

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

М.Ю. ВОЛКОВ, А.В. АВГУСТИНОВИЧ, А.В. ПАК, С.Г. АФАНАСЬЕВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

В современной клинической онкологии устойчивой тенденцией является увеличение частоты проксимальных отделов желудка с вовлечением в процесс дистальных отделов пищевода. Послеоперационная летальность при раке кардиоэзофагеальной области составляет в среднем 10%, а 5-летняя выживаемость не превышает 25–40%. Постоянным объектом исследований является улучшение результатов хирургического лечения кардиоэзофагеального рака (КЭР). Дискуссионным остается вопрос о выборе адекватного хирургического доступа при КЭР.

Цель исследования – изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных КЭР в зависимости от варианта хирургического доступа.

Материал и методы. С 2006 по 2009 г. было пролечено 66 больных с диагнозом кардиоэзофагеальный рак, из них мужчин – 56 (85%), женщин – 10 (15%). Средний возраст – 56 лет. Аденокарцинома выявлена у 43 (68,3%), плоскоклеточный рак – у 15 (23,8%) пациентов. С учетом классификации J.R. Siewert (1987) выделено три группы пациентов: Зиверт I – 17 (25,8%), Зиверт II – 13 (19,7%), Зиверт III – 36 (54,5%) человек. Ориентируясь на локализацию патологического процесса, операции с доступом по Льюису выполнены 29 (44,0%), по Гэрлоку – 13 (19,7%), из лапаротомного доступа – 23 (34,8%), из торакотомного доступа слева – 1 (1,5%) пациенту. Вмешательства в брюшной полости включали стандартный объем лимфо-

диссекции D2, при операции Льюиса – расширенный двухзональный вариант 2F.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 15 (22,7%) больных. Наиболее частым из них явилась острая пневмония. Несостоятельность швов анастомоза, потребовавшая повторных дренирующих операций, развилась у 5 (7,5%) пациентов, из них у 3 после операции Гэрлока. Послеоперационная летальность составила 6,1%, умерло 4 пациента. После чрезбрюшинной гастрэктомии с резекцией абдоминального отдела пищевода умер 1 больной, после операции Гэрлока – 2, после операция Льюиса – 1 пациент. Причиной летальности в 2 случаях послужила несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза, в 1 – острая печеночная недостаточность, в 1 – ОНМК. В большинстве случаев, неблагоприятное течение послеоперационного периода происходило при операциях по типу Гэрлока. Одногодичная выживаемость составила 76,9%, двухгодичная – 65,4%. Чаще всего прогрессирование заболевания возникало после радикальных вмешательств из лапаротомного доступа и операций по типу Гэрлока.

Заключение. Правосторонний торакоабдоминальный доступ является предпочтительным при оперативных вмешательствах по поводу КЭР, поскольку обеспечивает более адекватную лимфодиссекцию и условия для формирования пищеводно-кишечных, в т.ч. внутривисцеральных анастомозов.