

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

В. И. Стариков¹, А. С. Ходак¹, В. В. Макаров¹, Ю. В. Иванова², А. Ю. Бодрова¹

¹Харьковский национальный медицинский университет,

²Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков

MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING ESOPHAGEAL AND GASTRIC CARDIA CANCER

V. I. Starikov¹, A. S. Khodak¹, V. V. Makarov¹, Yu. V. Ivanova², A. Yu. Bodrova¹

¹Kharkov National Medical University,

²Zaytsev Institute of General and Urgent Surgery, Kharkov

Реферат

Приведены результаты хирургического лечения 218 больных по поводу рака пищевода (РП) и кардиального отдела желудка (РКОЖ). Рассмотрены вопросы лимфодиссекции D2 без спленэктомии. Предложен новый вариант наложения пищеводно-желудочного анастомоза. Проанализированы послеоперационные осложнения, частота которых составила 34,9%, преимущественно с поражением сердечно-сосудистой системы (15,1%). После операции умерли 4 (1,8%) больных.

Ключевые слова: рак пищевода; рак кардиального отдела желудка; лимфодиссекция; анастомоз; осложнения.

Abstract

Results of surgical treatment of 218 patients for esophageal and gastric cardia cancers are adduced. The issues of lymphodissection D2 without splenectomy were discussed. New variant of the esophago-gastric anastomosis formation was proposed. Postoperative morbidity was analyzed, its rate have constituted 34.9%, predominantly with cardio-vascular system affection (15.1%). After the operation 4 (1.8%) patients died.

Keywords: esophageal cancer; gastric cardia cancer; lymphodissection; anastomosis; complications.

Лечение РП и РКОЖ представля-ет наиболее сложную проблему клинической онкологии. Основным методом, позволяющим достичь полного излечения больных, является хирургический. При этом показатели пятилетней выживаемости больных составляют 25 – 35%, послеоперационная летальность при РП и РКОЖ – 10 – 12%, частота послеоперационных осложнений – от 25 до 60% в различных клиниках [1, 2]. Большинство (50 – 60%) оперированных больных умирают в сроки до 2 лет после операции от местного рецидива заболевания.

Сложность проблемы определяет анатомическое положение пищевода, его расположение рядом с сердцем, аортой, трахеей, бронхами, блуждающим нервом. Кроме того, расположение в трех анатомических зонах определяет особенности лимфогенного метастазирования опухолей пищевода.

Хирургия РП и РКОЖ – один из наиболее сложных и сравнительно молодых разделов онкологии. Поэ-

тому существуют многочисленные вопросы, на решение которых имеются различные, иногда противоположные взгляды.

К таким вопросам относятся: выбор оптимального хирургического доступа по поводу рака различных частей пищевода и РКОЖ, объем лимфодиссекции, реконструктивный этап операции, отношение к спленэктомии, целесообразность проведения адьювантной лучевой терапии и химиотерапии.

Предметом дискуссии среди хирургов является целесообразность применения косо-торакоабдоминального доступа с пересечением реберной дуги и рассечением диафрагмы при РКОЖ. Онкохирурги полагают, что только такой доступ обеспечивает выполнение радикального вмешательства с адекватной лимфодиссекцией и оптимальные условия для формирования пищеводно-желудочного анастомоза, а возможность осложнений, связанных с травматичностью доступа, преувеличена.

По данным патологоанатомического исследования умерших после резекции пищевода или проксимальной резекции желудка по поводу рака, неудаленные метастазы в лимфатических узлах средостения обнаружены у 25%. В связи с этим необходима стандартизация методики выполнения профилактической лимфодиссекции зон регионарного метастазирования, которая является как лечебной, так и диагностической. В настоящее время хирургическое вмешательство у больных по поводу рака грудной части пищевода без выполнения лимфодиссекции не рассматривают в принципе как допустимый вариант лечения.

Ключевым этапом операции по поводу РП и РКОЖ является формирование пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. Оно сопровождается высокой (6–15%) частотой несостоятельности швов анастомоза нередко с фатальным исходом.

