

М. Н. Давыдов, С. Н. Неред, В. А. Кузьмичев, С. М. Волков

# ПРОБЛЕМЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА

НИИ клинической онкологии

Успехи и неудачи эзофагопластики во многом определяют отношение онкологов к хирургическому лечению рака пищевода как альтернативе лучевой терапии. Расширение показаний к хирургическому методу возможно при условии низкой послеоперационной летальности и удовлетворительной функции искусственного пищевода. Использование желудка для замещения резецированного пищевода, по мнению многих авторов, наилучшим образом отвечает этим требованиям [3, 4, 7, 10].

**Материал и методы.** Во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР в 1954—1989 гг. операции, завершавшиеся пищеводно-желудочным анастомозом, выполнены 298 больным раком грудного отдела пищевода. У 293 из них реконструкция сочеталась с резекцией пищевода, у 5 вмешательство носило шунтирующий характер. При гистологическом исследовании у 288 (96,6 %) больных диагностирован плоскоклеточный рак, у 2 (0,7 %) — железисто-плоскоклеточный, у 8 (2,7 %) при высокой локализации опухоли в пищеводе обнаружен рак без уточнения структуры. 58 (19,5 %) оперированных были старше 60 лет. Большинство больных (79,5 %) операция произведена в III—IV стадиях опухолевого процесса. У 25 (8,5 %) больных граница опухоли располагалась в верхнегрудном отделе пищевода, у 120 (40,3 %) — в среднегрудном, у 153 (51,3 %) — в нижнегрудном.

Использовали 2 метода эзофагогастропластики:

1. Изоперистальтическая эзофагопластика целым желудком или его частью после проксимальной резекции (178 операций типа Льюиса и 73 типа Гэрлока). Желудок был перемещен в заднее средостение и анастомозирован с пищеводом либо в грудной клетке (251 операция), либо на шее (6 операций).
2. Антиперистальтическая эзофагопластика трубкой из большой кривизны желудка с отсеченным шейным эзофагогастроанастомозом (36 операций). Трансплантат размещался либо за грудиной, либо в заднем средостении.

**Изоперистальтическая эзофагопластика. Формирование трансплантата.** При перемещении желудка высоко в плевральную полость важнейшей остается проблема гнойно-септических осложнений вследствие ишемических некрозов трансплантата. Исходя из анатомических исследований, рассматривающих частое отсутствие экстраорганных коллатералей между правыми и левыми желудочно-сальниковыми сосудами, многие хирурги предлагают при мобилизации желудка резецировать фундальный отдел во избежание его некроза [2, 4]. Этому же принципу придерживались в ВОНЦ АМН СССР в период с 1954 по 1982 г. при выполнении 25 операций типа Льюиса и 47 операций типа Гэрлока.

Вместе с тем длина резецированного желудка может ограничивать уровень пересечения пищевода, а реальная частота некрозов целого желудка после мобилизации по обобщенным литературным данным значительно ниже, чем можно было бы ожидать по анатомическим исследованиям. В эксперименте на собаках нами было показано, что в дне желудка исходно более низкий тканевый кровоток, напряжение кислорода и содержание супероксиддисмутазы в слизистой, чем в антральном отделе (см. табл.). Интересно, что после мобилизации желудка для эзофагогастропластики напря-

Тканевый кровоток, напряжение кислорода и содержание супероксиддисмутазы в антральном отделе и дне желудка

|                  |                   | Тканевый кровоток, мл/мин/100 г | Напряжение кислорода, мм Н | Содержание СОД, ЕА |
|------------------|-------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Антральный отдел | До мобилизации    | 127,7±8,7                       | 85,7±2,7                   | 27,0±3,6           |
|                  | После мобилизации | 88,3±8,3                        | 64,9±2,7                   | 13,4±2,7           |
| Фундальный отдел | До мобилизации    | 93,6±11,2                       | 49,7±2,1                   | 16,3±5,2           |
|                  | После мобилизации | 50,9±6,0                        | 46,5±2,9                   | 10,7±1,7           |

жение  $O_2$  и содержание СОД в фундальном отделе менялось в меньшей степени, чем в антральном отделе, что, видимо, связано с лучшей переносимостью ишемии в проксимальном отделе вследствие низкой функциональной нагрузки, то есть исходно фундальный отдел как бы подготовлен к дефициту кровоснабжения и не следует преувеличивать риск ишемического некроза.

