

УДК 616.333+616329]-006.6-089

В. И. Оноприев, В. М. Дурлештер, И. Б. Уваров, С. Р. Генрих,
Р. Ш. Сиюхов, А. В. Самородский, Д. А. Лютов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Российский центр функциональной хирургической
гастроэнтерологии, Краснодар

Увеличение частоты кардиоэзофагеального рака (КЭР) на фоне снижения заболеваемости раком желудка делает проблему лечения опухолей данной локализации чрезвычайно актуальной.

С 1991 по 2000 г. включительно в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии радикально оперированы 475 больных раком желудка, у 126 (26,5%) из них был поражен кардиальный отдел. Среди больных КЭР были 94 мужчины и 32 женщины в возрасте от 35 до 84 лет. У 40% больных наблюдались анемия и различные нарушения белкового и водно-солевого обмена, у 57,1% — сопутствующие заболевания. КЭР диагностировали по данным клинической картины, рентгенологического и эндоскопического исследований с гистологическим исследованием биоптатов. Всем больным до операции выполнялось трансабдоминальное УЗИ, 30% проведена КТ. Распределение пациентов в зависимости от стадий (по системе TNM и UICC, 1997) представлено в таблице.

Т а б л и ц а

Распределение больных раком кардиального отдела
желудка в зависимости от стадий

Стадия	Число больных	
	абс.	%
IA (T1N0M0)	7	5,6
IB (T1N1M0, T2N0M0)	11	8,7
II (T1N2M0, T2N1M0, T3N0M0)	13	10,3
IIIA (T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0)	44	34,9
IIIB (T3N2M0, T4N1M0)	18	14,3
IV (T4N2—3M0, T1—3N3M0)	33	26,2
Всего	126	100,0

Переход опухоли на пищевод отмечен у 32 пациентов, на дно желудка — у 22. У 14 больных имелись экзофитные опухоли, у 24 — бляшкообразные, у 46 — инфильтративно-язвенные, у 42 — инфильтративные. У 51 больного (40,5%) отмечалось распространение опухоли на соседние органы: толстую кишку (6 пациентов), ножки диафрагмы (22), поджелудочную железу (16), левую долю печени (2), надпочечник (3), тонкую кишку (2). Этим больным потребовались комбинированные вмешательства.

При раке кардиального отдела желудка применялись два типа операций — проксимальная субтотальная резекция желудка и гастрэктомия (или экстирпация культи желудка). Проксимальная резекция желудка выполнена 68 больным, гастрэктомия — 51, экстирпация культи желудка — 7 пациентам. Операции по поводу рака кардии в большинстве случаев производились из модифицированного лапаротомного доступа, дополненного пересечением и вывихиванием хрящевой части левой реберной дуги. Доступ обеспечивал свободные манипуляции в поддиафрагмальном пространстве. В 32 случаях при распространении опухоли на абдоминальный отдел пищевода лапаротомия дополнялась широкой сагиттальной диафрагмотомией.

Всем больным выполнялась расширенная лимфаденэктомия: в объеме D2 — 102 пациентам, D3 — 16, D4 — 8. Прорастание опухоли в соседние органы, потребовало выполнения комбинированных операций 52 пациентам (41,3%). Доля комбинированных операций при раке желудка проксимальной локализации оказалась значительно выше, чем при других локализациях опухоли. При комбинированных операциях чаще всего удалялись селезенка (23 случая), дистальная часть поджелудочной железы (16), левая половина или сегмент поперечной ободочной кишки (6), левый надпочечник (3), левая доля печени (2), участок тонкой кишки (2). У 22 пациентов прорастание опухоли потребовало резекции ножек или сухожильной части диафрагмы.

В основе оригинальных методов еюногастропластики при гастрэктомии лежит создание анатомо-функционального подобия утраченных кардии и привратника и замещение резервуарной функции желудка. Создание искусственной кардии основано на концево-петлевой конструкции пищевода-кишечного анастомоза [Оноприев В. И., 1966]. В клинике разработаны и применяются разные варианты еюногастропластики: без включения двенадцатиперстной кишки — с концево-петлевым анастомозом на короткой петле тощей кишки или с концево-петлевым анастомозом на длинной петле тощей кишки с межкишечным анастомозом; с включением двенадцатиперстной кишки — вставочно-обходная концево-петлевая эзофагоеюностомия с еюнодуоденостомией и энтероэнтеростомией или вставочная концево-петлевая эзофагоеюностомия с еюнодуоденостомией.

Для проксимальной резекции желудка разработаны новые оригинальные хирургические технологии построения арефлюксных функциональных пищевода-желудочных анастомозов. Сущность первой технологии (I вариант) заключается в том, что из подслизисто-слизистого слоя большой кривизны культи желудка формируют трубку, которую анастомозируют с подслизистым слоем пищевода и затем инвагинируют вместе с анастомозом в просвет культи желудка. После этого адаптируют мышечные слои пищевода и желудка и формируют мышечный жом из стенок культи желудка 4 швами-связками, фиксирующими созданный клапан к ножкам диафрагмы и обеспечивающими устойчивость клапана к дезинвагинации. При II варианте, условием выполнения которого является наличие достаточно больших размеров культи желудка, формируют слизисто-подслизистую трубку по малой кривизне культи желудка. Как и при I варианте, накладывают односторонним

швом анастомоз между подслизисто-слизистой трубкой культи желудка и подслизисто-слизистым слоем пищевода и после инвагинации анастомоза в просвет культи желудка швами-связками восстанавливают связочный аппарат пищевода и создают эзофаго-гастральный клапан за счет боковой инвагинации пищевода и пищеводно-желудочного анастомоза между стенками культи желудка. При значительной по объему проксимальной резекции создание арефлюксного анастомоза вышеописанными способами невыполнимо в связи с малыми размерами культи желудка. Для таких случаев нами разработана и применяется методика восстановления непрерывности пищеварительной системы после проксимальной субтотальной резекции желудка (патент на изобретение № 2175854 от 20 ноября 2001 г.), примененная у 9 больных раком кардиального отдела желудка. Сущность предложенного способа заключается в замещении проксимального отдела желудка изолированной петлей тощей кишки с формированием концево-петлевого пищеводно-кишечного анастомоза и концево-концевого (два конца кишечной вставки в конец антрального отдела желудка) кишечно-желудочного анастомоза. Наибольшее число пациентов (47) оперировано с использованием I варианта арефлюксного пищеводно-желудочного анастомоза, II вариант операции выполнен 12 больным, проксимальная резекция желудка с концево-петлевой еюногастропластикой — 9.

