

С. Д. Фокеев, Я. Н. Шойхет, А. Ф. Лазарев, Е. С. Фокеева
**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА НИЖНЕЙ
ТРЕТИ ПИЩЕВОДА**

*Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Барнаул
ГОУ ВПО Алтайский Государственный медицинский университет,
Барнаул*

В работе подтверждена высокая частота метастазирования рака пищевода в параэзофагеальные лимфатические узлы и целесообразность их удаления вместе с параэзофагеальной клетчаткой в едином блоке с опухолью пищевода. Переднебоковая торакотомия справа в IV межреберье при раке нижней трети пищевода позволяет качественно выполнить лимфодиссекцию, радикально удалить пораженный опухолью пищевод и в благоприятных условиях формировать эзофагогастроанастомоз. Формирование оригинального инвагинационного пищеводно-желудочного анастомоза по сравнению с анастомозом конец в бок снижает риск несостоятельности анастомоза на 21,5%, исключает летальность в раннем послеоперационном периоде и рубцовые стриктуры анастомоза в позднем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: рак пищевода, лимфодиссекция, торакотомия, инвагинационный анастомоз.

Ежегодно в России регистрируется около 10 000 больных раком пищевода, но лишь 30% из них получают специальное лечение и только 10% подвергаются хирургическому лечению, которое является основным при этом заболевании [1; 14]. Смертность от рака пищевода в течение первого года с момента постановки диагноза составляет более 60%.

Развитие оперативной техники, анестезиологии и реаниматологии значительно повысило безопасность хирургического лечения рака пищевода и улучшило его результаты, однако хирургия пищевода по-прежнему остается одним из самых сложных разделов хирургии желудочно-кишечного тракта. Это связано как с низкой 5-летней выживаемостью оперированных больных (в среднем не более 5—10%), так и с большим числом послеоперационных осложнений и высокой летальностью (до 10—20%) [3—5; 9]. Несостоятельность швов пищеводно-желудочного соустья по сей день остается самым тяжелым и довольно частым осложнением хирургического лечения рака пищевода. Частота несостоятельности пищеводно-желудочного соустья составляет 4—16,7% и приводит к летальному исходу в 50—70% случаев. Предлагалось множество методов выполнения пищеводно-желудочных анастомозов, направленных на создание оптимальных условий для заживления и предупреждение несостоятельности швов [7; 8; 19; 21].

Длительное время проблема формирования надежного пищеводного соустья оставалась в тени вопросы онко-

логической адекватности хирургического доступа, уровня резекции пищевода и, особенно, объема вмешательства на лимфоколлекторах [11; 13; 15].

Позднее обращение пациентов за медицинской помощью (обычно уже при дисфагии II—III степени), ранняя инвазия опухоли в окружающие ткани, распространенное метастазирование по обширной интрамуральной лимфатической сети на расстояние до 4—14 см от видимого края опухоли дают многим хирургам основание считать все случаи рака пищевода распространенными [20]. Это явилось причиной углубленного изучения особенностей лимфогенного метастазирования рака пищевода и переоценки онкологической адекватности хирургических доступов [2; 10]. Поскольку при поражении пищевода на любом уровне лимфогенные метастазы могут обнаруживаться в разных зонах средостения и брюшной полости, понятна необходимость унификации абластичной резекции пищевода с моноблочным удалением зон регионарного метастазирования. Это подтверждают результаты ведущих клиник мира: выживаемость больных после расширенной лимфодиссекции в 2 раза превосходит таковую пациентов, у которых регионарные лимфатические узлы не удаляли [23; 24].

Несомненно актуальным и очень важным для достижения успеха хирургического лечения рака пищевода является выбор онкологически адекватного оперативного доступа. Это первостепенная задача хирурга, поскольку правильный доступ позволяет в комфортных условиях выполнять резекционный и пластический этапы операции [17; 18].

Предметом нашего исследования явилась оптимизация хирургического доступа к нижней трети грудного отдела

пищевода. Для резекции и пластики нижнегрудного отдела пищевода и кардии чаще всего используют тораколапаротомию слева [12] и транسخиатальный доступ. Однако из этих доступов невозможно адекватно удалить регионарные лимфатические коллекторы. Нами разработана методика операции при раке кардии и нижней трети пищевода из комбинированного доступа, включающего верхнюю срединную лапаротомию и торакотомия справа. Предложенная операция подразумевает выполнение стандартной двухзональной (2S) лимфодиссекции (патент №2218098 от 10.12.2003) и формирование инвагинационного эзофагогастроанастомоза (патент №2208401 от 20.07.2003).

Для решения вопроса об эффективности предложенной методики лечения рака нижней трети пищевода нами сопоставлены результаты лечения двух групп больных. Основную группу составили 36 больных, оперированных по предложенной нами методике, контрольную — 31 пациент, оперированный по традиционной методике. В основной группе всем больным была выполнена субтотальная резекция пищевода, пластика изоперистальтическим стеблем желудка внутриплеврально справа, двухзональная лимфодиссекция (2S). В контрольной группе 18 больным выполнена операция Осавы Гэрлока, 13 больным — экстирпация пищевода транسخиатальным доступом, пластика изоперистальтическим стеблем желудка впередигрудинно с анастомозом на шее. Обе группы больных были в целом сопоставимы по возрасту (табл. 1), однако в основной группе лиц в возрасте 50 лет и старше было на 18,4% больше ($p<0,05$).

