

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСТПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Ф.Г. НАЗЫРОВ, З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ, О.М. ГУЛАМОВ

ГУ «Республиканский специализированный научный практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»

ҚИЗИЛҰНГАЧ КҰКРАК ҚИСМИ САРАТОНИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Ф.Г. НАЗЫРОВ, З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ, О.М. ГУЛАМОВ

«Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослашган хирургия илмий амалий тиббиёт маркази»

THE MODERN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT ESOPHAGEAL CANCER

F.G. NAZIROV, Z.M. NIZAMHODJAEV, O.M. GULAMOV

«Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Surgery named after academician V.Vakhidov»

Мазкур мақолада қизилўнғач кўкрак қисми саратонида хирургик даволаш, касалликнинг даволашдаги замонавий ёндашиш каби долзарб муаммолар ёритилган. Қизилўнғач кўкрак қисми саратонида хирургик амалиётнинг ўрни, жараённинг тарқалиш даражасига кўра амалиётнинг хажми баҳоланади. Қизилўнғач анастомозининг янги усули тавсия этилиб, амалиётдан сўнгги специфик асоратларнинг камайиши кўрсатиб ўтилди.

Калим сўзлар: қизилўнғач саратони, қизилўнғач анастомозлари, лимфадиссекция, эзофагопластика, гастропластика.

The presented article is devoted to the actual problem, that is surgical treatment of esophageal cancer as well as discussion of the modern classification of this pathology, the evaluation of role and perspectives of the newest technologies in esophageal cancer treatment. The analysis of indications, volume of surgical procedures and minimally invasive manipulations according to the location and extent of the process in the treatment of esophageal cancer were conducted.

Keywords: esophageal cancer, esophageal anastomosis, lymphodissection, esophagoplastic, gastroplastic.

Актуальность: Хирургическое лечение злокачественных заболеваний пищевода относится к категории сложных реконструктивно-восстановительных операций. В последние десятилетия в значительно большем количестве выполняются операции на пищеводе с удовлетворительными результатами. Это связано в основном с достаточной обеспеченностью анестезиологической и реанимационной службы, а так же главное с накоплением большого практического опыта в данной области у оперирующих хирургов [1,2,4,5]. В настоящее время эзофагопластика выполняется одномоментно, т.е. формирование трансплантата завершается наложением шейного или внутриплеврального пищевода анастомоза [5,9,10]. Некоторые вопросы относительно показаний к выполнению операций на пищеводе при раке пищевода носят дискуссионный характер. Так, до сих пор остаются открытыми вопросы касающихся хирургических доступов, расположения соустьев (внутриплевральные, шейные), а так же варианты формирования соустьев [8,10]. В основном сторонники операций типа Льюис или Гарлока используют данные виды операции у больных раком грудного отдела пищевода, что считается оправданным имея в виду радикальность. В то – же время, несостоятельность при внутриплевральном расположении пищевода анастомоза более опаснее для жизни больного. В

плане несостоятельности многие хирурги сдержанно относятся к этим методам операции [1,2]. Внеплевральные анастомозы, являются более безопасными и даже при их несостоятельности в меньшей степени приводят к фатальным осложнениям [1,4,5,6,7,9]. Возникшие осложнения легко устранимы консервативными мероприятиями [2,5]. Относительно доступов имеются разногласия между хирургами и онкологами. Хирурги отдают предпочтения менее травматичным видам, к ним относится абдомино-цервикальный доступ. Онкологи же часто используют торако-абдоминальный доступ, что является с точки зрения радикальности оправданным [8, 11, 12]. В связи с вышеуказанными обстоятельствами, разработка оптимальных вариантов операции при раке грудного отдела пищевода, остается актуальной проблемой хирургии пищевода в настоящее время.

Материалы и методы: В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ имени академика В.Вахидова за период с 1991 по 2015 гг у 214 больных выполнены различные виды резекции пищевода, с формированиями пищеводных анастомозов. Все операции, несмотря на технические сложности при выполнении реконструктивных операций на пищеводе, проводились одномоментно. Соблюдались все принципы радикальности. По возможности выбирались менее травматичные доступы. Распределение больных по полу и

возрасту представлено в таблице 1. из которой следует, что подавляющее большинство – 137 (54,67%) составили пациенты наиболее трудоспособного и зрелого 75 (35,0%) возраста. Как видно большое число пациентов поступали в сроки до 3 месяцев, что составило 53,74% и является прогностический благоприятным фактором.

