

жался (от 15% до 34%). Меньший уровень щелочной фосфатазы (на 12%) на фоне препарата горнокопосника возможно свидетельствует об определенном гепатозащитном действии в условиях гипоксии. Снижение уровня калия крови в случае с препаратами горнокопосника (на 8%) и родиолы розовой (на 16%) свидетельствует о возможном мембраностабилизирующем свойстве этих соединений.

Интерпретация полученных результатов показывает картину классической нормобарической, гиперкапнической, гипоксической гипоксии. Резервное время и биохимические изменения крови выделяют препараты с наибольшим антигипоксическим эффектом: родиола розовая, горнокопосник и в меньшей степени элеутерококк [1]. Антигипоксический

эффект извлечений из горнокопосника возможно связан с комплексом биологически активных веществ: витамин С, флавоноиды, фенилпропаноиды, микроэлементы, органические кислоты – они оказывают антиоксидантное действие, которое является основным в механизме действия антигипоксикантов [4,10]. Кроме того, усиление антигипоксического эффекта возможно за счет увеличения содержания в миокарде белков Hsp70, Hsp72 и Hsp16, которые участвуют в формировании адаптационной толерантности сердца к действию ишемии [11] и активации K_{ATP} -каналов, как это показано, для некоторых других препаратов растительного происхождения [14].

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенков Н.К., Лапкин В.З., Меньщикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимические и патофизиологические аспекты. – М.: Наука/Интерпериодика, 2001. – 343 с.
2. Курляндский Б.А., Филов В.А. Общая токсикология. – М.: Медицина, 2002. – 608 с.
3. Лукьянова Л.Д. Методические рекомендации к экспериментальному изучению препаратов, предназначенных для клинического изучения в качестве антигипоксических средств. – М., 1990. – 18 с.
4. Лундин А.В. Общий механизм приспособления организма под влиянием полифенольных адаптогенов // Успехи физиологических наук. – 1991. – №1. – С.20-39.
5. Меньщикова Е.Б., Ланкин В.З. Окислительный стресс. Проксиданты и антиоксиданты. – М.: Слово, 2006. – 556 с.
6. Макарова М.Н., Александрова А.Е., Макаров В.Г. и др. Оценка антиоксидантных и антигипоксических свойств экстрактов бадана толстолистного // Материалы Четвертой Российской конференции «Гипоксия: механизмы, адаптация коррекция». – М., 2005. – С.73.
7. Саратиков А.С., Краснов Е.А. Родиола розовая (золотой корень). – Томск: Изд. Томского ун-та, 2004. – 292 с.
8. Сергеева Н.А. Клинико-диагностическое значение лабораторных показателей. – М.: Медсервис/диагностика+, 2007. – 80 с.

9. Сейфулла Р.Д., Грачев С.М., Зигенфусс Т.Н. Экстракт корня *Rhodiola rosea* снижает уровень С-реактивного белка и креатининкиназы в крови // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2004. – №7. – С.73-75.

10. Яковлева Е.И. Сопоставление антиоксидантных свойств новых препаратов, производных биофлавоноидов и дубильных веществ // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2001. – №2. – С.55-59.

11. Morimoto R.I., Tissieres A., Georgopoulos C. Heat shock Proteins: Structure, Function and Regulation. – N.Y., Cold Spring Harbor, 1994. – 322 p.

12. Principles on Good Laboratory Practice. OECD №ENV/MC/CHEM(98)17, 1997.

13. Stadtman E.R. Protein oxidation and aging // Free Radic Res. – 2006. – Vol. 40. №12. – P.1250-1258.

14. Wang N., Minatoguchi S., Aria M., et al. *Lindera strychnifolia* is protective against post-ischemic myocardial dysfunction through scavenging hydroxyl radicals and opening the mitochondrial KATP channels in isolated rat hearts // Am. J. Chin. Med. – 2004. – Vol. 32. №4. – P.587-598.

15. Yoshida Y., Niki E. Detection of lipid peroxidation in vivo: total hydroxyoctadecadienoic acid and 7-hydroxycholesterol as oxidative stress marker // Free Radic Res. – 2004. – Vol. 38. – P.787-794.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, Одинец Александр Дмитриевич – аспирант; Левента Алексей Иванович – к. фарм. н., заведующий кафедрой, e-mail: leventa@yandex.ru; Шукин Дмитрий Анатольевич – студент 4-го курса педиатрического ф-та; Шабатурова Оксана Владимировна – аспирант кафедры.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© СКВОРЦОВ М.Б., ШУЛИКОВСКИЙ В.П., КОЖЕВНИКОВ М.А., САНДАКОВ П.И., НЕЧАЕВ Е.В. – 2011
УДК: 616.329-006.9

РАК ПИЩЕВОДА: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ С ПЛАСТИКОЙ ЦЕЛЫМ ЖЕЛУДКОМ И ПУТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ

Моисей Борисович Скворцов¹, Валентин Петрович Шуликовский², Михаил Александрович Кожевников², Павел Иванович Сандаков², Евгений Васильевич Нечаев²
(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии и онкологии, зав. – д.м.н., чл.-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев; ²Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Представлен анализ собственных результатов хирургического лечения рака пищевода. Установлено, что после онкологической резекции пищевода пластика целым желудком – надежный способ создания искусственного пищевода, приводящий к удовлетворительным и хорошим функциональным результатам. Работа иллюстрирована собственными клиническими наблюдениями.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение.

GULLET CANCER: FUNCTIONAL RESULTS OF A SUBTOTAL RESECTION WITH A PLASTICITY THE WHOLE STOMACH AND WAYS OF THEIR OPTIMIZATION

M.B. Skvortsov¹, V.P. Shulikovskij², M.A. Kozhevnikov², P.I. Sandakov², E.V. Nechaev²
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Summary. The analysis of own results of surgical treatment of a cancer of a gullet is presented. It is established that after an oncologi-

cal resection of a gullet of plastic the whole stomach – a reliable way of creation of the artificial gullet, leading to satisfactory and good functional results. Article is illustrated by own clinical supervision.

Key words: gullet cancer, surgical treatment.

Проблема хирургического лечения рака пищевода (РП) не теряет своей актуальности вот уже более 120 лет – с тех пор, когда И.И. Насилов впервые разработал внеплевральный заднемедиастинальный доступ к пищеводу (1889). Не вызывает сомнения, что проблема эта в основном хирургическая. Для ее решения применяют самые разнообразнейшие операции, основными являются варианты резекции пищевода. Для замещения удаленного пищевода используют разные виды трансплантатов, преимущественно желудок и его фрагменты, разные пути для проведения трансплантата на шею: пред- и за грудиной, через заднее средостение. Обсуждаются степень и критерии радикальности операции, при этом отмечается, что при выходе опухоли за пределы органа до 5 лет не доживает ни один больной. Обсуждаются вопросы целесообразности и вида паллиативных вмешательств.

При сложившемся разнообразии мнений и подходов к хирургическому лечению РП в настоящее время очевидным фактом является существование невысокая послеоперационная летальность – она стабильно ниже 6-10%. Большую проблему представляет получение хороших отдаленных результатов и выявление зависимости их от того или иного способа операции. Хирурги не удовлетворены отдаленными результатами – пятилетняя выживаемость колеблется около 20%, что не устраивает большинство авторов. Само собой разумеется, что операция должна обеспечить больному высокое качество жизни и хороший функциональный результат. При этом практически не обсуждаются схемы и принципы послеоперационного ведения больных. Следовательно, на современном этапе проблема получения благоприятных отдаленных результатов и поиск оптимальных методик для их получения становятся очень актуальными.

До настоящего времени нет единой точки зрения ни по одному из этих вопросов. Большую проблему представляет получение хороших отдаленных результатов и зависимость их от того или иного способа операции. Но при этом практически не обсуждаются схемы и принципы послеоперационного ведения больных.

Нами в 1979-1987 гг. и 1990-2009 гг. выполнена резекция пищевода из АЦД у 291 больного с нераковыми заболеваниями пищевода с одномоментной пластикой пищевода целым желудком с анастомозом (ПЖА) на шее, умерли 12, т.е. 4,1% больных [27]. У двоих из них (0,7%) пластика целым желудком не удалась из-за недостаточной длины трансплантата – им выполнена пластика изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка по А.Ф.Черноусову с одномоментным наложением ПЖА на шею с благоприятным исходом. В 1975-1989 гг. по тем же показаниям у 43 больных нами выполнена резекция пищевода по Льюису с пластикой пищевода целым желудком с правосторонним внутригрудным высоким пищеводно-желудочным анастомозом. Длина трансплантата всегда была достаточна, не было некрозов верхушки желудка, и последующее функциональное состояние больных в основном было вполне удовлетворительным.

В 1986-2003 гг. у 147 больных нами по поводу РП выполнена резекция пищевода из АЦД (115) и из 3 доступов [32] с одномоментной пластикой целым желудком с анастомозом на шее. Длина трансплантата из целого желудка оказалась недостаточной у 2 (1,4%) больных – им выкроена изоперистальтическая трубка из большой кривизны желудка по А.Ф.Черноусову с одномоментным завершением пластики путем наложения ПЖА на шее. Таким образом, из 438 больных только у четверых (0,91%) длина целого желудка оказалась недостаточной для завершения пластики пищевода.