Среди больных основной группы рак пищевода III стадии наблюдался у 58,3% больных, т. е. на 39% чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$) (табл. 2). В контрольной группе было больше больных со IIA стадией. В основной группе метастазы в лимфоузлы наблюдались у 22 из 36 (61,1%) больных, в контрольной — у 5 из 31 (16,1%). Различия статистически достоверны.

В контрольной группе из 16 (51,6%) больных с осложнениями у 8 (25,8%) наблюдалась несостоятельность анастомоза, у 5 (16,1%) — эмпиема плевры, у 3 (9,7%) — кровотечение. Кроме того, наблюдалось по одному случаю пневмонии и некроза желудочного стебля. В основной группе только у 1 (2,8%) больного возникла несостоятельность анастомоза ($p<0,001$). Из 31 больного контрольной группы в раннем послеоперационном периоде умерли 6 (19,4%) больных. Причиной смерти была несостоятельность анастомоза. В основной группе летальных исходов не было.

В срок до 6 мес после операции у 8 (25,8%) больных контрольной группы развилась рубцовая стриктура анастомоза. Дисфагия I степени отмечена у 3 (9,7%), II степени — у 4 (12,9%), III степени — у 1 (3,2%) больного. При дисфагии II степени с успехом проводилось бужирование анастомоза. При дисфагии III степени оно оказалось неэффективным, в связи с чем пришлось наложить еюностомию для питания.

В основной группе в течение года не отмечено ни одного рецидива опухоли. В контрольной группе рецидив опухоли в сроки от 6 до 10 мес возник у 4 (12,9%) больных.

Комбинированный доступ, включающий верхнесрединную лапаротомию и торакотомия справа, и стандарт-

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст, годы	Группы больных				p
	контрольная (n=31)		основная (n=36)		
	абс.	%	абс.	%	
30—39	2	6,5	0	0	—
40—49	8	25,8	5	13,9	>0,5
50—59	14	45,2	14	38,9	>0,5
60—69	6	19,3	16	44,4	>0,2
70 и старше	1	3,2	1	2,8	>0,5

Таблица 2

Распределение больных по стадиям заболевания

Стадия		Группы больных				p
		контрольная (n=31)		основная (n=36)		
		абс.%	%	абс.	%	
I	T1N0M0	2	6,5	0	0	>0,2
IIA	T2N0M0	10	32,3	0	0	<0,001
	T3N0M0	13	41,9	14	38,9	>0,5
	Всего	23	74,2	14	38,9	<0,05
IIB	T1N1M0	0	0	0	0	—
	T2N1M0	0	0	1	2,8	>0,5
III	T3N1M0	5	16,1	14	38,9	>0,5
	T4N0M0	1	3,2	0	0	>0,5
	T4N1M1	0	0	7	19,4	<0,01
	Всего	6	19,3	21	58,3	<0,05

ная двухзональная (2S) лимфодиссекция позволили повысить радикальность операции при раке нижней трети пищевода за счет удаления метастазов в регионарных лимфатических узлах, снизить частоту осложнений в раннем послеоперационном периоде на 48,8% и предотвратить рецидивы опухоли в течение 10 мес после операции. Формирование инвагинационного пищеводно-желудочного анастомоза по разработанной методике позволяет снизить частоту несостоятельности анастомоза в раннем послеоперационном периоде на 21,5% и предотвратить летальные исходы. Для сравнения: при формировании пищеводно-желудочного анастомоза конец в бок умирают 23,9% пациентов. При наложении анастомоза по разработанной методике отсутствуют рубцовые стриктуры анастомоза в позднем послеоперационном периоде, в то время как при наложении анастомоза конец в бок они наблюдаются у 15,2% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боре́йко Г. К. К анатомии лимфатических сосудов в нижнем отделе пищевода и кардиальной части желудка // Сб. трудов, посвящ. проф. А. Г. Савиных. — Томск, 1948. — С. 80—83.
2. Выренков Ю. Е. Лимфатическая система пищевода // Петерсон Б. Е. (ред.). Атлас онкологических операций — М.: Медицина, 1987. — С. 250.
3. Давыдов М. И. Одномоментные операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода: Дис... д-ра мед. наук. — М., 1988. — 313 с.
4. Давыдов М. И., Рындин В. Д., Тулецов А. Е. и др. Комбинированное и хирургическое лечение рака пищевода // Хирургия. — 1991. — №4. — С. 32—34.
5. Давыдов М. И., Стилиди И. С., Арзыкулов Д. А. и др. Актуальные вопросы лимфодиссекции у больных раком грудного отдела пищевода // Совр. онкол. — 2000. — Т. 2, №1. — С. 1—8.
6. Двойрин В. В., Аксель Е. М., Трапезников Н. Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ. — М., 1996. — С. 275.
7. Демин Д. И., Уразов Н. Е., Гафаров Р. Ф. и др. Оптимизация лечения больных раком средне- и нижнегрудного отделов пищевода // Высокие технологии в онкологии. — Казань, 2000. — Т. 2. — С. 69—70.
8. Зубарев М. И., Синенченко Г. И., Кобак М. Э. и др. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии, осложнения и опасности // Вестн. хир. — 1998. — Т. 157, №5. — С. 100—104.
9. Кегелес А. С. Модификация пищеводно-кишечного анастомоза // Хирургия. — 1993. — №2. — С. 63—65.
10. Клименков А. А., Бондарь Г. В., Звездин В. П. и др. Опыт использования муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза при гастрэктомии по поводу рака // Хирургия. — 1985. — Т. 5. — С. 109—112.
11. Мамонтов А. С. Комбинированное лечение рака пищевода // Практ. онкол. — 2003. — Т. 4, №2. — С. 76—82.
12. Мамонтов А. С., Бойко А. В., Петерсон С. Б. и др. Хирургическое и комбинированное лечение рака верхнегрудного отдела пищевода // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2003. — №1. — С. 68—70.
13. Мельников О. Р. Рак пищевода: клиническая картина и стадирование заболевания // Практ. онкол. — 2003. — Т. 4, №2. — С. 66—69.
14. Мирошников В. И., Лабазанов М. М., Павелец К. В. и др. Резекция пищевода с одномоментной внутригрудной эзофагогастропластикой // Вестн. хир. — 1995. — Т. 154, №3. — С. 22—25.