Послеоперационная летальность составила 3,9% (5 из 126 больных). Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза возникла у 1 больного (1,5%) после проксимальной субтотальной резекции желудка. Несостоятельности концево-петлевого эзофагоэнтероанастомоза не наблюдалось.

Характерным симптомом раннего послеоперационного периода (до 3 мес) у больных, перенесших проксимальную субтотальную резекцию желудка, являлась дисфагия: легкой степени — у 14 пациентов (20,6%), умеренной — у 6 (8,8%), тяжелой — у 1 пациента (1,5%). В последнем случае потребовалось эндоскопическое бужирование.

После радикальных операций на желудке может возникать ряд тяжелых расстройств, ухудшающих качество жизни больных. Частота и тяжесть послеоперационных расстройств зависят прежде всего от объема удаления органа. В патогенезе некоторых послеоперационных синдромов, в частности рефлюкс-эзофагита, ведущее место занимает функциональная неполноценность анастомоза. Рентгенологическим методом у всех обследованных больных изучена функция анастомозов после гастрэктомии и проксимальной субтотальной резекции желудка. Целью этого исследования было изучение проходимости и антирефлюксной функции анастомозов. Характерной особенностью являлось умеренное замедление эвакуации через пищеводно-желудочный анастомоз после проксимальной субтотальной резекции желудка с концевыми анастомозами в течение 1 мес после операции, затем эвакуация нормализовалась. Только в 1 случае для восстановления проходимости анастомоза потребовалось эндоскопическое бужирование.

Основная особенность концево-петлевого эзофагоэнтероанастомоза — его способность к активному закрытию и открытию при прохождении пищевого комка. Рентгенологические данные продемонстрировали следующие механизмы функционирования анастомоза: 1) диафрагмальный — сокращение диафрагмального мышечного жома, восстановленного швами-связками; 2) пищеводный — сокращение мышечных слоев

пищевода в зоне нижнего пищеводного сфинктера (сохраняется не всегда); 3) кишечный — перистальтика охватывающей пищевод петли тонкой кишки; 4) клапанный — газовый пузырь созданного резервуара.

При рентгенологическом исследовании рефлюкс контрастной взвеси в пищевод выявлен только у 2 пациентов. Резервуарная функция концево-петлевого эзофагоэнтероанастомоза без включения двенадцатиперстной кишки минимальная. Формируемый небольшой тощекишечный резервуар не может длительно задерживать пищу и порционно эвакуировать ее, т. е. не защищает тощую кишку от пищевой перегрузки. У пациентов с включением в пассаж двенадцатиперстной кишки резервуарная функция тонкокишечной вставки выражена значительно, при этом основную роль в ее обеспечении играет не околопищеводный резервуар, а антиперистальтика петли тощей кишки. Пищевой комок циркулирует по кишечной вставке, порционно эвакуируясь в двенадцатиперстную кишку.

Клапанная функция концево-петлевого эзофагоэнтероанастомоза при еюногастропластике подтверждена манометрическими исследованиями пищевода и области анастомоза. При манометрии на уровне искусственной кардии регистрируется подъем давления, который ниже наблюдаемого в норме, но все же достигает 7—10 мм рт. ст. Это указывает на наличие тонуса искусственной кардии. Протяженность зоны повышенного давления разная (35—50 мм), отмечается выраженная асимметрия давления по окружности искусственной кардии. Значительная по сравнению с нормой неравномерность тонуса искусственной кардии является следствием того, что одним из основных ее компонентов является тонус ножек диафрагмы, оказывающих неодинаковое давление на стенки. О наличии замыкательной функции искусственной кардии и обеспечении ею функционального отграничения пищевода от нижележащих отделов ЖКТ достоверно свидетельствует градиент давления — в пищеводе давление на 7—10 мм рт. ст. ниже, чем давление в тонкой кишке дистальнее искусственной кардии.

Выявляемое при манометрии существенное отличие реакции на глоток искусственной кардии от интактной состоит в отсутствии предшествующей сокращению релаксации кардии, которая проявляется в снижении давления на 15—30 мм рт. ст. непосредственно перед распространяющимся абсорбально подъемом давления. Для сравнения проведено манометрическое исследование простого пищеводно-кишечного анастомоза. Выявлено, что при тракции зонда через зону анастомоза давление практически не меняется, что свидетельствует об отсутствии какой-либо структуры, разделяющей ЖКТ. Измерение давления в области анастомоза выявило практически полное отсутствие области повышенного давления на уровне перехода пищевода в кишку. Зарегистрирован лишь подъем давления протяженностью до 10 мм, обусловленный давлением ножек диафрагмы.

Проведенные исследования свидетельствуют, что концево-петлевой эзофагоэнтероанастомоз является активно функционирующей структурой, призванной заменить удаленный желудок. Концево-петлевая конструкция пищеводных анастомозов при КЭР предпочтительна, поскольку обеспечивает оптимальные функциональные результаты.