Поскольку рак пищевода и желудка крайне редко метастазиру-

ет в пульпу селезенки, возникает вопрос, целесообразно ли выполненные спленэктомии при технической возможности лимфодиссекции ворот селезенки. В настоящее время существует неоднозначное отношение к спленэктомии при РП и РКОЖ. Лимфодиссекция D2 предусматривает удаление парагастральных лимфатических узлов и узлов, расположенных вдоль чревного ствола (1–12 группы лимфатических узлов по классификации JGCA). Спленэктомия в такой ситуации признана обязательным этапом операции, ее выполняют именно в целях удаления лимфатических узлов ворот селезенки (10 группа по JGCA) [3]. В то же время, селезенка является частью ретикулоэндотелиальной системы, основным источником циркулирующих лимфоцитов, в ней разрушаются старые эритроциты и тромбоциты, она действует как фильтр для микроорганизмов и простейших, продуцирует антитела. После спленэктомии частота послеоперационных гнойно-септических осложнений, в частности, поддиафрагмального абсцесса, панкреатического свища, пневмонии может увеличиваться на 20%.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 218 больных, у которых по поводу РП и РКОЖ выполнены резекция пищевода (операция Льюиса – у 87), проксимального отдела желудка с нижнегрудной частью пищевода (операция Осава – Гарлока – у 109), гастрэктомия с применением торакоабдоминального доступа (у 22).

Мужчин было 180 (83%), женщин – 38 (17%). Заболевание в стадии T1–2N0M0 диагностировано у 50 (23%) пациентов, T1–3N1–2M0 – у 168 (77%). У большинства больных отмечено поражение регионарных лимфатических узлов. По данным гистологического исследования, у 30 (65,4%) больных диагностирован железистый рак, у 188 (34,6%) – плоскоклеточный. Возраст пациентов в среднем 63,7 года. У всех больных диагноз рака верифицирован морфологически до операции. У 39 (17,9%) больных операции были комбинированные, сопровождались резекцией перикарда, легкого, левой доли печени, удалением селезенки, хвоста поджелудочной железы.

Операцию Льюиса начинали с правосторонней торакотомии и мобилизации грудной части пищевода с опухолью, затем выполняли лапаротомию, мобилизовали желудок с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии. После формирования внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза и дренирования обе полости (грудную и брюшную) зашивали. Такая последовательность операции позволяла контролировать состояние трансплантата желудка при его перемещении в плевральную полость, что предотвращало его ротацию.

При операции Осава-Гарлока вначале вскрывали брюшную полость косым разрезом от пупка до хряща реберной дуги на уровне шестого межреберья слева. При установлении операбельности разрез продолжали, вскрывали грудную полость по шестому межреберью слева с пересечением реберной дуги и рассечением диафрагмы.

Этот доступ значительно расширяет зону действий хирурга, поэтому существенно облегчает мобилизацию не только желудка, но и пищевода. Специалисты считают, что левосторонняя торакотомия в сочетании с диагональной (косой) лапаротомией и полной диафрагмотомией (вплоть до пищеводного отверстия диафрагмы) обеспечивает идеальные условия для мобилизации нижних отделов пищевода и формирования анастомоза [4].

При раке пищевода выполняли двухзональную моноблочную лимфодиссекцию в соответствии с классификацией, утвержденной на согласительной конференции Международной ассоциации заболеваний пищевода (JGCA) [5].

Пищеводно-желудочный анастомоз формировали вручную, без использования сшивающих аппаратов. Отдаем предпочтение пластическому погружному пищеводно-желудочному анастомозу, который обладает высокой надежностью и хорошими функциональными свойствами.

Анастомоз формировали между пищеводом и дном желудка. Наложение анастомоза в области дна желудка позволяет осуществить пластический прием, в результате которого формируются эластичная манжета вокруг желудка и новый газовый пузырь. Нами предложена модификация анастомоза (пат. Украины 51782, 2010), которая предусматривает наложение одного ряда швов на переднюю стенку желудка. Это делает более подвижным «вновь сформированное дно» желудка [6].

Спленэктомию выполняли только при непосредственной инвазии опухолью желудка селезенки у 11 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При операциях Льюиса и Осава-Гарлока основной этап (выделение пищевода и наложение анастомоза) выполняют в грудной полости. Это обуславливает механическое травмирование легкого, сердца и диафрагмы, создает предпосылки для возникновения легочных, сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений. Структура после-

Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Число больных	
	абс.	%
Нарушение ритма сердца	29	13,3
Пневмония на стороне торакотомии	26	11,9
Несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза	5	2,3
Сердечная недостаточность	4	1,8
Внутриплевральное кровотечение	3	1,4
Кровотечение из культи желудка	2	0,9
Ротация культи желудка	1	0,5
Тромбоэмболия легочной артерии	1	0,5
Прочие	5	2,3
Всего ...	76	34,9

операционных осложнений приведена в *таблице*.