15. Рындин В. Д. Пути улучшения хирургического и комбинированного лечения рака пищевода: Дис... д-ра мед. наук. — М., 1989. — 258 с.
16. Симонов Н. Н., Канаев С. В., Коротова Л. И. и др. Лечение больных раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны на современном этапе // Вопр. онкол. — 1999. — Т. 45, №2. — С. 124—128.
17. Стилиди И. С., Давыдов М. И., Полоцкий Б. Е. и др. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2003. — №1. — С. 75—79.
18. Столяров В. И., Симонов Н. Н., Шукин В. В. Результаты одномоментной резекции и эзофагопластики при раке пищевода на этапах клинического внедрения // Вопр. онкол. — 1998. — Т. 44, №2. — С. 190—195.
19. Столяров В. И., Шукин В. В. О многоэтапных хирургических операциях в лечении рака пищевода // Вопр. онкол. — 1996. — Т. 42, №6. — С. 61—64.
20. Цацаниди К. Н. Модификация инвагинационного пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомоза после гастрэктомии и резекции кардии: Дис... канд. мед. наук. — М., 1965. — 156 с.
21. Черноусов А. Ф., Сильвестров В. С., Курбанов Ф. С. Пластика пищевода желудком при раке и доброкачественных стриктурах. — М.: Медицина, 1990. — 144 с.
22. Шалимов А. А., Саенко В. Ф., Шалимов С. А. Хирургия пищевода. — М.: Медицина, 1975. — 316 с.
23. Шалимов А. А., Толупан В. Н. Операции на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке (атлас). — М.: Медицина, 1975. — 174 с.
24. Altorki N. K., Skinner D. Occult cervical nodal metastasis in esophageal cancer: preliminary results of three-field lymph node dissection // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 236, N 2. — P. 177—183.
25. Fujita H., Kakagawa T., Tanaka H. et al. Mortality and morbidity rates, postoperative course, quality of life and prognosis after extended radical lymphadenectomy for esophageal cancer. Comparison of three-field lymphadenectomy // Ann. Surg. — 1995. — Vol. 222, N 5. — P. 654—662.
26. Mokeown K. C. Resection of midesophageal carcinoma with esophagogastric anastomosis // World J. Surg. — 1981. — Vol. 5, N 4. — P. 517—526.
27. Postlethwait R. W., Durham N. C. Complications and deaths after operations for esophageal carcinoma // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1983. — Vol. 85, N 6. — P. 827—831.

Поступила 05.11.2004

S. D. Fokeyev, Ya. N. Shoikhet, A. F. Lazarev, E. S. Fokeyeva OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT FOR LOWER THIRD ESOPHAGEAL CARCINOMA

Altai Branch of the N. N. Blokhin RCRC, RAMS, Barnaul
Altai State Medical University, Barnaul

The paper confirms the high rate of paraesophageal lymph node metastasis in esophageal cancer and the necessity of en-bloc dissection of the esophageal tumor and the lymph nodes with paraesophageal cellular tissue. Right front-lateral IV intercostal thoracotomy in lower third esophageal cancer ensures high-quality lymph node dissection, radical removal of the tumor-affected esophagus and favorable conditions for esophagogastric anastomosis. Original invaginative esophagogastric anastomosis reduces by 21.5% the risk of anastomosis failure as compared to end-to-side anastomosis, excludes early postoperative lethality and late postoperative corrosive stricture of the anastomosis.

Key words: esophageal cancer, lymph node dissection, thoracotomy, invaginative anastomosis.