

М.Б. Скворцов, Д.И. Романовский

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА СРЕДНЕ- И НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
ГУЗ Иркутская областная клиническая больница (Иркутск)*

Представлен краткий обзор современного состояния вопроса о хирургическом лечении рака пищевода III–IV ст. Обсуждаются спорные вопросы показаний к операции, оптимальные способы резекции и восстановления пищевода, функциональные результаты при разных видах пластики, критерии операбельности и выживания больных в разные сроки. Приводится клиническое наблюдение, отражающее нестандартный подход авторов к лечению, с хорошим клиническим результатом через 9 лет после операции.

Ключевые слова: рак пищевода, оперативное лечение

SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF MIDDLE AND LOWER THORACIC DEPARTMENTS OF ESOPHAGUS (CLINICAL OBSERVATION)

M.B. Skvortsov, D.I. Romanovskij

*Irkutsk State Medical University, Irkutsk
Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk*

A brief analysis of modern state of a question about surgical treatment of III–IV esophagus cancer is given. The problems of indications for surgery, optimal ways of resection and reconstruction of esophagus, functional results at different ways of plastics, criteria of interoperability and surviving of patients at different periods are discussed. Clinical observation showing nonstandard author's way of treatment having a good clinical result in 9 years after surgery is given.

Key words: esophagus cancer, surgery treatment

Количество выявленных больных злокачественными новообразованиями различной локализации в РФ увеличивается постоянно, за последние 16 лет оно выросло в 1,3 раза, и в 2008 г. составляло 345 человек на 100 000 населения. Заболеваемость раком пищевода (РП) за данный промежуток времени остается на прежнем уровне и составляет 5 человек на 100 000 населения [13] (табл. 1).

Таблица 1
Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественное новообразование» на 100 тыс. населения РФ

Годы	Всего опухолей	В том числе опухолей пищевода
1992	271,6	6,4
2008	345,6	5,0

Отмечается улучшение качества диагностики и морфологического подтверждения диагноза «злокачественное новообразование», в том числе и рака пищевода. Так, число морфологически под-

твержденных злокачественных опухолей пищевода в 2008 г. составило 79,8 % [13] (табл. 2).

Остаются высокими показатели одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями различной локализации в течение первого года с момента установления диагноза. Отмечается тенденция к их снижению в общей массе. А при раке пищевода одногодичная летальность не снижается, и в 2008 г. она составляла по Российской Федерации — 62,3 %. В Иркутской области в 2008 г. этот показатель почти на 17 % выше, чем по Российской Федерации и составляет 79,1 %. Лучшие показатели при раке пищевода в Российской Федерации зарегистрированы в Ленинградской области — 35,5 %, что в 2 раза меньше чем у нас [13] (табл. 3).

Нелеченный рак пищевода всегда имеет плохой прогноз — средняя продолжительность жизни у таких больных не превышает 5–8 месяцев [7]. При отсутствии возможности радикального лечения прогноз всегда безнадежен и средняя продолжительность жизни составляет 5–10 мес. [17]. В насто-

Таблица 2
Морфологическая верификация диагноза «злокачественное новообразование» в РФ

Из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, диагноз подтвержден морфологически (% от числа больных, взятых под наблюдение в отчетном году)		
Локализация	1995	2008
Всего больных со злокачественными новообразованиями по РФ	72,2	83,2
Пищевод	62,9	79,8

Таблица 3
Одногодичная летальность больных злокачественными новообразованиями в Российской Федерации

Умерли в течение первого года с момента установления диагноза (%)		
Годы	Суммарно при всех локализациях опухолей	При опухоли пищевода
По РФ в 1992 г.	38,4	62,2
По РФ в 2008 г.	29,9	62,3
Иркутская область, 2008 г.	35,3	79,1
Наилучшие показатели по регионам РФ в 2008 г.	19,9 – Краснодарский край	35,5 – Ленинградская область

ящее время для лечения рака пищевода применяют лучевой, химиотерапевтический, хирургический и сочетанные методы лечения [4, 17].

В лечении больных раком грудного отдела пищевода хирургический метод – основной, возможности его еще далеко не исчерпаны [14]. Главной целью его является излечение путем хирургического удаления опухоли вместе с больным органом – пищеводом. Одновременно требуется продление жизни больных в комфортных условиях питания – путем одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта [2, 14]. В основу метода должна быть положена одномоментная субтотальная резекция или экстирпация пищевода с эзофагопластикой целым желудком или стеблем из большой его кривизны и формированием пищеводно-желудочного (глоточно-желудочного) соустья в куполе правой плевральной полости или на шее [2]. Идеология хирургии рака пищевода на современном этапе – моноблочная субтотальная резекция пищевода с расширенной лимфодиссекцией по принципиальным соображениям с учетом путей регионарного лимфогенного метастазирования.