С 1982 г. расширились показания к операции типа Льюиса с замещением пищевода целым желудком (117 операций), что стало возможно благодаря совершенствованию техники мобилизации последнего.

Резекция дна или всего проксимального отдела желудка выполнялась только по онкологическим соображениям или в случае сомнений в адекватности кровообращения этих отделов после мобилизации (36 операций типа Льюиса и 26 операций типа Гэрлока). Ключом мобилизации, позволяющей сохранить кровоснабжение проксимального отдела желудка, мы считаем правильную перевязку коротких желудочных сосудов, пересечение которых необходимо проводить возможно дальше от стенки фундального отдела, почти у пульпы селезенки. За счет сохранения развилки коротких желудочных сосудов в остатках желудочно-селезеночной связки обеспечивается возможность коллатерального кровотока.

Некроз проксимального отдела желудка в послеоперационном периоде развился у 5 (4,3 %) больных. Если позволяет состояние больного, необходима повторная операция — резекция некротизированного участка и формирование нового анастомоза, что было выполнено 4 больным. 3 погибли вследствие полиорганной недостаточности, так как операция проводилась на фоне обширной эмпиемы. При более раннем установлении диагноза операция закончилась благополучно.

Для ранней диагностики данного осложнения в эксперименте нами разработан метод миоэлектрического мониторинга, основанный на регистрации электрической активности желудка с помощью имплантированного электрода. Показано, что некроз проксимального отдела желудка сопровождается снижением частоты следования потенциалов, очевидно, вследствие неблагоприятного воздействия на зону водителя ритма. Диагностические возможности метода в клинике уточняются.

Реже встречается другое проявление ишемии — кровотечение из острых язв желудка (2 больных). Лечение в этом случае направлено на коррекцию кровопотери, местное воздействие на слизистую. Еще у 2 больных наблюдалась несостоятельность швов желудка в области ушитой кардии.

*Внутригрудное пищеводно-желудочное соустье.* Применялись 4 варианта внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза: двухрядный ручной анастомоз — у 18 больных, двухрядный анастомоз с использованием аппарата ПКС у 25 или СПТУ — у 40, инвагинационный анастомоз по принципу черныльницы-непроливайки — у 10, анастомоз, окутанный желудочной стенкой наподобие фундопликации по Ниссену, — у 183. Последний вариант соустья также обозначается в литературе как анастомоз наподобие оборачивания шарфом [11].

Несостоятельность швов анастомоза выявлена в 27,8, 27,5, 50 и 5,5 % случаев соответственно. Очевидно, что методика анастомоза наподобие оборачивания шарфом наиболее надежная. Она позволила уменьшить частоту летальности от несостоятельности швов внутригрудного соустья до 0,5 % по сравнению с 17,6 % при других методах внутригрудного анастомоза ( $p < 0,05$ ).

Методика окутывания пищевода анастомоза желудочной стенкой предполагает только концевой тип анастомозирования. Инвагинационный же и часть двухрядных анастомозов были выполнены по типу «конец в конец». При одинаковом типе анастомозирования также отмечено достоверное снижение частоты несостоятельности швов за счет методики окутывания анастомоза желудочной стенкой (5,5 и 28,8 % соответственно,  $p < 0,05$ ). Различия в результатах, по нашему мнению, объясняются особенностями наложения серозно-мышечных швов в сравниваемых анастомозах. При инвагинационном и двухрядном во 2-й ряд швов захватываются серозно-мышечные слои желудочной стенки и мышечные слои стенки пищевода. При окутывании анастомоза желудочной стенкой часть швов 2-го ряда дважды захватывают только желудочную стенку (рис. 1), на них и приходится основная нагрузка, создаваемая натяжением сшиваемых тканей, а, как известно, серозно-мышечные слои желудка являются более прочными, чем мышечные слои пищевода. Последние легко прорезываются швами. Наряду с этим между двумя серозными оболочками быстрее образуются прочные сращения, фиксирующие желудочную муфту.

По этим соображениям от инвагинации анастомоза «конец в конец» мы отказались полностью и используем ее только в дополнение к окутыванию пищевода анастомоза «конец в бок» при небольших размерах желудочного трансплантата для укрытия швов 1-го ряда на передней стенке ана-

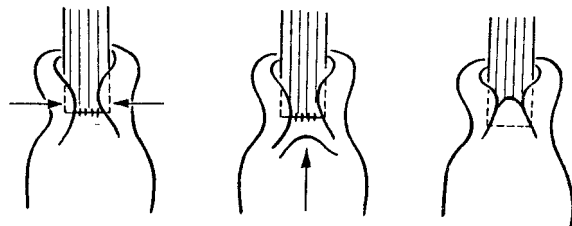


Рис. 2. Укрытие 1-го ряда швов анастомоза при небольших размерах желудочного трансплантата.

