

УДК 616-089.12:616.329-089-006.6:616-06

НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДЕФИЦИТАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

© 2007 г. В.Ф. Касаткин, А.Ю. Максимов, Ю.Ю. Сивирин

Advantages of the operation according to Savinykh before other methods of esophageal resection have been revealed: extrapleural performance of the operation, possibility to perform two-moment operation without any difficulties, possibility to dissect esophagus more radically.

В последнее десятилетие практически во всех странах мира отмечается некоторое снижение уровня заболеваемости раком желудка и пищевода, но в России она остаётся высокой (33,2 на 100 тыс. населения) и составляет 10,8 % в структуре онкологической заболеваемости, занимая второе место после опухолей лёгких, трахеи, бронхов [1]. Главной причиной летальности после операций на пищеводе продолжает оставаться несостоятельность пищеводных анастомозов, пневмонии [2 – 5].

Основным методом лечения больных раком пищевода считается хирургический. В настоящее время нет единого мнения о методике проведения операций на пищеводе по поводу рака у больных с сопутствующей патологией и функциональными дефицитами дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Целью нашей работы являлось улучшение непосредственных результатов радикального хирургического лечения злокачественных опухолей пищевода у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Клиническую оценку функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных раком пищевода с сочетанной патологией в ранний послеоперационный период хирургического лечения при торакотомном и трансхиатальном доступах проводили, используя суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Всем больным проводили суточное мониторирование АД с помощью аппарата фирмы AND (Япония) с учетом рекомендаций IV Международной согласительной конференции по проблемам СМАД в амбулаторных условиях. При анализе результатов суточного мониторирования АД использовали следующие показатели:

- суточное, дневное САД и ДАД, мм рт. ст.;
- вариабельность (ВАР) дневного САД и ДАД, мм рт. ст.;
- нагрузка давлением (ИБ) днем и ночью, %;
- ночное САД и ДАД, мм рт. ст.;
- вариабельность ночного САД и ДАД, мм рт. ст.;
- суточный индекс (СНС) для САД и ДАД, %.

Суточное мониторирование ЭКГ производили на двухканальных аппаратах «Икар ИН 22» (г. Москва)

и «Холтер-ЭКГ ДМС (г. Москва). Анализу подвергали общепринятые по методическому стандарту показатели.

Приоритетным направлением в современной хирургии пищевода по поводу рака у больных с сопутствующей патологией и функциональными дефицитами дыхательной и сердечно-сосудистой систем является применение трансхиатального доступа.

Последний позволяет расширить возможности радикального лечения за счёт группы лиц, которым в оперативном лечении отказывали из-за высокой вероятности летального исхода. Трансхиатальный доступ позволяет снизить летальность от последствий торакотомии.

На лечении в ТАО РНИОИ с 2002 по 2006 г. находились 60 больных раком пищевода и желудка с сопутствующей патологией и функциональными дефицитами дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Более 80 % пациентов как в основной, так и в контрольной группе составили пациенты от 41 до 60 лет. В основной группе мужчин было более 60 %, в контрольной – более 50.

При гистологическом исследовании удаленных препаратов чаще всего обнаруживали умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак в основной группе – 17 (58,62 %) и в контрольной – 20 (64,51 %) (табл. 1).

Таблица 1

Гистологическая структура опухолей у больных раком пищевода в основной и контрольной группах

Гистологический тип опухоли	Абсолютное число	%
Высокодифференцированный плоскоклеточный рак	7 (6)*	24,14 (19,36)
Умереннодифференцированный плоскоклеточный рак	17 (20)	58,62 (64,51)
Низкодифференцированный плоскоклеточный рак	4 (3)	13,79 (6,98)
Недифференцированный рак	1 (2)	3,45 (6,45)
Всего	29 (3)	100 (100)

* в скобках – контрольная группа.

В первую неделю после операции в основной группе респираторный дистресс синдром взрослых (РДСВ) развился у 3 больных (10,3 %), а в контрольной – у 7 (22,6 %).

Все больные основной группы переходили на самостоятельное дыхание и отключались от аппарата ИВЛ на 1-е сут после операции. Среди больных контрольной группы 21 (67,7 %) переходил к самостоятельному дыханию к концу 1-х сут после операции, а 10 больных (32,2 %) – только на 2-е сут.