СПОСОБ ОПЕРАЦИИ

Правосторонняя торакотомия позволяет безопасно, «на глаз», резецировать пищевод, надежно сформировать пищеводно-желудочный анастомоз и создает оптимальные условия для расширенной лимфодиссекции. Эту точку зрения разделяют большинство современных авторов. И.С. Стилиди и соавт., как и многие другие, считают этот доступ основным при раке пищевода: через него выполнили у 420 больных субтотальную резекцию пищевода с одномоментной пластикой пищевода широким желудочным стеблем (в комбинации с лапаротомией) по типу Льюиса (I. Levis, 1946) [14]. Эта операция в настоящее время наиболее популярна – резекция пищевода правым трансплевральным доступом в сочетании с абдоминальным с одномоментной пластикой пищевода целым желудком с высоким внутриплевральным анастомозом [10, 14].

Стилиди И.С. и соавторы утверждают, что уровень пищеводно-желудочного анастомоза во многих клиниках определяется «традиционно неверно, т.к. подавляющее большинство хирургов формируют пищеводно-желудочный анастомоз на шее» [14]. Авторы считают доказанным, что внутриплевральные пищеводно-желудочные анастомозы

является значимым фактором хороших функциональных результатов и настаивают на том, что этот анастомоз наиболее физиологичен, функционален и безопасен – лишь у 0,8 % встречается несостоятельность анастомоза [14]. Эту точку зрения разделяют далеко не все авторы [2, 8, 17, 18].

Есть точка зрения, что хирургическое лечение оправдано только при распространенности рака пищевода в пределах T1 – T2 и при регионарном метастазировании в пределах одного коллектора (N1a), следовательно, при отдаленном метастазировании показания к операции сомнительны [1, 2, 4, 5, 7, 9, 11, 14, 17].

Получает признание транسخиатальная эзофагэктомия (ТХЭ), с использованием абдоминального трансдиафрагмального в сочетании с цервикальным доступом (АЦД). Основными преимуществами этого метода перед трансторакальными являются меньшая травматичность вмешательства и более высокая его результативность, а также объем резекции пищевода, равный субтотальному, с вынесением анастомоза на шею и существенно меньшая продолжительность операции [6, 7, 8, 10, 16, 17, 18]. Основным недостатком транسخиатальной эзофагэктомии считается недостаточная онкологическая радикальность при удалении пищевода.

В последние годы пластику пищевода целым желудком, как рекомендовал I. Levis (1946), применяют редко. Считают, что она не позволяет сформировать трансплантат достаточной длины и полноценно удалить лимфоузлы в зоне регионарного метастазирования по малой кривизне желудка, этим объясняется интерес хирургов к другим методам эзофагогастропластики [7, 8, 9]. При этом целесообразность и оптимальные свойства желудочного трансплантата очевидны и практически не обсуждаются, а указанные недостатки пластики пищевода целым желудком большинство хирургов пытаются обойти путем создания изоперистальтической трубки из большой кривизны желудка шириной 2 – 2,5 см [18] и использовать ее в качестве трансплантата [5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17]. Ряд авторов отмечают также и серьезные функциональные недостатки трансплантата из желудочной трубки [7, 14, 15].

Во же время существует и обоснованная точка зрения о хорошем функциональном результате пластики пищевода целым желудком [12].

Продолжительность жизни и отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода очень

вариабельны. После радикальной операции 5-летняя выживаемость колеблется от 35–40% [18] до 20% [4, 5, 14]. В группе радикально оперированных 5-летняя выживаемость составила 27% вне зависимости от локализации пораженных лимфоузлов [3].

Ряд хирургов ориентируются на 3-летние показатели — выживают единицы, а о 5-летней выживаемости и не говорят [16]. Давыдов М.И. и соавторы сопоставляя разные группы «своих» больных, указывают, что общая однолетняя выживаемость после оперативного лечения составляет 68,1 и 58,9%, двухлетняя — 62,2 и 37,3%, трехлетняя — 49,7 и 31,4% [4].

Большинство авторов описывают 5-летнюю выживаемость, а указание о выживаемости 10 лет и более встретилось лишь у 2 авторов: 1) после операции 10-летней выживаемость описывают Stein H.J., Sievert J.R., 1998 [12] — у 19,3%; 2) Сильвестров В.С. с соавторами, отдаленные результаты после своих операций при раке пищевода II–III ст. изучали у 291 выписанных: в течение 1 года умерли 106 (37,1%), свыше 5 лет жили 38 (13,3%), из них 14 (4,8%) — свыше 10 лет, по их данным при раке нижней трети пищевода 5-летняя выживаемость составила 18,3%, при раке средней трети пищевода 12,5% [11]. Расчетная вероятность 5-летней выживаемости всех пациентов составляет 21,4% [5].