стомоза (рис. 2), поскольку завершение окутывания в этом случае может приводить к значительному натяжению швов и сдавливанию в муфте из желудочной стенки терминального отдела пищевода.

Нами не выявлено зависимости частоты несостоятельности швов анастомоза, окутанного желудочной стенкой, от таких факторов, как предоперационная лучевая терапия, дефицит массы тела больных, нарушение белкового обмена, что указывает на первостепенное значение способа пищевода анастомоза и хирургической техники для профилактики этого осложнения.

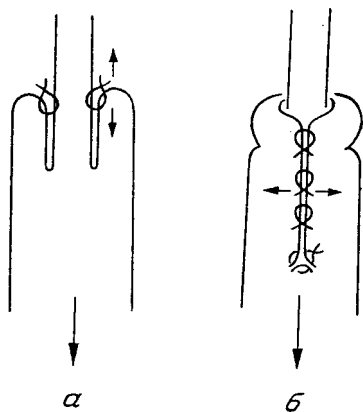
Следует отметить, что внедрение с 1982 г. в клинику ВОНЦ АМН СССР способа окутывания пищевода анастомоза желудочной стенкой и эзофагопластики целым желудком изменило соотношение причин послеоперационной смертности. В период 1954—1981 гг. несостоятельность швов внутригрудного эзофагогастроанастомоза являлась основной причиной смерти больных (12 из 28 умерших). С 1982 г. это осложнение перестает значиться в числе ведущих причин послеоперационной летальности (1 из 24 умерших), что отражает высокую надежность анастомоза, окутанного желудочной стенкой. Вместе с тем возрос удельный вес летальных осложнений со стороны желудочного трансплантата (8 умерших), которые, конкурируя с легочными осложнениями (8 умерших), стали ведущими причинами летальных исходов после операций с внутригрудным пищеводно-желудочным анастомозом. Другими летальными осложнениями у оперированных в период 1982—1989 гг. были сердечно-сосудистая недостаточность в 4 случаях, медиастинит без недостаточности швов анастомоза — в 3 случаях.

*Функциональные результаты изоперистальтической эзофагопластики.* Следствием мобилизации желудка являются различные степени нарушения его двигательной активности, крайним проявлением которого может быть атоническое расширение желудка почти на всю плевральную полость, что отмечено у 19 (12,4 %) больных. Для профилактики этого осложнения необходимо декомпрессивное дренирование желудка через назогастральный зонд до 4—5 дней после операции.

В послеоперационном периоде качество жизни больных во многом определяется эвакуаторной функцией перемещенного желудка. Как показали наши исследования, для эзофагогастропластики целым желудком характерно значительное ускорение эвакуации в первые 5—10 мин, в течение которых до 70—80 % содержимого проходит в двенадцатиперстную кишку вследствие вертикального положения желудка и отсутствия рецептивной релаксации. В последующем эвакуация замед-

Рис. 1. Особенности серозно-мышечных швов в инвагинационном анастомозе (а), и анастомозе, окутанном желудочной стенкой (б).

Стрелками указаны направления нагрузки на швы, создаваемой натяжением тканей и тяжестью трансплантата.



ляется и проходит довольно равномерно. Вследствие ускоренной начальной эвакуации не происходит равномерного смешивания желудочного содержимого с желчью и панкреатическим соком, как следствие этого существенно страдают процессы всасывания жиров. Это было подтверждено радионуклидным методом с  $^{131}\text{I}$ -олеиновой кислотой. С быстрой эвакуацией связано также и развитие демпинг-синдрома, мягкие проявления которого можно выявить практически у всех больных. Демпинг-синдром был выраженным у 31 (26,5 %) и резко выраженным у 3 (2,6 %) больных и проявлялся типичными гастроинтестинальными и вегетативными жалобами.