Алиментарное истощение пациентов, что связано с дисфагией больше наблюдался в первом полугодии от начала заболевания. Основным клиническим проявлением, причиной обращения больных в стационар, является дисфагия. По степени дисфагии по Чернявскому А.А. (1991), больные были распределены следующим образом: I степень (дисфагия только на твердую пищу) - 50(23,3%), II степень (дисфагия на твердую и густую пищу) – 133(62,1%), III степень (дисфагия на твердую, густую и жидкую пищу) – 21(9,8%) и IV степень дисфагии (полная непроходимость пищевода) у 5(2,3%) больных.

Диагноз был установлен по месту у 104 (48,6%) больных, у 37 (17,3%) в других медицинских учреждениях и у 73 (34,1%) в АО «РСЦХ им. акад. В.Вахидова».

В зависимости от методов предоперационной подготовки, послеоперационного ведения, по методу проведения лимфадиссекции а также способов формирования пищеводных анастомозов 214 больных были распределены на 2 группы.

Контрольную группу составили 74 пациентов, находившихся на лечении в период с 1991 по 2000 гг включительно. В данной группе использованы традиционные методы предоперационной подготовки, проведенная лимфадиссекция являлась однозональной (абдоминальная) и в пределах D I, а также производились традиционные способы формирования пищеводных анастомозов, стандартные методы послеоперационного ведения больных.

Основную группу составили 140 больных, находившихся в период с 2001 по октябрь 2015 года включительно. У данной группы больных использованы усовершенствованные методы формирования пищеводных анастомозов, проводилась двухзональная лимфадиссекция в объеме D-2, D-3, учитывались все принципы радикальности и абластики. Кроме того, внедрена специальная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных, направленные на снижение частоты сердечно-сосудистых и бронхо-легочных осложнений.

На основании комплексного обследования больных выявлена следующая локализация и стадия опухолей пищевода представленная в таблице 3.

На основании гистологического исследования были выявлены следующие виды опухолей пищевода, что представлено в таблице 4.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту

Пол \ Возраст	19-44 лет		45-59 лет		60-75 лет		75 лет <		Всего	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Мужчины	9		60		44		2		115	53,74%
Женщины	16		52		31		0		99	46,26%
Всего	25		112		75		2		214	100%

Таблица 2.

Распределение больных по анамнезу и похуданию

Анамнез \ Похудания	до 3 месяцев	3-6 месяцев	6 месяцев - 1 год	более 1 года	Всего
нет	35	7	2	-	44 (20,56)
до 5 кг	45	35	5	1	86 (40,2%)
5-10 кг	24	24	11	1	60 (28,0%)
10-15 кг	9	2	4	2	17 (7,9%)
более 15 кг	2	5	-	-	7 (3,2%)
Всего	115 (53,74%)	73 (34,1%)	22 (10,2%)	4 (1,9%)	214

Таблица 3.

Распределение больных в зависимости от локализации

Локализация опухоли пищевода	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Шейный отдел пищевода	-	-	0
Верхняя треть грудного отдела	1	2	3(1,4%)
Верхняя и средняя треть грудного отдела	4	6	10(4,67%)
Средняя треть грудного отдела	23	39	62(28,97%)
Средняя и нижняя треть грудного отдела	27	37	64(29,9%)
Нижняя треть грудного отдела	16	53	69(32,24%)
Нижняя треть грудного отдела + КЭП	3	3	6(2,8%)
Всего	74	140	214

Таблица 4.

Виды опухолей пищевода			
Гистологическая форма опухоли пищевода		Количество	%
Эпидермоидный рак	Высокодифференцированный	35	16,3
	Умеренно дифференцированный	111	51,9
	Низкодифференцированный	45	21,0
Аденокарцинома		14	6,5
Биморфный (эпидермоидный+аденокарцинома)		6	2,8
Лимфосаркома		3	1,40
Всего		214	100%

Таблица 5.