Прогностические факторы. Наличие регионарных метастазов снижает 5-летнюю выживаемость с 40–45% до 20–25%. При выходе опухоли за пределы стенки органа после хирургического лечения до 5 лет не доживает ни один больной [6]. Чиссов В.И. и Дарьялова С.Л. радикальной считают резекцию, проводимую с удалением не менее 8 см непораженного пищевода кверху и 5 см ниже видимой границы опухоли [18].

После паллиативных резекций пищевода ряд авторов отмечают улучшение качества жизни, т.к. облегчается прием пищи, боли возникают позже и лучше поддаются симптоматическому лечению [5]. Правда, продолжительность жизни при этом невелика и не превышает 1 года [5, 11], по Мамонтову А.С. после паллиативных операций 5-летний срок переживают 4,9% [6].

Диспансерное наблюдение. Чиссов В.И. и Дарьялова С.Л. утверждают, что регулярные осмотры после радикального лечения существенно не влияют на выживаемость [18].

Качество жизни, длительность безрецидивного периода — 3-х и 5-летняя выживаемость являются главными критериями эффективности помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Термин «качество жизни» как самостоятельное понятие появился в 1977 г. В европейских странах и в США под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, а также его финансовое и духовное благополучие [15].

На основании изложенного отмечаем, что раку пищевода присущи: 1) высокая агрессивность болезни, 2) высокая одногодичная летальность; 3)

проблемы с достижением удовлетворительного качества жизни и хорошего функционального результата после операции; 4) проблемы с достоверностью критериев радикальности и нерадикальности операции, особенно при применении целого желудка для пластики; 5) отсутствие надежных общепринятых критериев для выбора того или иного способа резекции пищевода с пластикой его; 6) отсутствие убедительных данных об увеличении продолжительности жизни после операции. Поэтому считаем проблему хирургического лечения рака пищевода актуальной и требующей нашего внимания и участия. Приводим одно из наших клинических наблюдений в клинике госпитальной хирургии Иркутского государственного медицинского университета.

Пациент К-н В. М. 76 лет. Наблюдается нами с 2001 г., когда он поступил в отделение торакальной хирургии областной клинической больницы 08.11.2001 г. (история болезни № 25038) в возрасте 68 лет с жалобами на боли за грудиной в течение последних 10 лет, общую слабость, дисфагию, потерю веса (был 90 кг, на момент госпитализации — 65 кг). При обследовании эндоскопически и рентгенологически обнаружена опухоль пищевода (аденокарцинома) в средней и нижней трети на протяжении 20 см. На ФГС от 14.11.2001 г. — зияние кардии, признаки синдрома Барретта. На шее слева визуальна и пальпаторно, а также по данным ультразвукового исследования и мультиспиральной компьютерной томографии выявлен конгломерат лимфоузлов диаметром до 4,0 см. Диагноз: рак средне- и нижнегрудного отделов пищевода (аденокарцинома) T3-4, Nx, M1 15.11.2001 г. — ему выполнена операция: субтотальная резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с лимфодиссекцией и последующей заднемедиастинальной пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение с анастомозом на шее (М.Б. Скворцов). Приводим протокол операции: верхняя срединная лапаротомия. Метастазы в печени и других органах пальпаторно и визуальна не выявлены. Мобилизована левая доля печени, выполнена сагиттальная диафрагмотомия. Выявлено, что желудок втянут в средостение в виде трубки, покрытой брюшиной на протяжении 4–5 см, переходящей далее в пищевод, что расценено нами как укорочение пищевода, повлекшее за собой втяжение стенки желудка в средостение, «тубулирование» ее и потерю замыкательной функции кардии. Отмечен грубый перизофагит в виде сращения стенки пищевода с окружающими тканями, склерозирующий медиастинит. «Псевдопищевод» и далее кверху пищевод с техническими трудностями мобилизованы снизу через отверстие в рассеченной диафрагме до бифуркации трахеи вместе с опухолью. При этом оба листка медиастинальных плевр были частично высечены вместе с прораставшей в них опухолью. Затем мобилизован желудок с сохранением правых сосудов (a.gastrica dextra et a.gastroeploica dextra). Левосторонняя цервикотомия. Шейный отдел пищевода выделен, мобилизован сверху до

бифуркации трахеи, и далее весь пищевод вместе с лимфатическими узлами средостения выделен, мобилизован полностью с 2-х сторон, пересечен на шее – на уровне щитовидного хряща, низведен в живот и отсечен от желудка вместе с малым сальником. Образовавшийся дефект стенки желудка в месте впадения пищевода ушит послойным аппаратным швом – на слизистую и рядом узловых серозно-мышечных швов. За верхушку дна желудка проведен через заднее средостение на шею и фиксирован к предпозвоночной фасции. Наложен пищеводно-желудочный анастомоз 2-рядным послойным швом – непрерывный шов слизистых и ряд мышечно-серозно-мышечных узловых швов с образованием антирефлюксного клапана. Желудок ниже соустья циркулярно фиксирован к тканям шеи. Шейный доступ расширен кзади. Мобилизован и высечен конгломерат вирховских надключичных левосторонних лимфатических узлов с отсечением их от грудного лимфатического протока с перевязкой последнего. В обе плевральные полости через вскрытые листки медиастинальных плевр введены дренажи. Ушита диафрагма, к ее левому куполу фиксирована ранее мобилизованная левая доля печени. Шейная и абдоминальная раны послойно ушиты.