Дискуссионным до настоящего времени остается вопрос о необходимости выполнения пилоротомии при эзофагогастропластике. До 1987 г. мы выполняли пилоропластику в виде внеслизистой пилоромии у всех больных, и именно в этой группе были отмечены наиболее выраженные проявления демпинг-синдрома. В настоящее время пилоромия производится только при гипертрофии привратника, его рубцовой деформации. Рентгенологическая оценка состояния желудка при сохранении привратника позволила выявить практически у всех больных 3—5-минутный период закрытия привратника в начале исследования. В последующем эвакуация восстанавливалась и протекала двухфазно, как было описано выше. Эпизодически отмечались преходящие явления пилороспазма, которые удавалось купировать назначением спазмолитиков, бензогексония и церукала. Повторных вмешательств по поводу пилороспазма не было.

Окутывание пищеводного анастомоза желудочной стенкой наподобие фундопликации по Ниссену создает клапанный механизм, напоминающий физиологический замыкательный механизм кардиоэзофагеального перехода, что позволило многим авторам [8, 9] рекомендовать эту методику как антирефлюксную. Нас в первую очередь интересовала сравнительная оценка анастомоза, окутанного желудочной стенкой, с двухрядным ручным анастомозом «конец в бок», так как наблюдений инвагинационного анастомоза было мало, а неудовлетворительные функциональные свойства механического шва (высокая частота рубцовых сужений и рефлюкс-эзофагита) общеизвестны. При окутывании анастомоза желудочной стенкой отмечено снижение частоты рефлюкс-эзофагита по сравнению с ручным двухрядным анастомозом с 18,2 до 6,3 %, однако различие статистически недостоверно ( $p > 0,05$ ). При этом увеличения частоты сужения анастомоза за счет «гиперфункции» желудочной манжетки не выявлено (10,7 и 9,1 % соответственно;  $p > 0,05$ ).

Рубцовый стеноз анастомоза, сформированного с помощью аппарата ПКС-25 или СПТУ, наблюдался у 8 (32 %) больных, рефлюкс-эзофагит — у 13 (52 %).

**Антиперистальтическая эзофагогастропластика.** Формирование трансплантата. Применяемая с 1977 г. эзофагопластика антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка является модификацией методики Гаврилу, разработанной в МНИОИ им. П. А. Герцена МЗ РСФСР [6].

Для предупреждения натяжения антиперисталь-

тической трубки мы считаем необходимым также пересечение селезеночно-диафрагмальной и селезеночно-ободочной связки и мобилизацию дна желудка вместе с селезенкой и хвостом поджелудочной железы.

Антиперистальтическая желудочная трубка сформирована у 46 больных. Искусственный пищевод размещен за грудиной у 27 больных в различные сроки после операции Добромыслова — Торека и в заднем средостении у 17 больных на одном этапе с резекцией пищевода. В 2 случаях за грудиной пластика выполнена без резекции пищевода. Еще у 16 больных, перенесших операцию Добромыслова — Торека, эзофагопластика не проводилась из-за осложнений или прогрессирования опухолевого процесса.

От послеоперационных осложнений умерли 9 (14,5 %), из них 5 после операции Добромыслова — Торека, 3 — на этапе пластики пищевода, 1 — после одномоментной резекции и пластики пищевода. Смертельными осложнениями были пневмония (в 2 случаях), сердечно-сосудистая недостаточность — в 2, медиастинит — в 2, тромбоэмболия — в 1, несостоятельность швов желудочной трубки — в 1, несостоятельность швов абдоминальной культи пищевода — в 1 случае. Нелетальные осложнения со стороны желудка, использованного для эзофагопластики, отмечены у 5 больных. У двух имелся некроз желудочной трубки, и в единичных случаях наблюдались несостоятельность швов желудочной трубки, несостоятельность швов «большой кривизны» абдоминальной части желудка, кровотечение из швов желудочной трубки.

Завершить эзофагопластику созданием пищеводно-желудочного анастомоза на шее удалось у 36 больных.

**Внеполостное (шейное) соустье.** При перемещении пищеводного анастомоза на шею возникают неблагоприятные условия для его заживления. К ним следует отнести отсутствие покоя в зоне соустья вследствие глотательных движений и движений в шейном отделе позвоночника, плохое кровоснабжение в трансплантате, перемещенном до уровня шеи. Наряду с этим имеются технические трудности в проведении на шею достаточного широкого трансплантата, стенкой которого можно было бы укрыть швы пищеводного анастомоза. В результате многими авторами отмечена высокая частота несостоятельности швов пищеводного соустья на шее (20—60 %) [1, 5]. При эзофагопластике антиперистальтическим желудочным стеблем эта проблема тем более актуальна, так как создать надежный и функционально полноценный анастомоз с таким узким трансплантатом весьма трудно, поэтому в ВОНЦ АМН СССР применяется его отсроченное формирование в отношении к резекции и пластике пищевода, что позволило полностью исключить медиастинит и летальные исходы от несостоятельности швов пищеводного анастомоза на шее, несмотря на высокую частоту этого осложнения (72,2 %).