Распределение больных раком пищевода по системе TNM

Стадия		TNM	Количество больных		
			Контрольная группа	Основная группа	Всего
II	A	T2N0M0	-	-	-
		T3N0M0	2 (2,56%)	-	2(1,1%)
	B	T2N1M0	-	1 (0,99%)	1(0,55%)
		T3N1M0	2 (2,56%)	13 (12,8%)	15(8,4%)
III		T2N2M0	-	-	-
		T3N2M0	3 (3,8%)	10 (9,9%)	13(7,3%)
		T4N0M0	1 (1,28%)	-	1(0,55%)
		T4N1M0	5 (6,4%)	25 (17,8%)	21(11,7%)
		T4N2M0	43 (58,1%)	76 (54,3%)	93(52%)
IV		T3N0M1	-	-	-
		T3N2M1	1 (1,28%)	-	1(0,55%)
		T4N0M1	-	-	-
		T4N1M1	-	1 (0,99%)	1(0,55%)
		T4N2M1	17 (21,8%)	14 (13,8%)	31(17,3%)
Итого			74 (100%)	140 (100%)	214 (179) (100%)

Из данных таблицы 1.4. следует, что подавляющее большинство составили пациенты с эпидермоидным раком пищевода – 191(89,2%) различной степени дифференцировки: высокодифференцированный – у 35 (16,3%), умеренно дифференцированный – у 111 (51,9%) и низкодифференцированный – у 45 (21,0%). Аденокарцинома установлена – у 14 (6,5%), биморфный рак – у 6 (2,8%), лимфосаркома у 3(1,4%) больного.

Таким образом, рак пищевода различной гистологической формы установлен у 21 больных контрольной и основной групп, распределение которых согласно международной классификации по системе TNM представлено в таблице 5.

Как видно из данных таблицы 4, больных с I стадией вообще не было в наших наблюдениях, а со II стадией было только 18 пациентов, что составило 8,4%. Данное наблюдение красноречиво показывает чрезвычайно низкую раннюю диагностику рака пищевода, что является основным неблагоприятным фактором успеха любого хирургического лечения больных с опухолями пищевода. Большинство больных поступило с III стадией – 128 (71,5%) и с IV стадией – 33 (18,4%), когда результат операции, наиболее плохой в прогностическом плане.

Характер сопутствующей патологии у больных с опухолями пищевода представлен в таблице 6, из которой видно, что у 45,32% больных выявлялись различные сопутствующие заболевания,

при этом характер сопутствующей патологии был разнообразный. Нередко у одного больного наблюдались 1 и более сопутствующих патологий.

Наличие сопутствующих заболеваний влияло на характер и длительность предоперационной подготовки, а также на объем хирургического вмешательства. Например, наличие хронического калькулезного холецистита подразумевало выполнение симультанного вмешательства – холецистэктомии, выполненной у 11 пациентов. Наиболее часто выявлялись сердечно-сосудистые заболевания: ИБС у 19 (19,6%) и гипертоническая болезнь у 27(27,3%), что и не удивительно, так как большинство пациентов с опухолями пищевода относятся к категории лиц пожилого возраста.

Распределение больных по характеру выполненных оперативных вмешательств представлено в таблице 7. У 207 больных выполнялась экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Из них 165 больным использован абдомино-цервикальный доступ, 42 больным торако-абдомино-цервикальный доступ. В зависимости от способов формирования внеполостных пищеводных анастомозов больные были разделены на контрольную группу (КГ) – 74 больных, у которых использованы традиционные способы пищеводных анастомозов. Основную группу (ОГ) составили 140 пациента, при этом использовался разработанный новый вариант эзофагогастроанастомозов, что представлено в таблице 8.

Таблица 6.

Характер сопутствующей патологии

<i>Сопутствующие заболевания</i>	<i>Абсолютное число</i>	<i>%</i>
ИБС	19	19,6%
Гипертоническая болезнь	27	27,3%
Сахарный диабет	2	2,06%
Язвенная болезнь желудка и ДПК	3	3,09%
Цирроз печени	6	6,18%
Хронический бронхит	18	18,55%
ГПОД	4	4,12%
Киста почек	4	4,12%
Хронический гепатит	2	2,06%
Послеоперационная вентральная грыжа	1	1,03%
Хронический калькулезный холецистит	11	11,34%
Всего	97	45,32%

Таблица 7.

Характер выполненных хирургических вмешательств

<i>№</i>	<i>Виды операций</i>	<i>К- во</i>
1	Субтотальная экстирпация пищевода с гастропластикой	207
2	Операция Льюиса	5
3	Операция Гарлока	2
Всего		214

Таблица 8.