В клинике госпитальной хирургии Иркутского государственного медицинского университета оперативное лечение больных РП проводится с 1973 г. на базе хирургического, затем торакального отделений областной клинической больницы. Оно получило свое развитие под руководством заведующего кафедрой госпитальной хирургии ИГМУ В.И. Астафьева (1933-1999). Основным направлением всегда было лечение хирургическое. До операции нескольким больным удалось провести лучевое лечение в Областном онкологическом диспансере (ООД), а после операции всех направляем для продолжения лечения в ООД.

Все больные в клинике проходили комплексное обследование,

которое к настоящему времени включает в себя общеклинические методы, эзофагогастроэноскопию с прицельной биопсией, рентгенологическое исследование пищевода и желудка, эхоэнографию, бронхоскопию, компьютерную томографию (КТ) или мультиспиральную КТ (МСКТ). Эндоскопия с биопсией и рентгенологическое исследование пищевода и желудка являются основными для постановки диагноза РП. Для уточнения степени инвазии в прилежащие органы, поиска отдаленных метастазов, лимфаденопатии в средостении и верхнем этаже брюшной полости применяли МСКТ.

В первые годы операцией выбора у нас была резекция пищевода из правого трансплеврального доступа с пластикой целым желудком по способу Льюиса. Резекция пищевода по Добромислову-Тореку выполняли редко, при невозможности использовать желудок для пластики с внутригрудным анастомозом и крайне редко – при IV ст. РП выполняли гастростомию. С 1986 г. при отсутствии противопоказаний у больных РП стали применять резекцию пищевода абдоминоцервикальным доступом с одномоментной эзофагогастропластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение на шею, с анастомозом на шее.

Поскольку ряд хирургических вопросов в лечении РП до настоящего времени остаются дискуссионными, требуют изучения и совершенствования, а также, руководствуясь главной стратегической целью хирургического лечения РП – «увеличением выживаемости и улучшением качества жизни пациентов», считаем целесообразным привести наши продолжительные клинические наблюдения.

Наблюдение 1. В-в Е.П., 83 г. Проживает в Иркутском районе. Поступил 18.09.2001 г. с жалобами на нарастающую слабость, дисфагию в течение 2 месяцев, динамику массы не контролировал и о потере её представления не имеет. У больного отмечена слепота на оба глаза, связанная с ранением на фронте.

18.09.2001 г. выполнена ФГС: под местной анестезией дикаином гастроскоп проведен на 100 см от резцов. Слизистая пищевода бледно-розовая складки сглажены, перистальтика поверхностная. Z-линия – на расстоянии 35-36 см. Слизистая желудка на протяжении 5-6 см переходит на пищевод. На расстоянии от 36 до 40 см выявлена продольно изъязвленная опухоль с подрывными краями. Биопсия: Опухоль доходит до желудка, при инверсионном осмотре в зоне пищеводно-желудочного перехода определяется умеренно выраженная инфильтрация. «Второй жом» - на 40 см, раскрыт, перистальтики нет. Слизистая желудка розовая, бархатистая, складки сглажены, перистальтика поверхностная, медленная. Привратник неправильной формы, зияет. Дуоденогастральный рефлюкс не выражен, слизистая 12-перстной кишки без особенностей. Патогистологическое заключение (ПГЗ): плоскоклеточный рак. При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка от 19.09.2001 г. – в нижней трети пищевода выявлено опухолевое сужение с подрывными краями. При КТ грудной клетки и брюшной полости от 20.09.2001 г. – метастатические образования не выявлены. Диагноз до операции: **Рак нижнегрудного отдела пищевода.** После дообследования и непродолжительной предоперационной подготовки ему выполнена 26.09.2001 г. ОПЕРАЦИЯ (М.Б. Скворцов) резекция пищевода с лимфаденэктомией из абдоминоцервикального доступа и гастроззофагопластикой целым желудком. Под эндотрахеальной анестезией произведена верхняя срединная лапаротомия. Визуально и пальпаторно выпота, метастазов в печень, в лимфоузлы и др. органы брюшной полости не выявлено. Дистальный отдел пищевода на протяжении 3-4 см представлен желудочной стенкой, вытянутой в виде трубки в средостение (псевдопищевод). Пищеводное отверстие диафрагмы шириной до 8 см в диаметре, через него в средостение рядом с пищеводом выходит дно желудка, последний, грубыми сращениями фиксирован к окружающим его наддиафрагмальным тканям. Под диафрагмой в желудке и в дне его опухоль не прощупывается. Мобилизована левая доля печени, произведена сагиттальная диафрагмотомия. Выделен псевдопищевод острым и тупым путем под диафрагмой, затем на уровне ПОД и далее вверх – в средостении вместе с «естественным» пищеводом. При этом

в пищеводе обнаружена опухоль протяженностью до 6 см, интимно сращенная с листками обеих медиастинальных плевр и передней поверхностью аорты. Верхний край опухоли – на уровне нижней легочной вены, нижний – над местом впадения пищевода в желудок. Опухоль вместе с пищеводом высечена из сращений, отделена от аорты, при этом оказались поврежденными обе медиастинальные плевры, часть которых отошла вместе с опухолью. Далее пищевод мобилизован вместе с окружающей клетчаткой сверху до бифуркации трахеи. Желудок мобилизован вместе с малым сальником полностью с сохранением правых сосудов (A. Gastroepiploica dextra et A. Gastrica dextra). Одновременно левосторонним шейным доступом выделен шейный отдел пищевода, последний затем полностью мобилизован с 2 сторон вместе с окружающей его клетчаткой, пересечен на уровне щитовидного хряща, низведен в живот, отсечен от желудка единым блоком вместе с малым сальником на расстоянии не менее 1-2 см дистальной от края инфильтрации.

Простет ушит послойным швом на слизистые слои с помощью аппарата «Proximate» фирмы «Ethicon». Оголившаяся при удалении малого сальника вся Pars nuda ventriculi и механические швы на стенке малой кривизны желудка перитонизированы узловыми серо-серозными швами. Образовавшаяся после этого желудочная трубка имеет ширину 5-7 см., она за верхушку дна через заднее средостение свободно проведена на шею через ложе пищевода. В связи с натяжением и недостаточной длиной трансплантата для увеличения его подвижности мобилизовали 12-перстную кишку по Кохеру – З.Т. Сенчилло-Явербаум, после чего желудок вместе с кишкой легко сместился вверх и верхушка дна его без натяжения достаёт до дистального конца пересеченного пищевода на шее. Пальцевая пилородилация. Верхушка трансплантата по задней стенке на шее узловыми швами фиксирована к предпозвоночной фасции, наложен пищеводно-желудочный анастомоз (ПЖА) 2-рядным послойным швом с образованием антирефлюксного клапана. Проведен назогастральный зонд. По передней полуокружности стенка дна желудка ниже анастомоза узловыми швами фиксирована к тканям шеи. Ревизия, гемостаз. Ушита рассеченная диафрагма, левая доля печени подшита к диафрагме. Дренажи в обе плевральные полости, через отдельный разрез на шее подведен выпускник к анастомозу. Раны брюшной стенки и шеи послойно ушиты. Ас. наклейки.

ПРЕПАРАТ (рис. 1): Удален пищевод с псевдопищеводом из желудка длиной 4-5 см, отсеченным на 1-2 см ниже видимого и пальпируемого края опухолевой инфильтрации вместе с опухолью и с малым сальником. Длина пищевода = 15 см.,



Рис. 1. Препарат пищевода, удаленного вместе с малым сальником 26.09.2001 г. у 6-го В-ва Е.П., 83 л. Пищевод иссечен (длина препарата 15 см, а расстояние между точками пересечения 24 см). Опухоль длиной 5-6 см – в виде изъязвления половины окружности с прорастанием во все слои и перизофагеальные ткани, с признаками инфильтративного роста. В стенке органа опухоль расположена на Z-линии поровну кверху и книзу, визуальное слизистая псевдопищевода из желудка изменена по типу метаплазии.

расстояние между точками пересечения = 24 см. Опухоль – в виде изъязвления с прорастанием во все слои и перизофагеальные ткани длиной 6 см, расположена на уровне Z-линии поровну кверху и книзу, визуальное слизистая псевдопищевода из желудка изменена по типу метаплазии.

Диагноз после операции: Паразофагеальная грыжа пищеводаного отверстия диафрагмы (ГПОД). Короткий пищевод. Метаплазия по типу Барретта. Плоскоклеточный рак в зоне метаплазии.

Патогистологическое заключение от 01.10.2001 г. В нижнегрудном отделе пищевода с переходом на желудок (участок стенки псевдопищевода – М.С.) имеется опухоль 5 x 3,5 см. Гистологически: плоскоклеточный ороговевающий рак с изъязвлением и инвазией во все слои стенки пищевода. В шести исследованных лимфатических узлах – реактивные изменения, метастазов не обнаружено. По верхнему краю резекции пищевода – картина хронического воспаления, роста опухоли нет. По нижнему краю резекции роста опухоли не обнаружено, отмечена картина хронического гастрита с явлениями атрофии и тонкокишечной метаплазии.

Таким образом, гистологически установлено прорастание всех слоев органа, а макроскопически хирургом во время операции отмечено вращение опухоли в листки обеих медиастинальных плевр, которые иссечены вместе с опухолью, следовательно, по современным классификационным представлениям (13) опухоль следует «стадировать» как Т 3 – 4.