Макропрепарат (рис. 1): удаленный пищевод длиной 14 см вместе с клетчаткой и лимфоузлами средостения и малым сальником. Отдельно – конгломерат шейных лимфоузлов, лимфоузлы из малого сальника, и средостения. Опухоль длиной 11 см прорастает все слои пищевода на протяжении средней и нижней третей и в листки медиастинальной плевры. Нижняя треть препарата снаружи представлена вытянутой в виде трубки стенкой желудка, покрыта брюшиной на протяжении 4 см. На разрезе: на заднее-левой стенке органа – изъязвленная мелкобугристая опухоль длиной 11 см.



Рис. 1. Препарат пищевода длиной 14 см вместе с клетчаткой, лимфоузлами средостения и малым сальником. Опухоль прорастает все слои пищевода на протяжении 2/3 препарата (11 см). Нижняя треть препарата (8 см) представлена слизистой желудочного типа с характерными продольной складчатостью, цветом и рисунком поверхности (пищевод Барретта).

Верхняя половина слизистой макроскопически – пищеводная, линия пищеводно-желудочного перехода – посередине препарата, ниже нее рядом с опухолью – остатки слизистой желудка с продольными складками. Опухоль – выше и ниже зубчатой линии по 5 см вверх и вниз.

Патогистологическое заключение № 55012 от 21.11.2001 г. (удаленный пищевод) – умеренно-дифференцированная аденокарцинома с изъязвлениями и инвазией в мышечный слой. В краях резекции роста опухоли не обнаружено. Патогистологическое заключение № 55012 (три надключичных лимфатических узла) – лимфоидная ткань с метастазами аденокарциномы.

Поскольку описание данной операции в деталях встречается редко, считаем возможным привести фотографии фрагментов данной операции, выполненной нами у других аналогичных больных (рис. 2 – 7).

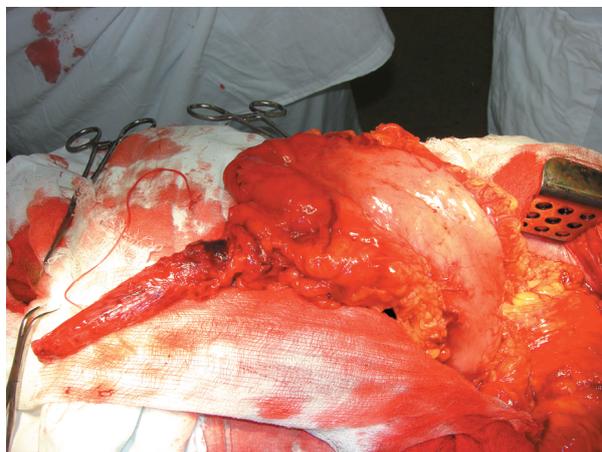


Рис. 2. Пациент Р-н В.П., 72 г. Д-з: рак среднегрудного отдела пищевода. Операция – резекция пищевода из АЦД с одномоментной эзофагопластикой целым желудком с анастомозом на шее 09.06.2010 г. Фрагмент операции – мобилизованные пищевод и желудок выведены в рану. Малый сальник еще не отсечен. Выздоровление.



Рис. 3. Тот же больной. Фрагмент операции. Мобилизованные пищевод и желудок выведены в рану. Малый сальник отсечен от малой кривизны желудка.

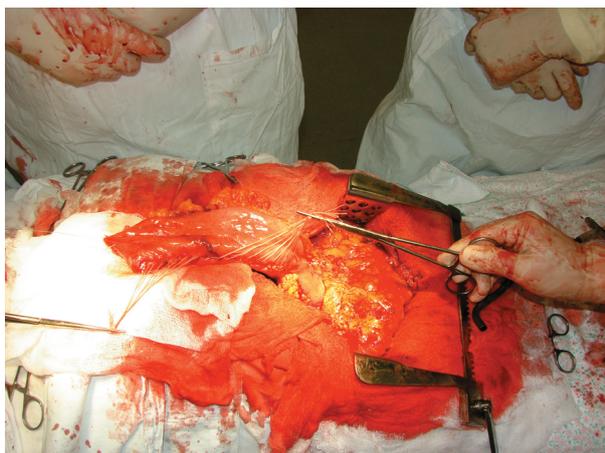


Рис. 4. Тот же больной. Фрагмент операции – мобилизованный пищевод и малый сальник отсечены. Ушит просвет желудка у места впадения отсеченного пищевода. Ушита pars nuda малой кривизны желудка, образовавшаяся после удаления малого сальника. Желудок готов к трансплантации на шею.