У больных основной группы встречаемость найтпикеров и нондипперов была ниже, вариабельность значений АД ниже; у больных контрольной группы встречаемость найтпикеров и нондипперов была выше, вариабельность значений АД выше.

Таким образом, у больных контрольной группы хирургическое вмешательство с использованием торакотомного доступа неблагоприятно сказывалось на системной гемодинамике – возросло количество наблюдений с отсутствием ночного снижения АД либо с его повышением, возросла вариабельность давления на сосудистую стенку, что затрудняет адаптацию сосудистой стенки к меняющейся нагрузке, срыву регуляции и к неадекватному изменению сосудистого тонуса.

У больных основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы наблюдали снижение средней частоты сокращений сердца на 18,4 %. У пациентов основной группы по сравнению с больными контрольной группы наблюдали снижение количества эпизодов депрессии сегмента ST в сутки на 43,6 %; средней продолжительности – на 30; снижение степени депрессии сегмента ST – на 16,7 %, количества всех желудочковых экстрасистол – на 22,6. Удалось зарегистрировать снижение количества всех единичных желудочковых экстрасистол на 14,8 %, парных ЖЭ – на 47, пробежек желудочковой тахикардии на 36,4 % у больных основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы. У пациентов основной группы по сравнению с контрольной наблюдали снижение количества единичных суправентрикулярных экстрасистол на 17,1 % и пробежек суправентрикулярной тахикардии – на 19,4.

Таким образом, у больных основной группы через 7 дней после операции по сравнению с пациентами контрольной группы по результатам показателей суточного мониторинга ЭКГ можно отметить меньшую выраженность ишемических изменений в миокарде и более высокую электрическую стабильность сердца.

За первую неделю после операции в основной группе умерли 3 (10,3 %) пациента (табл. 2). Причиной смерти у одного больного явилась острая дыхательная недостаточность, у двух – острая сердечная недостаточность. В контрольной группе в первые 7 дней после операции умерли 5 чел. (16,1 %). У 2 чел. был интерстициальный отек легких, у 2 – острая сердечная недостаточность и 1 – острая

дыхательная недостаточность. Таким образом, основной причиной смерти у больных раком пищевода в первую неделю после операции с сочетанной сердечно-дыхательной патологией была резкая дезадаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Таблица 2

Абсолютное число умерших пациентов и летальность в основной и контрольной группах в ранний послеоперационный период

Послеоперационный период, дни	Основная группа (n=29)		Контрольная группа (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	1	3,4	1	3,2
2	–	–	1	3,2
3	1	3,4	2	6,4
4	1	3,4	–	–
5	–	–	1	3,2
6	–	–	–	–
7	–	–	–	–
В общем по группе	3	10,3	5	16,1

Таким образом, нами проанализирован опыт хирургического лечения рака пищевода на материале ТАО РНИОИ за период с 2002 по 2006 г. и выявлены преимущества операции по Савиных перед другими методами резекции пищевода: внеплевральное выполнение операции, возможность без каких-либо затруднений перевести операцию в двухмоментную, возможность более радикального иссечения пищевода.

Из вышеизложенного следует, что применение трансхиатального доступа позволяет увеличить операбельность среди больных раком пищевода с сопутствующей патологией и функциональными дефицитами сердечно-сосудистой и дыхательных систем за счёт группы лиц, которым в оперативном лечении отказывали из-за высокой вероятности летального исхода.

Применение трансхиатального доступа снижает выраженность негативной симптоматики, сопровождающей сердечно-дыхательную дезадаптацию в послеоперационный период.

Применение трансхиатального доступа к пищеводу у больных основной группы позволило достоверно ($p < 0,05$) снизить число летальных исходов в первые 7 дней после операции на 6 % по сравнению с контрольной группой (10,3 и 16,3 % соответственно).

Литература

1. Чайка А.В., Вашакмадзе Л.А. // Рос. онколог. журн. 2004. № 4. С. 46–47
2. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка. М., 1981.

3. Войновский Е.А., Ефименко Н.А., Сахаров А.И. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. М., 1996.
4. Дыхно Ю.А., Селин С.М., Батухтина Ю.В. // Рос. онколог. журн. 2004. № 4. С. 30–32.
5. Сигал М.З., Тазиев Р.М. // Вест. хирургии. 1984. № 3. С. 37–41.