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписан 16.10.2001 г. Все последующие годы находился у себя дома. К врачам не обращался и не лечился. Ежегодно осматривается одним из нас (В.П. Шуликовский). В момент осмотра 01.09.2010 г. общее состояние удовлетворительное. Жалоб на дисфагию, потерю веса, тошноту, рвоту не предъявляет. Чувства изжоги в шейном отделе пищевода, появление кислоты или горького содержимого во рту (рефлюкс из желудка) отрицает. Голос ясный, четкий. Болей в грудной клетке не отмечает, болей в животе и на шее нет. Питается за общим столом, диету не соблюдает. Выполняет посильную для него домашнюю работу. Ходит по двору самостоятельно (из-за слепоты маршруты ходьбы ограничены). Общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Доступные пальпации лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система – деформаций нет. Мышечная система – в соответствии с возрастом. При пальпации живота передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна, патологические образования не пальпируются. Грудная клетка правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Аускультативно – дыхания везикулярное, хрипов нет. Стул с небольшими задержками, регулярный, диурез сохранен. Заключение: Состояние после эзофагэктомии по поводу рака, искусственный пищевод из целого желудка с анастомозом на шее. Качество жизни на момент осмотра удовлетворительное. От предложенного обследования и возможного лечения отказывается по субъективным обстоятельствам.

Наблюдение 2. К-н В.М., 68 л. Житель г. Иркутска. Поступил в отделение торакальной хирургии 08.11.2001 г. с жалобами на боли за грудиной в течение последних 10 лет, общую слабость, дисфагию, потерю веса в последние 2 месяца (был 90 кг, на момент госпитализации – 65 кг). Обследован амбулаторно, с диагнозом дифференцированная аденокарцинома пищевода направлен на оперативное лечение. Рентгенологически от 02.11.2001 г. в среднем и нижнегрудном отделах пищевода на протяжении 20 см – выявлена опухоль, «отмечены грубые антиперистальтические волны с забросом бария и воздуха из желудка в пищевод, кардия не функционирует». Рентгенологически патология в легких не выявлена. По данным УЗИ – метастазов в брюшной полости нет. Эндоскопия пищевода и средостения – опухоль пищевода на протяжении с 26 до 38 см от верхних резцов, занимает 1/2 – 2/3 окружности пищевода, за пределами мышечной оболочки пищевода рост опухоли не выявлен. По данным ФГС от 14.11.2001 г., отмечена почти циркулярная изъязвленная опухоль длиной 12 см, Z-линия неразличима, дистальные 5-7 см пищевода представлены измененной слизистой с продольной складчатостью. Второй «жом» – на расстоянии 40 см, зияет, не перистальтирует – признаки синдрома Барретта. По данным КТ от 15.11.2001 г. выявлен конгломерат лимфоузлов на шее слева, а в бронхах, трахее и средостении метастазы не выявлены. На шее слева пальпаторно, также и по данным УЗИ и МС КТ выявлен конгломерат лимфоузлов, диаметром до 4,0

см. С диагнозом: «Рак средне- и нижнегрудного отделов пищевода (аденокарцинома)» Т3-4, Nx, M1 15.11.2001 г. ему выполнена хирургическая операция (М.Б.Скворцов) – субтотальная резекция пищевода из абдомино-цервикального доступа с лимфодиссекцией и одномоментной заднемедиастинальной пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение, с анастомозом на шее. Приводим фрагменты из протокола операции: Верхняя срединная лапаротомия. Метастазы в печени и др. органах пальпаторно и визуально не выявлены. Мобилизована левая доля печени, выполнена сагиттальная диафрагмотомия по А.Г.Савиных. Выявлено, что желудок втянут в средостение в виде трубки, переходящей далее в пищевод. В средостении над диафрагмой выявлен грубый перизофагит, склерозирующий медиастинит. Псевдопищевод и далее пищевод мобилизованы через рассеченную диафрагму в средостении до бифуркации трахеи вместе с опухолью и окружающей клетчаткой. Затем мобилизован желудок с сохранением правых сосудов (a. gastrica dextra et a. gastroepiploica dextra). Пальцевая пилородилатация. Левосторонняя цервикотомия. Шейный отдел пищевода выделен, мобилизован сверху до бифуркации трахеи, далее весь пищевод вместе с лимфатическими узлами средостения выделен, мобилизован полностью с 2 сторон, пересечен на шее – на уровне щитовидного хряща, низведен в живот, отсечен от желудка и удален вместе с малым сальником. Образовавшийся дефект стенки желудка в месте пересечения пищевода ушит послойным аппаратным – на слизистую и рядом узловых серозно-мышечных швов, которые были продолжены книзу и ими перитонизирована малая кривизна желудка, десерозированная при удалении малого сальника. За верхушку дна желудка без натяжения проведен через заднее средостение на шею, фиксирован к предпозвоночной фасции. Наложен пищеводно-желудочный анастомоз 2-рядным швом – непрерывный шов слизистой и ряд мышечно-серозно-мышечных узловых швов с образованием антирефлюксного клапана. Проведен назогастральный зонд. Верхушка желудка ниже соустья циркулярно фиксирована к тканям шеи. Шейный доступ расширен кзади влево. Мобилизован и высечен конгломерат вирховских надключичных левосторонних лимфатических узлов с отсечением их от грудного лимфатического протока с перевязкой последнего.

Гемостаз. Ревизия ран. Ушита несколькими швами диафрагма, фиксирована к куполу диафрагмы левая доля печени. В связи с проблематичным гемостазом в зоне селезенки там оставлен тампон с трубкой. В плевральные полости – дренажи. Раны брюшной стенки и шеи послойно ушиты с оставлением у анастомоза резинового выпускника, выведенного через отдельный разрез. Ас. Наклейки.

ПРЕПАРАТ (рис. 2): Удален пищевод и псевдопищевод длиной 14 см, (расстояние между точками пересечения 22 см) вместе с клетчаткой и лимфоузлов средостения и малым сальником. Отдельно – конгломерат шейных лимфоузлов из левой надключичной области, лимфоузлов из малого сальника, из средостения. Опухоль длиной 11-12 см прорастает все



Рис. 2. Препарат пищевода, удаленного вместе с клетчаткой, лимфоузлами средостения и малым сальником 15.11.2001 г. у больного К.В.М., 68 л. Опухоль прорастает все слои пищевода на протяжении 2/3 препарата. Нижняя треть препарата представлена слизистой желудочного типа с характерной продольной складчатостью, цветом и рисунком поверхности (пищевод Барретта).

слои пищевода на протяжении средней и нижней 2/3 препарата, но препарат отсечен в средостении «чисто» – без оставления там фрагментов опухоли. Нижняя треть препарата снаружи представлена вытянутой в виде трубки стенкой желудка, она покрыта брюшиной на протяжении 4см. На разрезе – на заднелевой стенке органа – изъязвленная опухоль длиной 11 см. с мелкобугристой поверхностью и инфильтративным ростом. Верхняя половина слизистой макроскопически – пищеводная, линия пищеводно-желудочного перехода – посередине препарата, ниже нее рядом с опухолью – остаток слизистой желудка с продольными складками. Опухоль – выше и ниже 3-линии по 4-5 см вверх и вниз.

Заключение: Короткий пищевод Барретта, опухоль в пищеводе Барретта (аденокарцинома).

ПГЗ № 55012 от 21.11.2001 года (удаленный пищевод) – умеренно-дифференцированная аденокарцинома с изъязвлениями и инвазией в мышечный слой. В краях резекции роста опухоли не обнаружено. ПГЗ № 55012 (три надключичных лимфатических узла) – лимфоидная ткань с метастазами аденокарциномы.

Послеоперационный период без осложнений, в удовлетворительном состоянии выписан 06.12.2001 г. с рекомендацией ежегодного наблюдения в клинике. Учитывая наличие отдаленных метастазов в надключичные лимфоузлы, мы считали операцию паллиативной. Диагноз после операции: **Рак средне- и нижнегрудного отделов пищевода (аденокарцинома) Т3 N0 M1.** По отечественной классификации (13) рак пищевода у К-на В.М. следует отнести к IV стадии.

После выписки больной направлен в ИООД, где был осмотрен специалистами, ими было принято решение о нецелесообразности проведения химиолучевой терапии (со слов больного).

При первом плановом обследовании в 2002 году (через 2 месяца после операции) у больного выявлена стриктура пищеводно-желудочного анастомоза. По этому поводу он был госпитализирован в отделение торакальной хирургии 24.01.2002 года, и ему 28.01.2002 г. и 30.01.2002 г., а также 29.03.2002 г. выполнено три сеанса бужирования пищеводно-желудочного анастомоза – через сужение свободно проходит тубус эзофагоскопа Шторца с наружным диаметром 16 мм и буж №40. С положительной динамикой выписан. С тех пор дисфагии не отмечает. Осматривался ежегодно через 9-12 месяцев.

Через 1,5 года после операции у больного появилась правосторонняя косая пахово-мошоночная грыжа, по поводу которой ему (МК № 751, пост. 12.01.2004 г.) 14.01.2004 г. произведена операция (М.Б. Скворцов) – герниотомия с пластикой по Бассини-Постемпскому. Операция прошла без осложнений, рецидива нет.