**Функциональные результаты антиперистальтической эзофагогастропластики.** К характерным последствиям антиперистальтической эзофагогастропластики следует отнести деформацию абдоминальной части желудка, которая при рентгенологическом исследовании имеет либо двуполо-

ную форму, либо форму «малого желудка». В обоих случаях выявляется сохранение тонуса и активной перистальтики абдоминальной части желудка. У 3 (6,5 %) больных отмечено нарушение проходимости между полостями абдоминальной части желудка, что потребовало гастропластической операции. К этому осложнению приводят технические ошибки, совершаемые на этапе формирования стебельчатой гастростомы. Ими являются зауживание «малого желудка» при выкраивании излишне широкого стебля для гастростомы, недостаточная его длина или неправильный выбор места выведения стебля на кожу брюшной стенки, вследствие чего последний подтягивает желудок кпереди и перегибает его.

При желудочной эзофагопластике с пищеводным анастомозом на шее особое значение приобретает профилактика рефлюкс-осложнений в связи с возможностью заброса желудочного сока в дыхательные пути и развития бронхолегочных осложнений. Примененные в ВОНЦ АМН СССР способы шейного эзофагогастроанастомоза не обладают антирефлюксными свойствами. В результате желудочно-пищеводно-глоточный рефлюкс, отмеченный у 58,3 % оперированных, стал ведущим функциональным осложнением при антиперистальтической эзофагогастропластике, приводящим к аспирационному бронхиту у 22,2 % и пневмонии — у 13,9 % больных. Клинические проявления рефлюкса при этом весьма характерны. У больных в горизонтальном положении, чаще ночью, возникали приступы горечи во рту, сопровождающиеся сухим кашлем, ознобом и кратковременным подъемом температуры до 38—39°. Другим слабым звеном антиперистальтической эзофагогастропластики остается высокая частота рубцового сужения пищеводного соустья на шее (52,8 %), которая является прямым следствием высокой частоты несостоятельности его швов.

**Обсуждение.** Выбор метода хирургического лечения необходимо осуществлять с учетом его безопасности, функциональных результатов и онкологического радикализма. Возможности анализируемых методов эзофагогастропластики в отношении каждого из этих факторов неоднозначны.

Необходимость сохранения левых желудочных сосудов при антиперистальтической эзофагогастропластике ограничивает возможность радикального иссечения паракардиальной клетчатки и лимфоузлов и не позволяет резецировать кардию при распространении на нее опухоли. Этот существенный недостаток исключает применение операции при локализации опухоли в нижней трети пищевода или наличии паракардиальных метастазов.

При раке нижней трети пищевода операция типа Льюиса позволяет более высоко резецировать пищевод, однако торакофренолапаротомия при операциях типа Гэрлока создает широкий доступ для иссечения не только паразофагеальной, но и забрюшинной клетчатки и лимфоузлов, а также обеспечивает более безопасное удаление опухоли, тесно прилежащей к аорте или прорастающей диафрагму.

В ВОНЦ АМН СССР предпочтение отдается резекции пищевода с внутригрудным анастомозом (операции типа Льюиса и Гэрлока). Их преимущества заключаются в относительной про-

стоте метода и одноэтапности лечения. Наряду с этим благодаря внедрению способа окутывания внутригрудного пищеводного соустья желудочной стенкой сведено на нет основное преимущество отсроченного пищеводного анастомоза на шее — отсутствие летальных исходов от несостоятельности его швов. Несмотря на то что опасность летального исхода от несостоятельности швов этого вида внутригрудного анастомоза сохраняется, вероятность ее реализации не превышает 0,5 %. Вместе с тем внутригрудной анастомоз, окутанный желудочной стенкой, достоверно реже осложняется желудочно-пищеводным рефлюксом и рубцовым стенозом ( $p < 0,05$ ).

