

КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РАК

УДК 616.333+616.329]-006.6-089

*А. Г. Барышев, А. В. Янкин, Н. П. Скотарев, С. В. Овсяницкий,
С. Д. Оганесян, Е. И. Грицаев*

ОЦЕНКА РАННИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

*Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер,
Кафедра онкологии и торакальной хирургии ФППВ Кубанской
государственной медицинской академии, Краснодар*

Проблема своевременного выявления и адекватного лечения рака желудка и кардиоэзофагеальной зоны продолжает оставаться актуальной, несмотря на тенденцию снижения заболеваемости в экономически развитых странах [3; 6]. За последние 5 лет заболеваемость раком желудка в Краснодарском крае снизилась на 3,4%. В 2001 г. она равнялась 28,1 на 100 000 населения, что в среднем ниже, чем по России. Однако отношение числа умерших к числу заболевших практически не изменилось и составило в 2001 г. 78,5% [2]. Это заставляет совершенствовать диагностику и лечение рака желудка и кардиоэзофагеальной зоны.

Оперативное вмешательство, которое было, есть и будет «золотым» стандартом лечения рака желудка и кардио-эзофагеальной зоны, должно выполняться с соблюдением основополагающего принципа онкохирургии — удаления пораженного органа с моноблочной лимфодиссекцией [1]. Это особенно актуально при кардиоэзофагеальном раке, поскольку, во-первых, в опухолевый процесс вовлечены два органа — желудок и пищевод, а во-вторых, адекватный объем операции позволяет не только предупредить локальный рецидив, но и судить об истинной распространенности опухоли. Важнейшим моментом операции является моноблочная лимфодиссекция, которая впервые была описана D. Jinnai и S. Tanaka еще в 1962 г. [4]. Тщательная лимфодиссекция позволяет не только правильно стадировать рак желудка и кардиоэзофагеальной зоны (феномен W. Rogers), но и обеспечивает наиболее высокие отдаленные результаты лечения.

Всем этим мы руководствовались при проведении настоящего исследования. Нашей задачей было снижение частоты послеоперационных осложнений при максимальной радикальности хирургического лечения кардиоэзофагеального рака.

В 2000—2002 гг. в онкохирургическом гастроэнтерологическом отделении Краснодарского краевого клинического онкологического диспансера по поводу кардиоэзофагеального рака выполнено 50 гастрэктомий с резекцией нижней трети пищевода из комбинированного лапароторакотомного доступа в VII межреберье. В 16 случаях операции были комбинированными. Чаще всего (6 пациентов) приходилось резецировать часть диафрагмы, реже поджелудочную железу (3), левый надпочечник (3), левую долю печени (2), поперечную ободочную кишку (2). Объем лимфодиссекции во всех случаях составил D2 или D3. Помимо расширенной лимфодиссекции всем пациентам производилась спленэктомия.

К врачам большинство пациентов (66,3%) обращалось через 4—6 мес после появления первых жалоб. Чаще всего (87%) у больных наблюдалась дисфагия. Средний возраст пациентов составил 64,8 года (40—76 лет). Женщин было всего 16%. При анализе распространенности опухоли следует подчеркнуть, что у большинства больных (77,4%) была диагностирована II-IV стадия заболевания. У 95% пациентов были обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах. Большинство опухолей IV стадии характеризовались регионарным метастазированием и инвазией соседних органов в отсутствие отдаленных метастазов. По нашему мнению, оперативное вмешательство нецелесообразно при канцероматозе брюшной или плевральной полости и множественном поражении печени.

Операцию начинали с косой лапаротомии в левом подреберье и ревизии брюшной полости. В отсутствие канцероматоза брюшной полости разрез продолжали в VII межреберье, пересекали реберную дугу и диафрагму по направлению к пищеводу. При опухолях проксимального отдела желудка и кардии мы считаем этот оперативный доступ оптимальным. Он позволяет выполнить комбинированное вмешательство и расширенную лимфаденэктомию как в брюшной полости, так и в средостении. Некоторые технические трудности возникают при восстановлении непрерывности пищеварительного тракта в том случае, если пищевод резецирован выше межбронхиального сегмента. В связи с этим, чтобы точно определить распространение опухоли по пищеводу, всем больным до операции мы проводим компьютерную томографию. При поражении ретроперикардального и расположенных выше отделов пищевода мы выполняем лапаротомию и торакотомию в IV—V межреберье справа. Надо отметить, что нам ни разу не удалось сделать радикальной операции при поражении желудка, кардии и ретроперикардального отдела пищевода. В 4 случаях при таком распространенном опухолевом процессе из-за отдаленных метастазов была выполнена гастростомия.

Важным условием планирования оперативного вмешательства является предоперационный гистологический диагноз. У всех больных, которым была выполнена комбинированная тораколапарофренотомия, была выявлена аденокарцинома разной степени дифференцировки. Если при гистологическом исследовании обнаруживался плоскоклеточный рак, мы ставили диагноз рак пищевода и проводили расширенную интраабдоминальную и медиастинальную лимфодиссекцию, а также по крайней мере субтотальную резекцию пищевода.

Мобилизация пораженных органов выполнялась острым путем «от сосудов», начиная от двенадцатиперстной кишки.

Затем выполнялась лимфодиссекция по ходу печеночно-двенадцатиперстной связки. От печени отсекался малый сальник с паракардиальными лимфоузлами. Правая и левая желудочные артерии перевязывались. Затем проводилась лимфодиссекция в заднем средостении. Единым блоком удалялась клетчатка с лимфоузлами до корней легких. При этом не всегда удавалось сохранить целостность париетальной плевры справа (18 больных), поэтому в конце операции мы проводили тщательную ревизию и при необходимости дренирование правой плевральной полости.