В мае 2005 года при очередном плановом осмотре был выявлен увеличенный лимфоузел в левой надключичной области. После пункции под контролем УЗИ и гистологического исследования узла (ПГЗ №30619 – 30624) в нем выявлен метастаз низкодифференцированного рака солидного строения, не исключается плоскоклеточного. Был вновь госпитализирован в торакальное отделение 10.05.2005 г. А 11.05.2005 года ему была выполнена операция – удаление метастатически измененного надключичного лимфатического узла и прескаленной клетчатки слева. Приводим протокол операции: Левосторонняя цервикотомия по заднему краю кивательной мышцы с пересечением т. *otohyoideus sinister*. В надключичной области выявлен плотный лимфатический узел до 2 см в диаметре, он сращен с окружающей клетчаткой, исходящей в виде небольшого конгломерата снизу из заднего средостения. Произведено удаление л/у вместе с прилежащей к нему прескаленной клетчаткой. Рана ушита. Повязка. ПГЗ № 30619 – 30624 от 12.05.2005г.: В лимфоузле метастаз опухоли из крупных округлых клеток, формирующих солидные пласты, с наличием патологических митозов, в пластах определяются редкие клетки с эозинофильной цитоплазмой. В паранодальной клетчатке опухолевый эмбол. Заключение: в лимфоузле метастаз низкодифференцированного рака солидного строения, не исключается плоскоклеточного. В клетчатке в одном из сосудов выявлен опухолевый эмбол.

В удовлетворительном состоянии на 7-е сутки выписан и направлен в ИООД, где с 04.07.2005 г. по 05.08.2005 г. прошел курс лучевой терапии на шейно-надключичные лимфатические узлы РОД – 2гр, СОД – 44 гр. Химиотерапевтическое лечение не проводилось.

К-н В.М. 77 лет, ежегодно проходит контрольное обследование.

дование в отделении торакальной хирургии ОКБ и в центре хирургии пищевода. Осмотрен 30.12.2010 г. В настоящее время он жалоб не предъявляет, общее состояние удовлетворительное, питается дома со всеми за общим столом. Дисфагии нет. Особых диетических ограничений не придерживается. Голос ясный – как и до операции. Движения шеи не нарушены. Потерю в весе не отмечает, физиологические отправления в норме. Много лет после операции работал на прежней работе ведущим инженером. В настоящее время работает главным инженером проекта и на лодочной станции. Ежегодно проходит обследования в ОКБ – ФГС, рентгенологические исследования, по возможности МС КТ. Об-но: удовлетворительной упитанности, вес = 69 кг, кожные покровы обычной окраски и влажности, тургор сохранен. На шею и в др. доступных местах лимфоузлы не увеличены, грудная клетка правильной формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот обычной формы, послеоперационные рубцы – тонкие, линейные, подвижны. Передняя брюшная стенка активно участвует в акте дыхания, не напряжена, не болезненна, патологических образований не пальпируются, патологических выпячиваний нет.

Заключение ФГС от 10.12.2009 г. – Вход в пищевод свободен, слизистая розовая, ровная, ПЖА расположен на 20 см от резцов, его просвет широкий, слизистая пищевода переходит в слизистую желудка в виде тонкой, ровной линии. В просвете желудка минимум пенистой слюны, слизистая бархатистая, розовая, ровная, складки продольные. Привратник на расстоянии 45 см от резцов, раскрыт, перистальтирует вяло. Рефлюкса желчи нет. ЗАКЛ: оперированный пищевод. Пищеводно-желудочный анастомоз. Искусственный пищевод из желудка. Патологии в грудном желудке не выявлено.

УЗИ брюшной полости от 09.12.2009: ЭХО – структурной патологии в осмотренных органах не выявлено.

Рентгеноскопия пищевода и желудка от 11.06.2010 г. (рис. 3): Акт глотания не нарушен. Глотка и шейный отдел пищевода проходимы, не изменены. Пищеводно-желудочный анастомоз расположен на уровне Т-1, просвет ПЖА более 1 см. Проходимость ПЖА хорошая. Грудной желудок – в заднем средостении. Объем желудка обычный, натощак содержит немного слизи. Складки слизистой прослеживаются во всех отделах, умеренно расширены. Привратник расположен под диафрагмой, свободно проходим. Эвакуация из желудка начинается сразу. Луковича ДПК не деформирована. Петля ДПК обычной ширины, хорошо проходима для контраста. Рельеф слизистой ДПК обычного вида. Контрастируются неизменные проксимальные петли тонкой кишки. Заключение

04.12.2009 г.: Грубой костной патологии в зоне сканирования не выявлено. Легочная паренхима с обеих сторон обычной воздушности, полей патологической денситометрии не выявлено. Бронхиальные разветвления визуализируются до субсегментов, проходимы. В заднем средостении визуализируется трансплантированный желудок. Сердце и сосудистые структуры без особенностей. Лимфоузлы средостения не увеличены. Жидкости в плевральных полостях нет. Печень однородной структуры. Поджелудочная железа не изменена. Селезенка, почки не изменены. Заключение: признаков опухолевого роста и метастазирования нет.

Большой был продемонстрирован (заочно) в г. Томске 02.12.2008 г. на конференции сибирских хирургов, посвященной 120-летию А.Г. Савиных и 29.09.2010 г. на заседании Иркутского областного научного общества хирургов. Критических замечаний по тактике хирургической операции и дальнейшему ведению больного не было.

У обоих вышеописанных больных резекция пищевода из АЦД с одномоментной пластикой целым желудком, проведенная через заднее средостение, с анастомозом на шее выполнена как бы вопреки современным взглядам на ее целесообразность, т.е. как паллиативная, поскольку местное распространение опухоли соответствовало III ст., метастазы в отдаленные лимфоузлы свидетельствовали о запущенности болезни и были расценены как признаки IV ст.

Наши интраоперационные, а также приведенные клиничко-анатомические наблюдения [26] указывают на то, что абдомиоцервикальная резекция пищевода с визуальным контролем средостения во время операции не приводит к оставлению внутримедиастинальных метастазов в лимфоузлах, хотя следует признать, что это положение является дискуссионным.

Обоим больным во время операции через нос, глотку и анастомоз в трансплантированный желудок был введен зонд, который в первые 24-48 часа позволяет нам осуществлять декомпрессию желудка. Спустя 24 ч он позволяет начать вводить в желудок жидкость в пределах 500-800 мл за сутки, а через 48 час. – начать дозированное зондовое питание в трансплантированный желудок в объеме 800-1300 мл и далее по 1500-2000 мл/сут. с постоянным контролем возможного возникновения внутрижелудочной гипертензии до тех пор, пока не исчезнет опасность возникновения несостоятельности швов ПЖА на шее (НША). Зонд удаляем на 8-9 сутки после рентгеновского контроля с воднорастворимым контрастом, а при возникновении НША, что бывает редко – примерно у 10% больных, зонд удерживаем в желудке для кормления до заживления анастомоза и прекращения истечения из него содержимого желудка (обычно еще 10-15 дней). Энтеральное питание после операции – важный лечебный фактор и введенный на операционном столе назогастральный зонд позволяет осуществить его, не прибегая к наложению еюностомы для питания, как это предлагают некоторые авторы [35]. Мы видим, что это возможно технически, нетяжело переносится больными и не приводит к осложнениям.

При недостаточной длине или натяжении желудочного трансплантата мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру – Сенцилло-Явербаум позволяет сместить желудок вверх вместе с ДПК без дополнительного пересечения питающих сосудов. Циркулярная фиксация верхушки трансплантата к тканям шеи предотвращает натяжение швов анастомоза и их несостоятельность, а при возникновении частичной несостоятельности соустья эти швы предотвращают попадание содержимого желудка в средостение. Одномоментное с наложением анастомоза формирование антирефлюксного клапана позволяет избежать в дальнейшем рефлюкса из желудка в пищевод и связанных с ним последствий. Для профилактики нарушения эвакуации из желудка и возникновения пилороспазма, как правило, бывает достаточно применяемая нами пилородилатация, или «пальцевая пилородигитоклазия» по терминологии Б.И. Мирошникова и К.М. Лебединского (2002), при выраженной ригидности или гиперплазии привратника мы

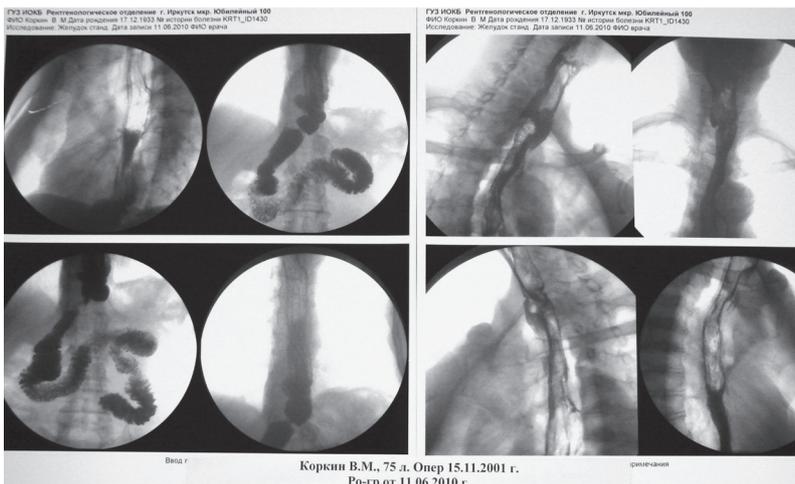


Рис 3. Рентгенограммы искусственного пищевода из целого желудка, проведенного через заднее средостение, с пищеводно-желудочным анастомозом на шее от 11.06.2010 г. у К-на В.М., 75 л. Виден широкий шейный отдел пищевода, ПЖА на шее, «грудной желудок» в виде неширокой трубки, по диаметру сопоставимой с шириной тени позвонков – не шире их. Эвакуация из желудка наступает сразу же.

рентгенолога: состояние после резекции пищевода с заднемедиастинальной пластикой целым желудком с удовлетворительной функцией ПЖА на шее и удовлетворительной эвакуаторной функцией внутригрудного желудка.

МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости от

применяем пилоропластику (наблюдение 3). Удаление малого сальника и скелетизация малой кривизны желудка, будучи важной онкологической составной частью операции, как у описанных наших больных, так и у целого ряда других, не привела и в дальнейшем не приводила к нарушению жизнеспособности желудочного трансплантата.

У обоих больных (наблюдения 1 и 2) эндоскопически выявлен рак в укороченном пищеводе с явно отсутствующей замыкательной функцией кардии и визуальными признаками метаплазии слизистого пищевода со смещением зубчатой линии вверх на 5-6 см от зоны второго жома. Ниже зубчатой линии «слизистая пищевода» видоизменена и внешне больше походит на слизистую желудка с выраженной продольной складчатостью. При осмотре препарата удаленного пищевода мы видим вытянутую вверх трубку из стенки желудка, покрытую брюшиной (рис. 1, 2). Такое состояние нижнего отдела пищевода мы называем псевдопищеводом, у его дистального края обычно на расстоянии 38-40 см располагается видимая на глаз при ФГС зона «второго жома», которую врачи-эндоскописты обозначают как «кардиальный жом». На препаратах удаленного пищевода мы макроскопически в этой зоне никакой мышечной структуры в виде жома не находили ни у этих двоих больных, ни у многих других, которым резецировали пищевод в аналогичных ситуациях при раке и при пептических стриктурах, и морфологи его в этом месте не описывают при гистологическом изучении препаратов как у этих, так и у многих других больных (рис. 1 и 2).

Параэзофагеальная ГПОД, короткий пищевод, недостаточность «кардиального жома» и желудочно-пищеводный рефлюкс, описанные рентгенологами до операции, привели к рефлюкс-эзофагиту с последующей метаплазией пищевода по типу Барретта (наблюдения 1, 2), что предшествовало появлению РП. Наличие метаплазии слизистого слоя в нижней части удаленного пищевода, макроскопические признаки метаплазии слизистого пищевода на уровне опухоли и ниже нее в пищеводе (наблюдение 1) указывают на существование синдрома Барретта еще до возникновения опухоли.

Укорочение пищевода, выявленное нами при гастроскопии у больных с коротким пищеводом, синдромом Барретта, подтверждено осмотром во время операции (наблюдения 1 и 2) и тем, что препарат удаленного пищевода существенно короче (на 8 и 9 см), чем расстояние между точками пересечения пищевода. Следовательно, это укорочение пищевода, сопутствующая ему недостаточность кардиального жома и следующий за ними рефлюкс-эзофагит с трансформацией в пищевод Барретта (ПБ) являются надежными эндоскопическими признаками для постановки диагноза ПБ. Эта ситуация, выявляемая у других больных, гораздо раньше – еще до появления дисфагии и образования рака – с большой долей вероятности должна расцениваться как предрак, на что ряд современных авторов так же, как и мы, обращают серьезное внимание [3].

Современное понимание синдрома Барретта, локализация опухоли у обоих больных в зоне сегмента Барретта подтверждают распространённое предположение, что метаплазия пищевода послужила толчком к образованию опухоли (плоскоклеточный рак, аденокарцинома).

Больные после резекции пищевода по поводу рака с одномоментной пластикой целым желудком нуждаются в систематическом наблюдении (наблюдение 2), обследовании и по показаниям – коррекции при возникающих осложнениях (отдаленные метастазы и др.).

По существующим критериям у обоих больных была выполнена так называемая «паллиативная» субтотальная резекция пищевода из АЦД при подтвержденной IV стадии рака пищевода у второго больного и, вероятно, у первого. Она привела к длительному выздоровлению с удовлетворительным качеством жизни у обоих больных в течение 9 лет. Это позволяет нам считать данную методику операции приемлемой при раке пищевода. Принять решение о ее выполнении можно в процессе операции при обнаружении благоприятной анатомо-хирургической ситуации в средостении после ревизии из брюшной полости. Следовательно, оба наблюдения свидетельствуют о том, что современные критерии неоперабельности РП несовершенны и дальнейшая их интерпретация должна проходить уже с учетом этих двух наших наблюдений, поскольку операции у обоих по существующим критериям должны были считаться нерадикальными, а в действительности оказалось иначе.

Сужение пищеводно-желудочного анастомоза на шее

(наблюдение 2) возникло через 3 месяца после операции. По-видимому, причиной его послужили технические особенности или погрешности при наложении соустья. Оно было компенсировано тремя сеансами бужирования анастомоза и оказалось эффективным на протяжении 8,5 лет. Мы полагаем, что такие стриктуры следует называть первичными и бужировать их нужно как можно раньше – сразу же после их выявления. Аналогичную тактику предлагают и М.В. Ogringer и соавт. (2007) и, как и мы, добиваются успеха.

Совместное ведение больного торакальным хирургом и онкологами, когда удаление отдаленных метастазов на уровне последующим локальным облучением позволило получить удовлетворительный результат не только с функциональной, но и с онкологической позиции, подтверждает необходимость и целесообразность такой интеграции.

При КТ средостения до операции (набл. 2) признаки метастазов в лимфоузлы не выявлены. И, несмотря на то, что ряд параэзофагеальных узлов были удалены во время операции, метастазы в них не были найдены. Дальнейшее течение подтвердило отсутствие метастазов в параэзофагеальных лимфоузлах, что подтверждает надежность КТ-диагностики средостения до операции и сравнительную надежность технологии операции.

У обоих больных (наблюдения 1 и 2) продолжительность операции не превышала 2-2,5 часа, что позволяет нам говорить о сравнительно легкой переносимости операции и ее «минимальной» травматичности.

Отдаленный результат и качество жизни после хирургической операции при РП во многом зависят от качества и методики выполненной операции. Резекция пищевода из АЦД с пластикой целым желудком, (наблюдение 1) вполне выполнила поставленную задачу. Следовательно, состояние отдельных больных после операции может быть вполне компенсированным и много лет не требует проведения лечебных мероприятий (наблюдение 1), а при появлении осложнений, выявляемых при регулярном наблюдении и медицинской коррекции, выполненной по показаниям, она также может приводить к длительному хорошему результату (наблюдение 2).

Очевидно, что продолжительность жизни после операций по поводу РП как в нашей стране, так и за ее рубежами оставляет желать лучшего. Обсуждаются вопросы лечения *синхронных раков* – в принципе лечение должно быть оперативным [8]. Обсуждения тактики лечения метатрахеального рака легкого в отдаленном периоде после оперативного лечения РП мы не встретили. С этих двух позиций, а также с позиции оценки качества жизни после пластики пищевода целым желудком считаем целесообразным привести наше следующее наблюдение.

Наблюдение 3. К-о А.Л., 53 г. Житель г. Иркутска. Поступил 06.09.1984 г. с жалобами на дисфагию. Приводим краткую выписку из истории болезни. Дисфагия появилась за 1 месяц перед поступлением. За этот месяц потерял в массе около 10 кг (масса 55 кг при росте 170 см). При рентгенологическом исследовании в пищеводе выявлена опухоль, ее верхний край – на уровне Т7-8, протяженность 9-10 см. При ФГС верхний край опухоли выявлен на расстоянии 25 см от резцов. Операция от 20.09.1984 г. (М.Б. Скворцов). Эндотрахеальный наркоз. Верхняя срединная лапаротомия. Метастазы в лимфоузлах брюшной полости пальпаторно и визуально не выявлены. В печени и в воротах ее метастазов нет. Желудок мобилизован полностью с сохранением правой желудочной и правой желудочно-сальниковой артерий и односторонней вен. При мобилизации кардиального отдела отмечена короткая желудочно-селезеночная связка, при пересечении коротких сосудов была повреждена капсула селезенки, кровотечение остановлено не удалось, селезенка удалена. Левая желудочная артерия пересечена тотчас после деления чревного ствола. Пилоропластика по Микуличу. Рана брюшной стенки послойно ушита наглухо. Больной повернут на левый бок. Правосторонняя передне-боковая торакотомия в 4 межреберье. На 3 см ниже дуги непарной вены обнаружен верхний край плотной бугристой малоподвижной опухоли в пищеводе, которая прорастает в медиастинальную плевру. Вскрыто средостение. С техническими трудностями пищевод мобилизован вместе с опухолью, клетчаткой и участком медиастинальной плевры. В рану через пищеводное отверстие диафрагмы из брюшной полости извлечен желудок. Пищевод отсечен от желудка. Просвет ушит послойным аппаратным и ручными узловыми шелковыми швами. Вверху пищевод пересечен на 7 см выше верхнего края

опухоли. Наложен пищеводно-желудочный анастомоз, конец пищевода в переднюю стенку дна желудка: вначале желудок фиксируется к пищеводу двумя парами швов-держалок, затем узловыми швами сшиты слизистые слои пищевода и желудка, потом серо-мышечный слой желудка с мышечным слоем пищевода. Затем желудок сзади и по бокам фиксируется к пищеводу выше соустья для создания антирефлюксного клапана. Медиастинальная плевра ушита на уровне анастомоза и далее книзу до уровня главного бронха. Желудок помещен в средостение. Рана грудной стенки постойно ушита с оставлением дренажной трубки в плевральной полости. Препарат: резецированы грудной и абдоминальный отделы пищевода. Верхний край резекции – на 7 см выше верхнего края опухоли. В стенке пищевода – твердая, бугристая опухоль, прорастающая слизистый и мышечный слои, сращена с медиастинальной плеврой. Опухоль циркулярная, на разрезе – белая, хрящевой плотности, отдельно – лимфоузел из кардии желудка. Селезенка с поврежденной капсулой в области ворот ее. Описание морфологов: № 26158 – 63 от 21.09.1984 г. Пищевод с опухолью 6,5 x 5 см, слизистая серо-розового цвета. Опухоль в виде муфты толщиной 1,5 см желто-серого цвета, протяженность 4 см. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак.