Рис. 7. Тот же больной. Фрагмент операции: окончательный вид завершеного пищеводно-желудочного анастомоза на шее.

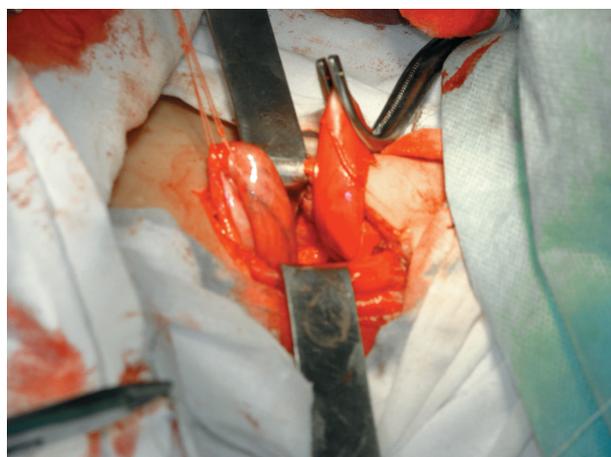


Рис. 5. Больной А-В 6 лет. Д-з: пептическая стриктура пищевода. Операция 26.09.2007 г. Резекция пищевода из АЦД с одномоментной эзофагопластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение на шею с анастомозом на шее. Фрагмент операции – пищевод через заднее средостение проведен на шею и выведен в рану. Выделен проксимальный отдел пищевода. Выздоровление.

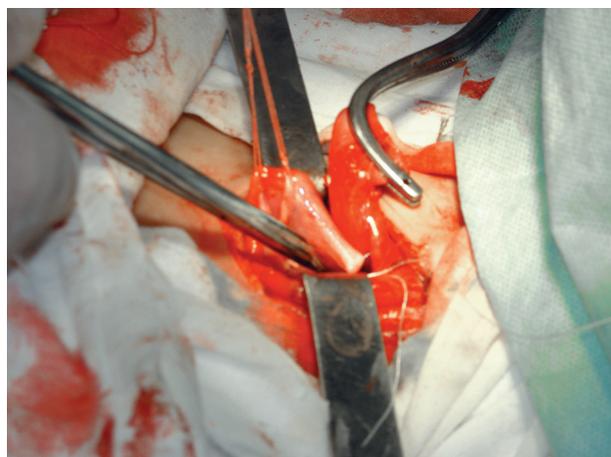


Рис. 6. Тот же больной. Фрагмент операции на шее: фиксация верхушки желудка к пищеводу.

Послеоперационный период протекал без осложнений, в удовлетворительном состоянии на 17-е сутки выписан с рекомендацией постоянного наблюдения в областной клинической больнице. Учитывая наличие отдаленных метастазов в надключичные Л/у, мы считали операцию паллиативной. Диагноз после операции: короткий пищевод Барретта. Рак средне- и нижнегрудного отделов пищевода (аденокарцинома) T3, N0, M1 (IV стадия).

После выписки больной направлен в Иркутский областной онкодиспансер, где был осмотрен специалистами, ими было принято решение о нецелесообразности проведения химиолучевой терапии (со слов больного).

При очередном плановом обследовании в 2002 г. у пациента выявлена стриктура пищеводно-желудочного анастомоза. По этому поводу он был госпитализирован в отделение грудной хирургии 24.01.2002 г. (история болезни № 2120), и ему 28.01.2002 г. и 30.01.2002 г., а также 29.03.2002 г. выполнено три сеанса бужирования пищеводно-желудочного анастомоза – через сужение свободно проходит буж № 40 и тубус эзофагоскопа с наружным диаметром 16 мм, выписан с положительной динамикой. С тех пор дисфагии не отмечает. Через 1,5 года у больного появилась правосторонняя прямая паховая грыжа, по поводу которой ему 14.01.2004 г. произведена операция герниотомия с пластикой по Бассини–Постемпскому (М.Б. Скворцов). В мае 2005 г. при очередном плановом осмотре был выявлен метастатически измененный надключичный лимфатический узел слева. Патогистологическое заключение № 30619–30624 (метастаз низкодифференцированного рака солидного строения, не исключается плоскоклеточный вариант). Был вновь госпитализирован в торакальное отделение 10.05.2005 г. (ист. б-ни № 10859). После обследования 11.05.2005 г. ему была выполнена операция: удаление метастатически измененного надключичного лимфатического узла и конгломерата прескаленной клетчатки слева (М.Б. Скворцов). Приводим протокол операции: левосторонняя цервикотомия по заднему краю кивательной мышцы с пересечением

m. omohyoideus sinistra. В надключичной области выявлен плотный лимфатический узел до 2 см в диаметре, он сращен с окружающей клетчаткой, опускающейся на 4–5 см вниз вдоль позвоночника. Произведено удаление лимфоузла вместе с прилежащей к нему прескаленной клетчаткой. Патогистологическое заключение № 30619–30624 от 12.05.2005 г.: в лимфоузле метастаз опухоли из крупных округлых клеток, формирующих солидные пласты, с наличием патологических митозов, в пластах определяются редкие клетки с эозинофильной цитоплазмой. В сосудах паранодальной клетчатки – опухолевые эмболы. Заключение: в лимфоузле метастаз низкодифференцированного рака солидного строения, не исключается плоскоклеточного.