Тем не менее и при антиперистальтической эзофагопластике имеются определенные достоинства. Отсроченное создание шейного соустья при ней исключает затекание слюны в искусственный пищевод, что значительно уменьшает тяжесть осложнений в случае некроза или недостаточности швов последнего. Перемещение пищеводного соустья на шею уменьшает длительность и травматичность торакального этапа хирургического вмешательства, а помещение узкого антиперистальтического желудочного стебля в ложе пищевода или переднее средостение не приводит к уменьшению объема плевральной полости и гиповентиляции правого легкого, как это наблюдается при операции типа Льюиса. Сравнительно с эзофагопластикой целым желудком пластикой антиперистальтическим желудочным стеблем сопровождалась снижением частоты двусторонних пневмоний (27,4 и 14,7 %;  $p < 0,05$ ), а также снижением частоты дыхательной недостаточности, потребовавшей искусственной вентиляции легких в послеоперационном периоде (8 и 2,8 %;  $p > 0,05$ ).

Благодаря меньшему нарушению кровообращения и иннервации желудка пищеварение после антиперистальтической эзофагогастропластики более физиологично, чем при операциях с внутригрудным пищеводно-желудочным анастомозом. Энтерит встречается в 2,3 раза реже (10,3 и 23,3 %;  $p > 0,05$ ), а демпинг-синдром не наблюдается вовсе, в то время как после операций с эзофагогастроанастомозом в грудной полости это весьма частое осложнение (26,7 %). В итоге масса тела больных после антиперистальтической эзофагогастропластики, несмотря на высокую частоту рубцового сужения шейного соустья, восстанавливается более полно, чем после операции типа Льюиса.

Приведенные достоинства антиперистальтической эзофагогастропластики указывают на необходимость дальнейшего изучения ее целесообразности при раке пищевода. Представляется перспективным использование этой методики одновременно с резекцией пищевода и с последующим созданием шейного эзофагогастроанастомоза. В этом случае отмечена наиболее низкая послеоперационная летальность (5,9 %) и сравнительно высокая завершенность лечения (88,2 %). Малооправданно широкое применение антиперистальтической эзофагогастропластики в отсроченном по отношению к резекции варианте. При этом за счет суммирования на всех этапах лечения общая послеоперационная летальность не меньше, чем при операции типа Льюиса (17,8 и 15 %;  $p > 0,05$ ), а показатель завершенности лече-

ния значительно хуже (44,4 и 98,7 %;  $p < 0,05$ ).

Выводы. 1. Изоперистальтическое перемещение желудка с эзофагогастроанастомозом в правой или левой плевральной полости — простой и относительно безопасный способ пластики пищевода при раке его средне- и нижнегрудного отделов.

2. Эта операция является методом выбора при местно-распространенном раке пищевода, выявляемом у большинства больных, поскольку в этом случае в связи с неблагоприятным онкологическим прогнозом основная цель хирургического лечения — восстановление в максимально короткие сроки возможности питаться естественным путем.

3. Антиперистальтическая эзофагопластика стеблем из большой кривизны желудка с отсроченным формированием эзофагогастроанастомоза на шее остается объектом дальнейших исследований в хирургии рака пищевода. Ее применение оправдано меньшим нарушением функции желудка, чем при других способах эзофагогастропластики, и, как следствие, более физиологичным пищеварением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Е. В., Байтингер В. Ф. // Грудная хир.— 1984.— № 10.— С. 76—79.
2. Березов Ю. Е., Ермолова А. С. // Грудная хир.— 1978.— № 3.— С. 98—102.
3. Воронов А. А., Васильев В. Н., Бобылев Н. В., Шаров Ю. К. // Вестн. хир.— 1987.— № 10.— С. 14—18.
4. Ганул В. Л. // Хирургия.— 1980.— № 10.— С. 31—35.
5. Кухаренко В. М. Шейный пищеводно-желудочный анастомоз при эзофагопластике антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка (клинико-анатом. исследование): Дис. ... канд. мед. наук.— М., 1978.
6. Мамонтов А. С., Ороховский В. И., Иванов П. А., Василенко Л. И. // Вестн. хир.— 1986.— № 8.— С. 15—20.
7. Akiyama H., Miyazono H., Tsurumaru M. et al. // Ann. Surg.— 1978.— Vol. 188, N 5.— P. 606—610.
8. Bombeck C. T., Coelho R. G. P., Nyhus L. M. // Surg. Gynec. Obstet.— 1970.— Vol. 130, N 6.— P. 1035.
9. Boyd A. D., Cukingnan R., Engelman R. M. et al. // J. thorac. cardiovasc. Surg.— 1975.— Vol. 70, N 5.— P. 817—825.
10. Sugimashi K., Yaita A., Ueo H. et al. // Amer. J. Surg.— 1980.— Vol. 140, N 3.— P. 471—474.
11. Xu Le-Tian, Sun Zhen-Fu, Li Ze-Jian, Wu Lian-Hun. // Ann. thorac. Surg.— 1983.— Vol. 35, N 5.— P. 542—547.