Послеоперационный период осложнился правосторонней плевроневмонией. Выписан 16.10.1984 г. – на 26-е сутки.

После операции больной ежегодно обследуется в клинике. Проводится контроль общего состояния, состояния пищевода и грудного желудка, состояния легких и средостения путем рентгенологического исследования грудной клетки, пищевода, желудка, фиброэзофагогастроскопии, ригидной эзофагоскопии, по показаниям дважды проведено бужирование пищеводно-желудочного анастомоза, выполнялись общеклинические исследования. В условиях стационара торакального отделения корректируется общее состояние, по поводу эзофагии, анастомозита, симптомов агастральной астении. Проводится курсами инфузионная терапия водно-электролитными и глюкозированными растворами, белковыми препаратами и др. Постоянно корректируются режимы питания и труда. Больной много лет работал на прежней работе, затем сторожем.

В 1989г., в 1994 и в 1999 гг. К-о А.Л. демонстрирован на заседаниях научного общества хирургов г. Иркутска и Иркутской области. Критических замечаний по оперативной тактике и ведению больного не было.

В феврале 2006 г. в возрасте 74 лет К-о А.Л. проходил очередное лечение и обследование, при котором был выявлен рак нижней доли левого легкого (МК. № 1347), по поводу которого ему 08.02.2006 г. выполнена операция (М.Б. Скворцов) – левосторонняя нижнедолевая лобэктомия, лимфодиссекция. Приводим фрагменты из протокола операции. Эндотрахеальный наркоз. Левосторонняя передне-боковая торакотомия в 5 межреберье. Вытота нет. Метастазы в плевральной полости и в средостении не определяются. В нижней доле пальпируется плотная опухоль с инфильтрацией до 8 см в диаметре. Доля мобилизована путем раздельной перевязки нижней вены и ее ветвей, артериальный ствол перевязан, прошит, пересечен. Нижнедолевой бронх выделен, прошит аппаратным швом и отсечен. Нижняя доля удалена. На культю бронха наложены дополнительные ручные швы по Sweet. Вскрыто средостение рассечением медиастинальной плевры ниже и выше корня легкого. Удалена клетчатка, содержащая несколько увеличенных и мелких лимфоузлов. Культя бронха укрыта подшиванием к ней лоскута медиастинальной плевры. Гемостаз четкий. Легкое расправляется удовлетворительно. Два дренажа в плевральную полость. Рана грудной стенки постойно ушита. Асептическая наклейка.

ПРЕПАРАТ: Удалена нижняя доля и клетчатка средостения с увеличенными и мелкими лимфоузлами. В толще доли по задней поверхности определяется опухоль (рис. 4-Б) с диаметром инфильтрации до 8 см, на разрезе – детрит, признаки нагноения. В бронхе базальной пирамиды и далее в сегментарных определяется мелкобугристая обтурирующая опухоль, крошится при дотрагивании. Расстояние от края опухоли до линии отсечения бронха не менее 2 см (рис. 4-А). **Патоморфол. исследование:** - доля легкого, 263 г., в 2,5 см от края резекции опухоль с экзо- и эндофитным ростом 3,5 x 3 x

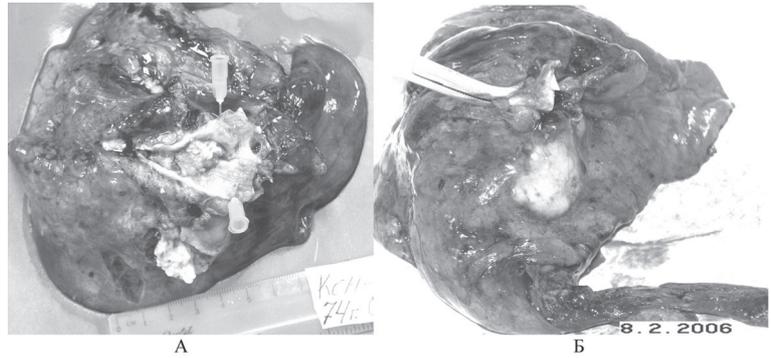


Рис. 4. Препарат нижней доли левого легкого, удаленной 08.02.2006 г.у 6-го К-о А.Л., 74 л. Описание в тексте.

2,5 см, с фокусами некроза, плевру не прорастает, в просвете бронхов – густая мокрота. Гистологическое заключение: № 8495 – 8523 от 09.02.2006 г. – Центральный низкокодифференцированный плоскоклеточный рак нижней доли левого легкого T2N0G3, по краю резекции рост опухоли отсутствует, 6 лимфоузлов без признаков метастатического поражения. Хронический бронхит, эмфизема, пневмосклероз.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписан 27.02.2006 г.

На очередное плановое лечение и обследование К-о А.Л. поступил 19.02.2007 г., в результате обследования выявлен периферический рак нижней доли правого легкого. По этому поводу ему после предоперационной подготовки 14.03.2007 г. произведена еще одна операция (П.И. Сандаков) – резекция нижней доли справа, ушивание дефекта дна желудка. Приводим краткую выписку из протокола операции. Эндотрахеальный наркоз. Доступ в плевральную полость по 5 межреберью. Выражен рубцово-спаечный процесс. Тупым и острым путем нижняя доля выделена из спаек. В 6-м сегменте субплеврально обнаружен метастаз до 2 см в диаметре. Отсечен с фрагментом легкого аппаратом фирмы «Autosuture». При выделении верхней доли из сращения по задней поверхности легкого произошло повреждение передней стенки желудочного трансплантата. Дефект стенки желудка до 3 см. Трансплантат мобилизован. Дефект ушит двухрядным швом. Аэростаз прошиванием дефектов паренхимы. Счет салфеток. Дренажирование плевральной полости. Ушивание раны. ПГЗ: Фрагмент ткани легкого 7 x 3,5 x 3 см – серая ткань, по одному из краев – скобки. Ткань легкого с фокусом роста умеренно-дифференцированного плоскоклеточного рака (метастаз) и 2 фрагмента серо-бурой ткани представлены участками висцеральной плевры с легочной паренхимой с фокусами роста плоскоклеточного рака.

Послеоперационный период осложнился остеомиелитом грудных концов 5-6 ребер справа с образованием гнойного свища в этой области.

Поступил вновь 28.06.2007 г. (ист. 6-ни № 16173). Диагноз: Остеомиелит передних отрезков 5 – 6 ребер справа. Свищевая форма. Операция – 03.07.2007 г. (Е.В. Нечаев) – Резекция передних отрезков 5-6 ребер справа с иссечением свища грудной стенки. Свищ иссечен вместе с деструктивно измененными концами ребер. ПГЗ: № 54225-33 от 04.07.2007 г. В иссеченных тканях размером 4,5 x 3 x 2,5 см – множество фрагментов ребер, свищевой ход длиной 2,7 см. Гистологически: 1) Стенка свища представлена грануляционной и плотной соединительной тканью с выраженной инфильтрацией нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками, макрофагами и гигантскими многоядерными клетками типа инородных тел, сосуды с признаками воспалительной васкулопатии. 2) Фрагменты гиалинового хряща и губчатой кости со склерозом межкостных балок. Заключение: морфологические признаки соответствуют клиническому диагнозу. Признаков опухолевого роста не выявлено.

Выздоровление, выписан 17.07.2007 г.

На очередное ежегодное лечение по поводу дисфагии К-о А.Л., 79 л. поступил 18.05.2010 г. по направлению одной из горюдских поликлиник. Диагноз при поступлении: Основное заболевание: Рак среднегрудного отдела пищевода. Состояние после субтотальной резекции пищевода с одномоментной пластикой целым желудком по Льюису (в 1984 г.). Дисфагия 1 ст. Сопутствующее заболевание: Центральный рак нижней доли левого легкого T2N0M1. 2B стадия, 4 клиническая груп-

на. Метастаз в нижнюю долю правого лёгкого (2007 г.).

Жалобы на умеренно выраженную слабость. Чувство затрудненного прохождения пищи по пищеводу во время еды.

При поступлении 18.05.2010 г. Общее состояние удовлетворительное. Активен. Тургор кожи нормальный. Не истощен, питание несколько понижено. Рост 168 см, масса 65 кг (в первые годы наблюдения рост был 170 см, непосредственно перед первой операцией масса 55 кг – потерял за время болезни более 10 кг, затем масса увеличилась и в последние 10 лет колеблется от 68 до 65 кг). Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, при дыхании симметрична. Кожные рубцы после перенесенных операций тонкие, линейные, подвижны, свищей нет. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 140/80 мм рт.ст., пульс 100/мин. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезнен. Печень не увеличена.

Биохимические анализы от 19.05.2010 г.: общий белок 76 г/л, общий билирубин –14,1 мкмоль/л, глюкоза 5,6, мочевины 7,5, креатинин 0,11, холестерин 6,0 ммоль/л, амилаза 58 МЕ/л. Спирография от 25.05.2010 г. – функция внешнего дыхания не нарушена. ЭКГ от 19.05.2010 г. – синусовый ритм, 70 /мин., Нормальное положение электрической оси, преобладание потенциалов левого желудочка.