В удовлетворительном состоянии на 7-е сутки выписан и направлен в Иркутский областной онкодиспансер, где с 04.07.2005 г. по 05.08.2005 г. прошел курс лучевой терапии на область шейно-надключичных лимфатических узлов РОД – 2 г, СОД – 44 г.

Пациент К-н В.М., 76 лет, ежегодно проходит контрольное обследование в отделении торакальной хирургии областной клинической больницы и в центре хирургии пищевода. В настоящее время он жалоб не предъявляет, общее состояние удовлетворительное, питается дома со всеми за общим столом. Особых диетических ограничений не придерживается. Голос ясный – как и до операции. Движения в шее не нарушены. Потерю в весе не отмечает. Вес стабильный: 63–69 кг, физиологические отправления в норме. Работает по настоящее время ведущим инженером проекта и на лодочной станции. Ежегодно проходит обследования в областной клинической больнице – осмотр, фиброгастроскопию, рентгенологические исследования, по возможности мультиспиральную компьютерную томографию. При осмотре 22.09.2010 г. – удовлетворительной упитанности, вес 69 кг, кожные покровы обычной окраски и влажности, тургор сохранен. На шее и в других доступных местах лимфоузлы не увеличены, грудная клетка правильной формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, послеоперационные рубцы – тонкие, линейные, подвижны. Передняя брюшная стенка активно участвует в акте дыхания, не напряжена, не болезненна, патологические образования не пальпируются, патологических выпячиваний нет.

Заключение ФГС от 12.12.2009 г. Вход в пищевод свободен, слизистая пищевода бледно-розовая, гладкая, блестящая, пищеводно-желудочный анастомоз расположен на 20 см от резцов, его просвет широкий, слизистая пищевода переходит в слизистую желудка в виде тонкой, ровной линии. В просвете желудка минимум пенистой слюны, слизистая бархатистая, розовая, ровная, складки продольные. Привратник на расстоянии 45 см от резцов, раскрыт, перистальтирует вяло. Рефлекса желчи нет. Заключение: оперированный пищевод. Пищеводно-желудочный анастомоз. Искусственный пищевод из желудка. Патологии в грудном желудке не выявлено.

УЗИ брюшной полости от 09.12.2009: ЭХО-структурной патологии в осмотренных органах не выявлено.

Рентгеноскопия пищевода и желудка от 11.06.2010 г.: акт глотания не нарушен. Глотка и шейный отдел пищевода проходимы, не изменены. Пищеводно-желудочный анастомоз расположен на уровне Т-1, просвет пищеводно-желудочного анастомоза более 1 см. Проходимость пищеводно-желудочного анастомоза хорошая. Грудной желудок – в заднем средостении. Объем желудка обычный, натощак содержит немного слизи. Складки слизистой прослеживаются во всех отделах, умеренно расширены. Привратник расположен под диафрагмой, свободно проходим. Эвакуация из желудка начинается сразу. Луковица двенадцатиперстной кишки (ДПК) не деформирована. Петля ДПК обычной ширины, хорошо проходима для контраста. Рельеф слизистой ДПК обычного вида. Контрастируются неизмененные проксимальные петли тонкой кишки. Заключение: состояние после резекции пищевода с заднемедиастинальной пластикой целым желудком с удовлетворительной функцией пищеводно-желудочного анастомоза на шее и удовлетворительной эвакуаторной функцией внутригрудного желудка (рис. 8).

Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости от 04.12.2009 г.

Грубой костной патологии в зоне сканирования не выявлено. Легочная паренхима с обеих сторон обычной воздушности, полей патологической генситометрии не выявлено. Бронхиальные разветвления визуализируются до субсегментов, проходимы. В заднем средостении визуализируется трансплантированный желудок. Сердце и сосудистые структуры без особенностей. Л/у средостения не увеличены. Жидкости в плевральных полостях нет. Печень однородной структуры. Поджелудочная железа не изменена. Селезенка, почки не изменены. Заключение: признаков опухолевого роста и метастазирования нет. Больной продемонстрирован на заседании общества хирургов Иркутска и области 29.09.2010 г. Замечаний и критики по тактике и характеру операции не было.