Поступила 18.01.90

#### GASTRIC ESOPHAGOPLASTIC FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA

M. I. Davydov, S. N. Nered, V. A. Kuzmichov, S. M. Volkov

The 30-year's experience includes 293 esophageal resections for carcinoma, completed with esophagogastrostomy at the thoracic or cervical level. Resections were performed according to the method of Garlock (73), Lewis (178) and Dobromyslov — Torek (36). This paper compares isoperistaltic esophagoplastic with whole or resected stomach (257) and antiperistaltic — with a tube from the greater gastric curvature (36). We will assess the choice of an esophageal substitute, the creation of esophago-gastric anastomosis, and the functional consequences of surgical intervention.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1990

УДК 616.36/37-006.6-07

Ю. И. Патютко, А. А. Клименков, В. М. Самойленко, А. Б. Итин, А. Т. Лагошин

#### СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

НИИ клинической онкологии

Проблема своевременной диагностики и радикального хирургического лечения рака органов панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) является на сегодняшний день одной из актуальных в онкологии. Из четырех основных исходных локализаций опухолей этой зоны — поджелудочная железа, большой дуоденальный сосок (БДС), двенадцатиперстная кишка и терминальный отдел общего желчного протока — ведущее место в этом вопросе отводится раку поджелудочной железы (РПЖ), составляющему 60—80 % всех новообразований ПДЗ. Мировая статистика последних лет свидетельствует о непрерывном росте заболеваемости РПЖ в индустриально развитых странах. Так, например, в США за последние 50 лет она увеличилась более чем в 3 раза и достигает уровня 9 на 100 тыс. населения. В Москве за период с 1971 по 1980 гг. заболеваемость РПЖ возросла с 5,6 до 7,8 на 100 тыс. среди мужчин. Особенности опухолей данной локализации являются поздняя их диагностика и низкая резектабельность (10—15 %) [1, 2, 3, 4]. Одним из наиболее важных и перспективных направлений в диагностике и радикальном лечении больных раком органов ПДЗ следует считать поиск методов скрининга на доклинических стадиях заболевания, а также совершенствование методов дифференциальной диагностики и хирургической техники.

Во Всесоюзном онкологическом научном центре АМН СССР за период с 1975 по 1988 г. находились на обследовании и лечении 562 больных заболеваниями органов ПДЗ, в том числе у 419 из них были диагностированы опухоли, а у 143 —

Таблица 1

Общая характеристика морфологического строения опухолей органов панкреатодуоденальной зоны

| Опухоли                                 | Всего | Локализация          |     |                          |                               |
|-----------------------------------------|-------|----------------------|-----|--------------------------|-------------------------------|
|                                         |       | поджелудочная железа | БДС | двенадцатиперстная кишка | внепеченочные желчные протоки |
| Злокачественные                         | 409   | 296                  | 54  | 24                       | 35                            |
| высокодифференцированная аденокарцинома | 190   | 115                  | 48  | 17                       | 10                            |
| недифференцированный рак                | 91    | 75                   | 4   | 5                        | 7                             |
| ацинарный рак                           | 6     | 6                    | —   | —                        | —                             |
| цистаденокарцинома                      | 4     | 4                    | —   | —                        | —                             |
| карциноид (опухоли APUD-системы)        | 23    | 21                   | 1   | 1                        | —                             |
| неэпителиальные                         | 2     | 1                    | —   | 1                        | —                             |
| без уточненного генеза                  | 93    | 74                   | 1   | —                        | 18                            |
| Доброкачественные                       | 10    | 4                    | 2   | 4                        | —                             |
| аденома                                 | 5     | 1                    | 2   | 2                        | —                             |
| цистаденома                             | 3     | 3                    | —   | —                        | —                             |
| неэпителиальные                         | 2     | —                    | —   | 2                        | —                             |
| Итого...                                | 419   | 300                  | 56  | 28                       | 35                            |