На рентгенограмме грудной клетки от 19.05.2010 г. (рис. 5) выявлены изменения соответствующие перенесенным операциям – легкие уменьшены в объеме с обеих сторон, без патологических теней. Легочной рисунок умеренно усилен за счет сосудистого компонента. При рентгеноскопии пищевода и желудка от 20.05.2010 г. (рис. 6) шейный и верхнегрудной отделы пищевода свободно проходимы, просвет не изменен. Средняя и нижняя трети пищевода резецированы, ПЖА – в средостении на уровне бифуркации трахей, просвет его умеренно сужен до 0,7 см на протяжении 1 см. Контрастное вещество обычной консистенции проходит свободно. Желудок – в заднем средостении, среднего объема, натощак пуст. Выходной отдел желудка – над диафрагмой. Привратник свободно проходим, эвакуация начинается сразу. ДПК и проксимальные отделы тощей кишки – в пределах нормы. Заключение: Состояние после резекции пищевода с пластикой желудка по Льюису. Умеренно выраженный стеноз ПЖА. И у этого больного ПЖА в груди свободно проходим, «грудной желудок», как и у предыдущего, в виде неширокой трубки, по диаметру сопоставимой с шириной тени позвонков. Эвакуация из желудка наступает сразу же, что отчетливо видно на представленных рентгенограммах.

В связи с отмеченной при поступлении дисфагией и для решения вопроса о бужировании умеренно выраженного стеноза анастомоза больному 27.05.2010 г. выполнена ФГС: Под местной анестезией лидокаином гастроскоп проведен на 80 см. Вход в пищевод свободен, слизистая пищевода бледно-розовая, складки сглажены, перистальтика правильная. На расстоянии 24 см от резцов выявлен пищеводно-желудочный анастомоз, он округлый, диаметром до 2 см, линия пищеводно-желудочного перехода ровная, четкая, в просвете желудка небольшое количество жидкости с примесью желчи. Слизистая желудка розовая, бархатистая, складки ориентированы продольно, высотой до 0,5-1 см, перистальтика

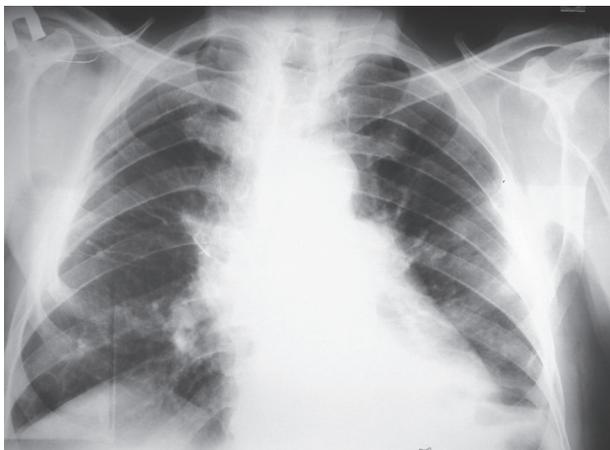


Рис. 5. Рентгенограмма грудной клетки больного К-о А.Л., 79 лет от 19.05.2010 г. Описание в тексте.

ФКУ Коломенка А. П Дата рождения 08.02.1931 № истории болезни 13552
Исследование: Желудок слана. Дата записи 20.05.2010 ФКУ Коломенка

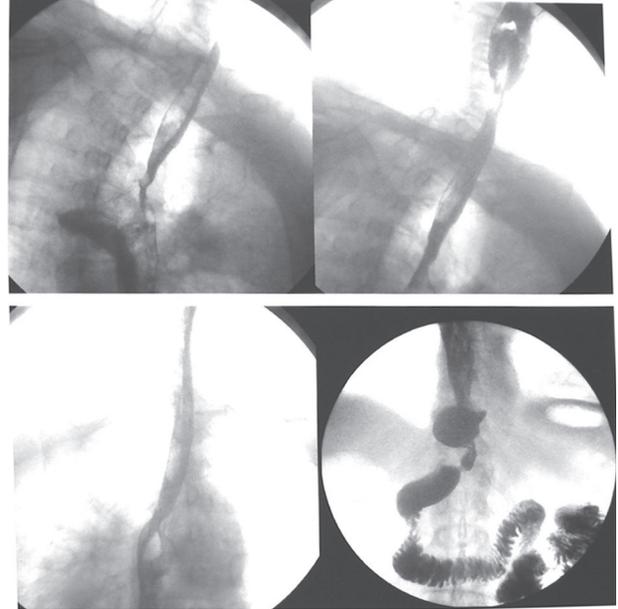


Рис. 6. Рентгенограмма пищевода, ПЖА, искусственного пищевода из целого желудка и ДПК больного К-о А.Л., 79 лет от 20.05.2010 г. Описание в тексте.

ваяя, волны поверхностные, медленные. Привратник – на 45 см от резцов, зияет, диаметр до 2 см. Умеренный дуодено-гастральный рефлюкс, ДПК – без особенностей. Заключение: оперированный пищевод. Нормально функционирующие эзофаго-гастроанастомоз и трансплантированный желудок. Признаков рецидива опухоли визуально не выявлено. В настоящее время со стороны пищевода и анастомоза патологии нет. Бужирование анастомоза не показано.

Находясь под прессингом опасности рецидива опухоли после операции, мы регулярно выполняли эндоскопические исследования пищевода и желудка и в предыдущие годы. При этом неоднократно отмечали переходящие изменения в пищеводе и в зоне анастомоза. Приводим фрагменты одной из ФГС – от 22.02.2007: Вход в пищевод свободен, пищевод обычного вида. ПЖА – на расстоянии 24 см от резцов, над анастомозом – умеренная гиперемия, поверхность «шершавая», анастомоз округлый, кайма его гиперемирована, диаметр до 2 см, рефлюкс из желудка не выражен. Слизистая грудного желудка розовая, бархатистая, складки выражены, высотой до 0,5 см, расправляются воздухом при раздувании. В просвете – жидкость с примесью желчи. Привратник на расстоянии 50 см, перистальтирует, раскрывается до 2 см в диаметре, выражен умеренный дуодено-гастральный рефлюкс, Слизистая ДПК без особенностей. Заключение: Нормальная функция ПЖА и привратника. Умеренный дуодено-гастральный рефлюкс. Дистальный эзофагит, анастомозит. Неоднократно брали биопсию, приводим наиболее характерное ПГЗ – от 25.01.2006 г. № 4565-4573 – когда решался вопрос об операции по поводу рака левого легкого): а) в проксимальном отделе желудка – фрагменты слизистой желудка с картиной хронического воспаления высокой степени активности с выраженной гиперплазией покровно-язочного эпителия с фокусами кишечной метаплазии и фокальной дисплазией 2 ст.; в области анастомоза – б) фрагменты слизистой желудка с картиной хронического воспаления высокой степени активности с гиперплазией многослойного плоского эпителия в многослойный плоский с признаками хронического воспаления высокой степени активности; в) место перехода железистого эпителия в многослойный плоский с картиной хронического воспаления высокой степени активности с гиперплазией многослойного плоского эпителия. Настоящую картину можно расценивать как дистальный эзофагит, анастомозит и гастрит проксимального отдела трансплантированного желудка. Дважды 24.10.2008 г. и 26.03.2009 г. на фоне такой картины при умеренно выраженной дисфагии пришлось бужировать анастомоз со взятием биопсии, поскольку рентгенологически были отмечены умеренно выраженные признаки стеноза ПЖА. Приводим протокол одной из них от 26.03.2009 г. Ригидная эзофагоскопия. Внутривенный наркоз, диффузи-

онное дыхание. Трубка эзофагоскопа Шторца проведена на 35 см от резцов. Вход в пищевод свободный, просвет пищевода на всем протяжении ровный, достаточно широкий. На расстоянии 24 см определяется анастомоз. Слизистая по линии пищеводно-желудочного перехода нечеткая, размыта, несколько гиперемирована, эзофагит минимален, трубка аппарата прошла свободно в грудной желудок. Слизистая последнего – характерного вида, розовая, ровная, бархатистая, в просвете умеренное количество содержимого – светлая жидкость с примесью желчи. Из зоны анастомоза взята биопсия. Заключение: оперированный пищевод. Признаков рецидива опухоли визуально не выявлено. Бужирование анастомоза не показано. ППЗ № 5015 от 27.03.2009 г.: представлен пласт многослойного плоского эпителия с эктазией венул и необильной лимфолейкоцитарной инфильтрацией, фрагменты грануляционной ткани с признаками выраженного хронического активного воспаления с участком эпителизации многослойным плоским эпителием. Гистологическое заключение: хронический язвенный эзофагит. Роста опухоли нет. Следовательно, дисфагия обусловлена переходящим эзофагитом, анастомозитом, которые могут приводить к дисфагии и требуют лечения.

Для контроля за бронхиальной системой регулярно выполняем бронхофиброскопию. 26.05.2010 г. на контрольной ФБС выявлена обычная культя левого нижнедолевого бронха, атрофический катаральный эндобронхит. По данным биопсии из культя бронха – опухолевого роста нет.