Таким образом, нашему больному выполнена операция при локализации раковой опухоли в средней и нижней третях пищевода с прорастанием всех слоев органа и в медиастинальную плевру, с отдаленными метастазами в надключичные лимфоузлы слева – наиболее уязвимая с точки зрения онкологической радикальности ситуация как по локализации, так и по степени локальной распространенности и по наличию отдаленных метастазов. Опухоль удалена абдомино-цервикальным критикуемым доступом, с пластикой целым (также критикуемая ситуация) желудком. Пищевод пересечен внизу точно по месту пищеводно-желудочного перехода – на расстоянии 4 см от видимого края опухоли, что по изложенным критериям также недостаточно радикально. Операция выполнялась и вначале была расценена нами как паллиативная.

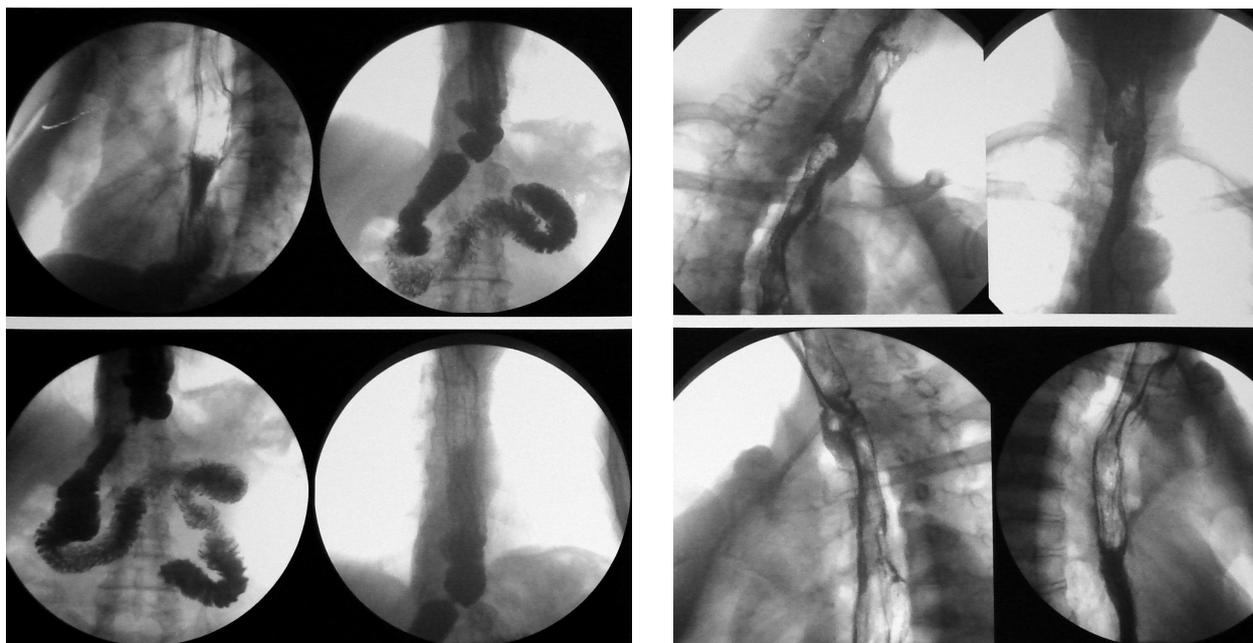


Рис. 8. Рентгенограммы пищевода, пищеводно-желудочного анастомоза на шее, искусственного пищевода из целого желудка (грудной желудок), привратника и двенадцатиперстной кишки от 11.06.2010 г. Пояснения в тексте.

Дальнейшее наблюдение выявило рецидив отдаленных метастазов через 4,5 года и потребовало их хирургического удаления с последующим лучевым лечением, что также входит в понятие паллиативной операции. Диспансерное наблюдение за больным в нашей клинике вопреки вышеизложенному мнению позволило несколько раз скорректировать состояние больного, продлить его жизнь (удаление метастазов в 2005 г.) к настоящему моменту до 8 лет и 11 месяцев и улучшить ее качество (бужирование стриктуры анастомоза в 2002 г., герниотомия по поводу паховой грыжи в 2004 г.). Выбор всех компонентов хирургических манипуляций был обоснован прежде всего индивидуальной хирургической ситуацией, а не капризами или привязанностями хирурга. Наблюдение и лечение больного проводилось в общехирургической специализированной клинике — в торакальном отделении областной больницы.

Следовательно, лечение рака пищевода и реконструкция его после удаления органа — это прежде всего хирургическая проблема. Так называемая «паллиативная» субтотальная резекция пищевода при IV стадии рака пищевода у больного IV клинической группы с одномоментной пластикой пищевода целым желудком, проведенным на шею через заднее средостение, с анастомозом на шею вопреки распространенному мнению привела к длительному, почти 9-летнему выздоровлению, что является редким клиническим наблюдением. А с позиции вышеописанного — сохраненной трудоспособности нашего пациента, его физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, а также с позиции его финансового и духовного благополучия мы относим качество его жизни к вполне удовлетворительному или даже к хорошему. Мы полагаем, что приведенные

выше критерии неоперабельности при раке пищевода вообще и применительно к нашему больному требуют уточнения.

