространенным раком верхней трети пищевода, несмотря на сложность патологии и значительный объем оперативного вмешательства, требуют индивидуального подхода в определении тактики лечения и могут быть радикально оперированы. Паллиативные вмешательства в виде трахео- и гастростомы снижают продолжительность и качество жизни этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шалимов А. А. Хирургия пищевода / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, С. А. Шалимов. — М.: Медицина, 1975. — 367 с.
2. Hiebert C. A. Successful replacement of cervical esophagus by transplantation and revascularization of free graft of gastric antrum / C. A. Hiebert, G. O. Jr. Cummings // Ann. Surg. — 1961. — Vol. 154. — P. 103—112.
3. Monitoring flap for buried free tissue transfer: its importance and reliability/ B. C. Cho, D. P. Shin, J. S. Byun [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. — 2002. — Vol. 110. — P. 1249—1258.
4. Use of gastrointestinal free flaps in major neck defects / C. E. Guedon, J. P. Marmuse, P. Gehanno [et al.] // Am. J. Surg. — 1994. — Vol. 168. — P. 491—493.
5. Use of tubed gastro-omental free flap for hypopharynx and cervical esophagus reconstruction after total laryngo-pharyngectomy / C. A. Righini, G. Bettega, T. Lequeux [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. — 2005. — Vol. 262. — P. 362—367.



ДОСВІД ЛІКУВАННЯ
РАКУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ
СТРАХОВОДУ

*Б. С. Полінкевич,
Л. С. Белянський,
А. А. Пустовіт,
А. А. Калашніков*

Резюме. Узагальнено досвід та визначені можливості лікування хворих на рак верхніх відділів стравоходу з ураженням гортано-глотки. Хворі на місцевопоширений рак верхньої третини стравоходу потребують індивідуального підходу щодо тактики лікування та можуть бути оперовані радикально.

Ключові слова: *шийний відділ стравоходу, гортаноглотка, екстирпація стравоходу.*

EXPERIENCE IN CERVICAL
ESOPHAGUS CANCER
TREATMENT

*B. S. Polinkevich,
L. S. Belyanskyi, A. A. Pustovit,
A. A. Kalashnikov*

Summary. The experience of surgical treatment of patients with upper part esophageal and laryngopharygeal cancer was summarized. The patients with suffering locally widespread upper esophageal cancer needed to define of individual tactic of radical surgical treatment.

Key words: *cervical part of esophagus, laryngopharygs, extirpation of esophagus.*