Характеристика специфических осложнений после реконструктивно-восстановительных операций у больных контрольной группы

<i>№</i>	<i>Осложнения</i>	<i>Количество</i>	
			Всего
1	нет		40
2	недостаточность ЭГА	28	29
	+ недостаточность швов трансплантата	1	
3	точеч. недостаточность ЭГА		1
3	недостаточность швов трансплантата		1
4	тотальный некроз трансплантата		1
5	концевой некроз трансплантата + нед-ть ЭГА		2
	Всего		74

Таблица 9.

Виды пищеводных анастомозов и специфические осложнения

	N	НА	НА+ пищ-трах. свищ	НА+ медиастинит	Концевой некроз трансплантата		Нед-ть швов тран-та	Всего специф. осложнений
					ГМ+ эмпиема	ГМ		
ЭзГА к-к салаз.	63	21	1	2	2	2	1	29 (46,0%)
ЭзГА к-к инваг	9	1	-	1	-	-	-	2 (22,2%)
ЭзГА к-б	2	1	-	-	-	-	-	1 (50%)
Всего	74	31	1	3	2	2	1	40 (54,0%)

Таким образом, специфических осложнений после эзофагопластики у больных в КГ развилась у 40(54,0%).

На основании собственного опыта и данных литературы, нами выявлены 4 наиболее частых технических ошибок при формировании анастомозов: 1. Нарушение кровоснабжения трансплантата; 2. Несоответствие диаметра культи пищевода и трансплантата; 3. Избыточная мобилизация анастомозируемых органов; 4. Натяжение швов в области анастомоза.

В отделении хирургии пищевода и желудка в 2001 году разработан и внедрен принципиально новый метод формирования «косопоперечного» пищеводно-желудочного анастомоза. Идеей создания данного варианта анастомоза послужило то, что всегда диаметр культи пищевода меньше по сравнению с трансплантатом, что приведет к нежелательному гофрированию линии анастомоза с нарушением кровоснабжения анастомозируемых органов. В связи с этим передне-левая стенка пищевода рассекается вверх в косопоперечном

направлении на 2-3 см, при этом диаметр анастомозируемой культи пищевода приближается по размеру к проксимальной части гастротрансплан-

тата с минимальной мобилизацией правой стенки культи пищевода, что представлено на рисунке 1.

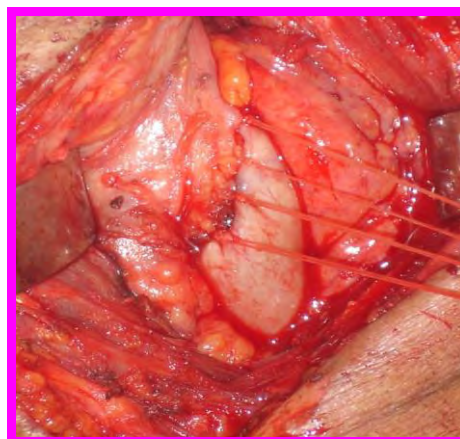
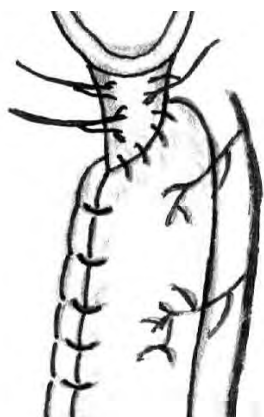


Рис. 1. Схема формирования косопоперечного эзофагогастроанастомоза

Косопоперечный эзофагоанастомоз обладает рядом преимуществ: 1. Широкая площадь формируемого анастомоза; 2. Соответствие диаметром анастомозируемых органов, что исключает гофрирование линии анастомоза; 3. Линия анастомоза не находится в одной плоскости, что уменьшает возможность натяжения швов пищевода; 4. Минимальная мобилиза-

ция правой стенки пищевода сохраняет ее кровоснабжение, что улучшает микроциркуляцию области анастомоза

Косопоперечный ЭГА сформирован у 133 больных основной группы. Анализ результатов «традиционных» и косопоперечных пищеводных анастомозов представлена в таблице 10.

Таблица 10.

Сравнительная оценка специфических осложнений при эзофагопластике

Вид анастомоза	Кол-во	Недостаточность	Некроз трансплантата	Недостаточность швов трансплантата	Всего специфических осложнений
ЭзГА к-к с-лаз.	63	24	4	1	29 (46,0%)
ЭзГА к-к ин-ваг	9	2	-	-	2 (22,2%)
ЭзГА к-б	2	1	-	-	1 (50%)
Всего	74	27(36,5%)	4(5,4%)	1(1,3%)	32(43,2%)
ЭзГА к-п	133	8	-	-	8
Всего	133	18(13,5%)	1(0,7%)	-	19(14,3%)

К специфическим осложнениям эзофагопластики относят недостаточность пищеводных анастомозов, а также концевой или тотальный некроз эзофаготрансплантата и недостаточность швов проксимальной части последнего, что также приводит к несостоятельности соустья, которая носит уже вторичный характер.