ВЫВОДЫ

1. Резекция пищевода по поводу рака средне- и нижнегрудного отделов абдоиноцервикальным доступом с одномоментной эзофагопластикой целым желудком с анастомозом на шею приводит к хорошим функциональным результатам на протяжении 9 лет.

2. Субтотальная резекция пищевода по поводу рака его с гастропластикой целым желудком с анастомозом на шею является хотя и очень важным, но всего лишь этапом в лечении больного. После нее требуется систематическое наблюдение за больными в хирургической клинике, а по показаниям — и медикохирургическая коррекция возникающих осложнений и интеркуррентных заболеваний (стриктура пищеводно-желудочного анастомоза на шею, герниопластика паховой грыжи, метастазы в левые надключичные лимфоузлы и в прескаленную клетчатку и др.).

3. Субтотальная резекция пищевода при раке абдоино-цервикальным доступом с одномоментной пластикой целым желудком с анастомозом на шею — вполне приемлема как паллиативная операция. У отдельных больных она может оказаться радикальной. Она более безопасна, менее травматична, требует меньше времени на выполнение и легче переносится больными, чем трехдоступная резекция или операция Льюиса.

4. Укорочение пищевода, недостаточность кардиального жома и изменения слизистой по типу пищевода Барретта можно расценивать как предраковое состояние у нашего больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И. Эволюция онкохирургии и ее перспективы. Рак пищевода // Проблемы клинической медицины. — 2005. — № 1. — С. 10—11.
2. Давыдов М.И., Кухаренко В.М., Неред С.Н., Матвеев Ю.В. и др. Современные подходы к лечению больных раком грудного отдела пищевода // Торакальная хирургия : тез. работ научн. конф. — М., 1993. — С. 136—139.
3. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д., Полоцкий Б.Е. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 14. — С. 1006—1015.
4. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Сулейманов Э.А. и др. Промежуточные результаты применения предоперационной химиотерапии и расширенной субтотальной резекции пищевода при раке // Анналы хирургии. — 2005. — № 3. — С. 27—32.
5. Кубе Р., Реймер А., Клюге Е., Лаубе Т. и др. Хирургическое лечение злокачественных новообразований пищевода // Хирургия. — 2009. — № 9. — С. 50—54.
6. Мамонтов А.С. Комбинированное лечение рака пищевода // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 76—82.
7. Мирошников Б.И., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода. — СПб. : «Фолиант», 2002. — 303 с.
8. Рогачева В.С., Фомин П.Д. Хирургическое лечение рака пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности) : тез. Всесоюз. конф. по хирургии пищевода. — М., 1983. — С. 29—31.
9. Роман Л.Д., Карачун А.М., Шостка К.Г., Костюк И.П. Методы реконструкции пищевода // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 99—108.
10. Саенко В.Ф., Пугачев А.Д. Современный подход к хирургическому лечению рака пищевода различных локализаций // Хирургия пищевода (ошибки и опасности) : тез. Всесоюз. конф. по хирургии пищевода. — М., 1983. — С. 31—33.
11. Сильвестров В.С., Макеева Р.П., Сильвестров Ю.В. Результаты одномоментных операций при раке пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности) : тез. Всесоюз. конф. по хирургии пищевода. — М., 1983. — С. 36—38.
12. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С., Боричевский В.И. и др. Пластика пищевода при рубцовых сужениях. Анатомо-хирургическое и функциональное обоснование // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2009. — Т. 91, № 8. — С. 55—65.
13. Социально значимые заболевания населения РФ в 2008 г. (статистические материалы). — М. : Изд-во Минздравсоцразвития РФ, 2009. — 66 с.
14. Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Тер-Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода // Практическая онкология. — 2003. — Т. 4, № 2. — С. 70—75.
15. Стилиди И.С., Кононец П.В., Ширяев С.В., Оджарова А.А. и др. Возможности улучшения качества жизни больных после одномоментной субтотальной резекции пластики пищевода по поводу рака // Российский онкологический журнал. — 2007. — № 5. — С. 21—28.
16. Фокеев С.Д., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф., Максименко А.А. и др. Зависимость продолжительности жизни больных при раке пищевода от выбора лечения // Проблемы клинической медицины. — 2006. — № 3. — С. 50—53.
17. Хирургические болезни пищевода и кардии / под ред. Зубарева П.Н., Трофимова В.М. — СПб. : Фолиант, 2005. — 203 с.
18. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 560 с.

Сведения об авторах

Скворцов Моисей Борисович — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом онкологии Иркутского государственного медицинского университета (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100; тел.: 8 (3952) 40-78-09).

Романовский Денис Игоревич — клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии с курсом онкологии Иркутский государственный медицинский университет (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100; тел.: 8 (3952) 40-78-09).