Еще одним обязательным этапом операции являлась спленэктомия и тщательная лимфодиссекция вдоль селезеночной артерии и в зоне хвоста поджелудочной железы. У 5 больных в раннем послеоперационном периоде отмечены повышение активности амилазы крови и умеренный болевой синдром в левом подреберье. Риск послеоперационного панкреатита зависит от техники обработки сосудов ворот селезенки и особенностей кровоснабжения хвоста поджелудочной железы. В нашем исследовании при панкреатите оказалось достаточно консервативных мероприятий — применения антиферментных препаратов, октреотида, далапаргина. Четверем больным была выполнена резекция (от дистальной до субтотальной) поджелудочной железы в связи с ее поражением опухолью. В одном случае одномоментно была резецирована левая доля печени, в другом — левый надпочечник. За 15—20 мин до пересечения поджелудочной железы внутривенно вводился фторурацил (250—500 мг). Культи поджелудочной железы обрабатывалась путем раздельного прошивания и перевязки сосудов по верхнему и нижнему краю органа с последующим лигированием протока под контролем зрения [5]. Панкреатит развился у 1 больного, что потребовало длительного (в течение 12 сут) дренирования левого поддиафрагмального пространства.

Чаще всего опухоль распространялась на диафрагму (8 случаев). У 2 пациентов из этой группы одновременно были поражены левый надпочечник, поджелудочная железа и поперечная ободочная кишка. Технических трудностей на этапе мобилизации диафрагмы, резекции единым блоком с препаратом и последующего восстановления ее целостности мы не встретили. Двум больным с большим дефектом диафрагмы, чтобы исключить попадание кишечных петель в плевральную полость, была выполнена пластика дефекта брыжейкой поперечной ободочной кишки. Послеоперационный период протекал у этих больных без осложнений. Спустя год после операции дефекта диафрагмы не наблюдалось. Во всех случаях независимо от инвазии опухолью единым блоком с препаратом нами удалялись пищеводное кольцо диафрагмы и ее ножки.

Мобилизация препарата заканчивалась отделением большого сальника от поперечной ободочной кишки и обработкой основания левых и правых желудочно-сальниковых сосудов. Культи двенадцатиперстной кишки прошивалась аппаратом УО-60 с последующим погружением кисетным швом. Способ пластики пищевода и желудка выбирался в зависимости от длины брыжейки тонкой кишки. Если удавалось без натяжения подвести начальную петлю тощей кишки к пищеводу (26 больных), формировался пищеводно-тонкокишечный анастомоз по М. И. Давыдову (9 больных) или по методике, разработанной в нашем отделении (патент №2146499 от 26.01.99) (17 больных). В 1 случае была выполнена гастропластика с использованием участка поперечной ободочной кишки, остальным 23 больным — пищеводно-тонкокишечный анастомоз

по Ору — Ханту — Накаяме с межкишечным анастомозом по Ру. Несостоятельность швов пищеводно-тонкокишечного анастомоза наблюдалась у 2 больных, один из них умер. Второму пациенту удалось провести назоэзональный зонд ниже анастомоза и, используя его для кормления пациента, добиться заживления соустья консервативными мероприятиями.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 12 больных. У 6 пациентов это были осложнения со стороны органов дыхания, при этом в 4 случаях наблюдалось снижение воздушности нижней доли левого легкого. Эти осложнения были излечены антибиотиками, дыхательной гимнастикой, ингаляциями и массажем. У 11 пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались аритмии и проявления ишемической болезни сердца. Умерли 3 больных. В 1 случае это было обусловлено несостоятельностью пищеводно-тонкокишечного анастомоза, в 2 других — острой сердечно-легочной недостаточностью. У 1 из этих пациентов смерть наступила на операционном столе в начале мобилизации препарата. Осложнений, связанных с расширенной лимфодиссекцией, отмечено не было. Исключение составили 3 случая, когда в послеоперационном периоде в связи с активной лимфорецией в течение 7 сут требовалось дренирование брюшной полости. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 450—500 мл.

На основании опыта расширенных и комбинированных оперативных вмешательств по поводу кардиоэзофагеального рака из тораколапарофренотомного доступа можно констатировать следующее:

- 1) определение границ и гистологического типа опухоли позволяет правильно выбрать оперативный доступ и объем вмешательства;
- 2) комбинированная тораколапарофренотомия обеспечивает оптимальные возможности для мобилизации и удаления нижней трети пищевода, желудка и смежных органов, а также расширенной интраабдоминальной и медиастинальной лимфодиссекции;
- 3) последовательная мобилизация органов и их моноблочное удаление с обработкой «от сосудов» делают вмешательство максимально удобным и позволяют соблюдать основные принципы хирургического лечения злокачественной опухоли;
- 4) расширенная лимфодиссекция является неотъемлемой частью операции, не увеличивает интраоперационной кровопотери и риска послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И. Рак желудка: что определяет стандарты // *Практ. онкол.* — 2001. — Т. 3, №7. — С. 18—25.
2. Войцехович Б. А., Дудик Ю. Е. Злокачественные новообразования в Краснодарском крае в 1997—2001 годах — 2002. — С. 8—25.
3. *Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer*. 8th General Meeting of the WHO-CC for primary prevention. New-York, 29 April, 2001.
4. Jinai D., Tanaka S. Technique of extended radical operation for gastric cancer // *Geka Chiro.* — 1962. — Vol. 7. — P. 121—123.
5. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T. Pancreas-preserving total gastrectomy for proximal gastric cancer // *World J. Surg.* — 1995. — Vol. 19. — P. 532—536.
6. Neugut A. I., Hayek M., Howe G. Epidemiology of gastric cancer // *Semin. Oncol.* — 1995. — Vol. 23. — P. 281—291.