На основании данных таблицы отчетливо прослеживается снижение числа всех специфических осложнений: - недостаточность пищеводных анастомозов снизилась с 36,5% до 13,5%; - некроз трансплантата снизился с 5,4% до 0,7%; - недостаточности проксимальной части гастротрансплантата снизилась с 1,3% до 0%.

Заключение. Сравнительный анализ непосредственных результатов эзофагопластик показал, что в ОГ с внедрением косопоперечных ЭГА значительно уменьшилось количество специ-

фических осложнений (недостаточность, некроз трансплантата) с 43,2% до 14,3%.

Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е. М., 2011. «Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г.» ВЕСТНИК РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН Том 22, №3 (85), прил. 1. Июль — сентябрь 2011г.
2. Стилди И.С., Тер-Ованесов М. Д., Онкология. Справочник практического врача. / И.В. Поддубная. —М.: Из-дат. дом Медпресс-Информ —М., 2009.
3. Черноусов А.Ф.. «Клиническая хирургия национальное руководство» под. Ред. Савельева В.С., Кириенко А.И. Издательство GeotarMedia. 2010г.
4. А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов — В кн.: «Хирургия пищевода». - М.: Медицина, 2000г.

5. Белоусов Е.В., Байтингер В.Ф. Причины несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов на шее // Хирургия.- 2012.- №10.
6. Плаксин С.А., Саблин Е.Е., Артмеладзе Р.А., Щеткина И.Н. Результаты эзофагопластики после различных видов анастомозов. //Первая международная конференция по Торако-Абдоминальной хирургии посвященная к 100летию академика Б.В.Петровского. г. Москва, 5-6 июня 2008г, Сб.тезисов. – С.229.
7. Фокеев, Сергей Дмитриевич. Автореф. На соискание уч. Ст. доктора медицинских наук. Онкология. г. Барнаул 2004. Количество страниц: 256.
8. Braghetto M.I., Cardemil H.G., Mandiola B.C., Masia L.G., Gattini S.F. «Impact of minimally invasive surgery in the treatment of esophageal cancer» Arq Bras Cir Dig. 2014 Nov-Dec;27(4):237-42. doi: 10.1590/S0102-67202014000400003.
9. Heitmiller R. F., McQuone S. J., Eisele D. W. The Utility Of The Pectoralis Myocutaneous Flap In The Management Of Select Cervical Esophageal Anastomotic Complications // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. –2014. – Vol. 115. – P. 1250-1254.
10. Thrift A.P., “Esophageal adenocarcinoma: the influence of medications used to treat comorbidities on cancer prognosis”. ClinGastroenterolHepatol. 2015 Mar 30. pii: S1542-3565(15)00362-6. doi: 10.1016/j.cgh.2015.03.028.
11. Heitmiller R. F., McQuone S. J., Eisele D. W. The Utility Of The Pectoralis Myocutaneous Flap In The Management Of Select Cervical Esophageal Anastomotic Complications // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. –2014. – Vol. 115. – P. 1250-1254.

12.Trevellin E., Scarpa M., Carraro A., Lunardi F., Kotsafti A., Porzionato A., Saadeh L., Cagol M., Alfieri R., Tedeschi U., Calabrese F., Castoro C., Vettor R. Esophageal adenocarcinoma and obesity: peritumoral adipose tissue plays a role in lymph node invasion.Oncotarget. 2015 Mar 14.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Ф.Г. НАЗЫРОВ, З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ,
О.М. ГУЛАМОВ

ГУ «Республиканский специализированный научный практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»

Статья посвящена актуальной проблеме – хирургическому лечению больных с местнораспространенным раком пищевода, обсуждению и роли современного подхода к этой сложной патологии. Проведен анализ хирургических вмешательств в лечении при раке пищевода в соответствии с локализацией и распространенностью процесса. Предложен сравнительный анализ различных вариантов пищеводного анастомоза, позволивший снизить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: опухоль пищевода, лимфодиссекция, пищеводный анастомоз, экстирпация пищевода, эзофагопластика, гастропластика.