Наиболее частыми были осложнения с поражением сердечно-сосудистой системы (15,1%). Нарушения ритма сердца наиболее часто возникало на 2–3–и сутки после операции, как правило, его устраняли консервативными средствами. Высокую частоту аритмий мы объясняем расширением показаний к выполнению операции у больных пожилого возраста.

Пневмония при операции Льюиса возникала справа, при операции Осава–Гарлока – слева. Это свидетельствовало о необходимости раздельной интубации бронхов и выключения легкого на стороне операции в целях его минимальной механической травматизации.

У одного больного после операции Льюиса отмечена ротация желудочного интерпоната. Осложнение диагностировано на 7–е сутки при контрольном рентгенологическом исследовании. У пациента обнаружено отсутствие эвакуации водорастворимого контрастного вещества из культи желудка в кишечник. Произведена релапаротомия,

разрушены сращения в области диафрагмального отверстия. Желудок атоничен, значительно увеличен, в нем содержалось большое количество жидкости. Установлена ротация интерпоната в пилородуоденальной зоне. Сформирован гастроэнтероанастомоз. Через 8 сут после второй операции пациент выписан по выздоровлению.

У 2 (0,9%) больных кровотечение из острых эрозий культи желудка в зоне анастомоза диагностировано по данным эндоскопии. После консервативного лечения кровотечение остановлено.

После операции умерли 4 больных (летальность 1,8%) от острой сердечной недостаточности.

Частота послеоперационных осложнений при РП и РКОЖ достаточно высока – 34,9%. Особенностью современного периода является изменение спектра послеоперационных осложнений. Если раньше основным фатальным осложнением была несостоятельность швов анастомоза, сегодня это осложнение занимает одно из последних ранговых мест. В связи с расширением показаний к выполнению операции у па-

циентов пожилого возраста при РП и РКОЖ выявляют сопутствующие заболевания на фоне отягощенного анамнеза и вредных привычек, алиментарное истощение, паранеопластические синдромы. Эти факторы определяют структуру осложнений и летальности. Ведущее место в структуре послеоперационных осложнений занимают терапевтические: сердечно-сосудистые и легочные, они составляют более 80% всех осложнений. Наиболее частым сердечно-сосудистым осложнением является нарушение ритма сердца.

Способ формирования пищевого анастомоза – это самостоятельная сторона проблемы. Поиски оптимального способа продолжаются. Однако, на наш взгляд, исход зависит не столько от использованного способа, сколько от его соответствия принципам правильности его технического выполнения и оптимального заживления анастомоза.

Несмотря на сложность оперативных вмешательств и высокую частоту осложнений, хирургический метод остается ведущим в лечении РП и РКОЖ.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Afanasev SG, Avgustinovich AV, Tuzikov SA. Rezultaty rasshirenykh i kombinirovannykh operatsiy po povodu raka zheludka i kardioezofagealnogo perekhoda. Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal. 2011;(6):36–41. [In Russian].
2. Ganul VL, Kirkilevskiy SI, Kondratskiy YUN. Kombinirovanny torako-abdominalnyy dostup – metod vybora pri operatsiyakh po povodu raka zheludka s rasprostraneniem na pishchevod. Klinicheskaya onkologiya. 2013;(1):6–9. [In Russian].
3. Bumm R, Wong J. More or less surgery for esophageal cancer: extent of lymphadenectomy in esophagectomy for squamous cells esophageal carcinoma: How much is necessary. Diseases of the Esophagus. 1994;(7):151–5.
4. D'journo XB, Thomas PA. Current management of esophageal cancer. J Thorac Dis. 2014;(6):253–64.
5. Metzger R, Schütze F, Monig S. Evidence-based operative details in esophageal cancer treatment: Surgical approach, lymphadenectomy, anastomosis. Viszeralmedizin. 2015; 337–40.
6. Rizk NH, Ishwaran H, Rice TW. Optimum lymphadenectomy for esophageal cancer. Annals Surgery. 2010;(251):46–50.