МСКТ грудной клетки от 19.05.2010 г (рис. 7). Левый гемиторак уменьшен в размерах. Верхняя доля компенсаторно вздута. В паренхиме левого легкого определяются мелкие,

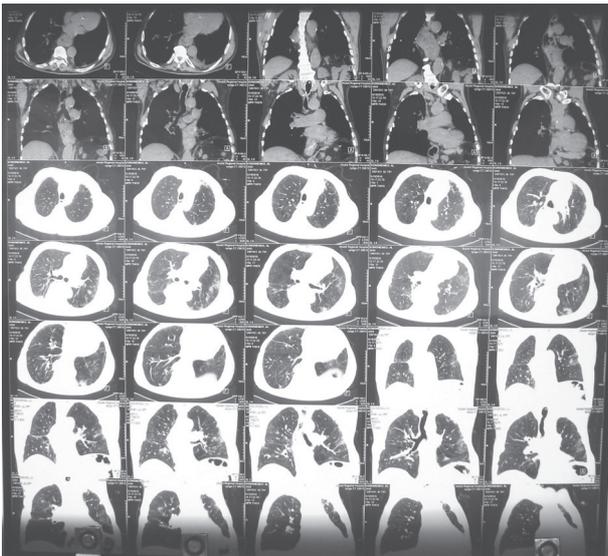


Рис. 7. Фрагменты мультиспиральной компьютерной томограммы грудной клетки больного К-о А.Л., 79 л. от 19.05.2010 г. Описание в тексте.

до 4 мм воздушные полости с тонкой стенкой, без содержимого, а также участки безвоздушной паренхимы за счет пневмосклероза. Визуализируется культя нижнедолевого бронха, верхнедолевой бронх прослеживается до субсегментов, нормального диаметра. Костальная плевра утолщена. Паренхима правого легкого обычной воздушности. Нижняя доля уменьшена в объеме за счет нижней доли. В паренхиме правого легкого также определяются мелкие воздушные полости без содержимого. Бронхиальное дерево визуализировано до субсегментов, бронхи нормального диаметра, не деформированы, устья свободны, просвет и проходимость их сохранены на всем протяжении. Междолевая плевра справа утолщена. Медиастинальные структуры смещены влево, с четкими контурами. Сердце не увеличено. Увеличенных лимфоузлов средостения не выявлено. Медиастинальная жировая клетчатка не инфильтрирована. Заключение: Послеоперационные изменения обоих лёгких, буллезная эмфизема, левосторонний пневмосклероз.

По данным эхосонаграфии от 27.05.2010 г. очаговых изменений в органах брюшной полости не выявлено. При МСКТ головного мозга (25.05.2010 г.) очаговой патологии не выявлено.

но. В отделении проведен курс общей инфузионной терапии растворами глюкозы, электролитов, белковыми препаратами. К концу лечения прошла дисфагия, существенно уменьшилась слабость, субъективно улучшилось общее состояние. Выписан 28.05.2010 г. с улучшением.

Таким образом, у больного после резекции пищевода с внутригрудным анастомозом периодически отмечаются явления дисфагии вследствие временами появляющихся эзофагита, анастомозита, ухудшение общего состояния, слабость, которые путем ежегодных курсов лечения приводят к улучшению состояния, восстановлению работоспособности, устраняют дисфагию и позволяют добиться многолетней компенсации с вполне удовлетворительным качеством жизни. Онкологическая ситуация в организме требует также постоянного контроля и при выявлении новых очагов необходимо прибегать к их коррекции, как это было дважды у нашего больного (наблюдение 3).

К вопросу о радикальности ТХЭ. Нами у 25 умерших после резекции пищевода по поводу рака из АЦД с одномоментной пластикой целым желудком, и умерших после операции, на вскрытии не обнаружено оставленных во время операции лимфоузлов с метастазами рака в брюшной полости, в средостении и на шее [26].

Мы при постоянном наблюдении не видели рецидива опухоли в зоне анастомоза на шее или в груди после выполненных нами резекций пищевода с пластикой целым желудком по поводу РП. Бужирование стенозов анастомоза по струне бужами больших диаметров с косым каналом на конце эффективно. Бужировать лучше в первые месяцы.

Ранняя диагностика РП в настоящее время маловероятна, а своевременный диагноз РП может быть установлен лишь при массовых осмотрах населения. У всех троих наших больных, выявленных спорадически, т.е. после появления клинических симптомов, продолжительность финальной стадии болезни была 1-2 месяца, за этот период у двоих отмечена значительная потеря в массе, заболевание диагностировано в III-IV ст.

Основным недостатком пластики пищевода целым желудком считают невозможность сформировать из него трансплантат достаточной длины, невозможность полноценно удалить лимфоузлы в зоне регионарного метастазирования по малой кривизне желудка и опасность некроза его верхушки при перемещении в купол плевральной полости или на шею [18]. Эти опасности, по-видимому, существуют, но встречаются весьма редко – в 0,3-0,8% наблюдений [27,44]. По нашим наблюдениям, целый желудок как трансплантат анатомически и функционально вполне пригоден для замещения удаленного пищевода (набл. 1-3). Нарушение его эвакуаторной функции вследствие разной степени выраженности пилороспазма может быть предотвращено пилородигитоклазией (набл. 1-2) или пилоропластикой (набл. 3).

Техника наложения пищеводно-желудочного анастомоза на шее и в груди, приведенная нами в протоколах операций, внедрена в нашу клинику в 1972 г. В.И.Астафьевым [1] и используется нами более 38 лет на основе принципов, сформулированных выдающимися отечественными хирургами: А.Г. Савиных, Б.В.Петровским, А.А. Русановым, Ю.Е.Березовым и др. Они заключаются в следующем: 1) кровоснабжение сшиваемых органов должно быть достаточным, чтобы не было ишемии сшиваемых органов; 2) при создании соустья необходимо предотвратить натяжение швов анастомоза; 3) сшивать нужно однородные ткани послойно в два ряда. При этом мы всегда формируем антирефлюксный клапан, используя швы типа «салазочных» по Ю.Е. Березову. Наложённые таким образом швы обладают высокой надежностью и др. положительными свойствами [1], а антирефлюксный клинический эффект мы видим почти всегда как при шейной, так и при внутригрудной локализации анастомоза.

В резецированном пищеводе непрерывно происходят различные процессы от воспалительных до метаплазии (набл. 3), при внутригрудном пищеводно-желудочном анастомозе они требуют коррекции и лечения как местного, так и общего, что, в конце концов, приводит к ремиссии.

В грудном желудке отмечали гастрит, эзофагит в резецированном пищеводе, анастомозит, которые проходят на фоне местного и общего лечения. Считаем, что не следует приписывать роль последнего. В шейном анастомозе, наложенном с созданием антирефлюксного клапана такие явления практически не встречаются (набл. 1 и 2).

Существует реальная опасность возникновения рака других локализаций (например, в легком) во всей полноте проявлений этого заболевания (набл. 3). А отдаленные метастазы могут проявлять себя через несколько лет после резецирующей операции (набл. 2). Описанные наблюдения подтверждают необходимость ежегодного осмотра оперированных больных с целью выявления таких осложнений в условиях квалифицированного медицинского учреждения.

Роль лечебного учреждения в совершенствовании и оптимизации лечения больных РП, несомненно, не укладывается в рамки существующих производственных обязанностей. Она гораздо шире. Так, для жителей г. Иркутска не составило большого труда являться регулярно на плановые осмотры и возникавшую при этом необходимость хирургической коррекции (набл. 2 и 3), для жителей других мест эта явка всегда сопряжена с рядом трудностей (набл. 1), поэтому образование Центра по лечению больных с заболеваниями пищевода, наделение его соответствующими полномочиями и его функционирование играют значительную роль в лечении раковых и нераковых больных, улучшении результатов реконструктивных операций на пищеводе и роль его должна возрастать.

В цитированной литературе имеются единичные сведения о функциональных результатах и качестве жизни в отдаленном периоде [16,40,44], не приводится система послеоперационной реабилитации, а В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова (2007) считают, что *диспансерное наблюдение* – регулярные осмотры после радикального лечения существенно не влияют на выживаемость [40]. Приведенные нами клинические наблюдения 2 и 3 свидетельствуют об обратном – о необходимости постоянного ежегодного обследования перенесших операцию и в случае выявления у них осложнений, проводить им лечение. Интервал между осмотрами в течение 1 года вполне достаточен и позволяет без опоздания своевременно выявить возникающее осложнение и по возможности радикально скорректировать его.

Систематическое ежегодное лечение позволяет компенсировать и предупреждать возникающие нарушения со стороны системы пищеварения и др. внутренних органов. Проводящееся при этом обследование позволило у двоих из наших больных своевременно выявить возникающие онкологические осложнения и устранить их. Функциональные

результаты не всегда зависят только от единожды выполненной операции (как это произошло в первом наблюдении), пусть даже с прекрасной репутацией. В послеоперационном периоде часто требуется коррекция, и только с ее помощью можно добиваться приемлемых функциональных результатов и качества жизни как было у приведенных нами больных (набл. 2 и 3), т.е. необходимо постоянное клиническое наблюдение и коррекция функционального состояния всего организма и трансплантированного органа. Мы полагаем, что у описанных нами больных удалось получить хорошее и удовлетворительное качество жизни после оперативного лечения РП.

Таким образом, после онкологической резекции пищевода пластика целым желудком – надежный способ создания искусственного пищевода, приводящий к удовлетворительным и хорошим функциональным результатам на протяжении многих лет как при внутригрудной, так и при шейной локализации анастомоза. Резекция пищевода при раке абдомино-цервикальным доступом с одномоментной пластикой целым желудком с анастомозом на шее позволяет у ряда больных получить продолжительный удовлетворительный клинический результат. Она малотравматична, минимальна по продолжительности, поэтому предпочтительна у пожилых и ослабленных больных. После резецирующих операций по поводу РП больные нуждаются в систематическом наблюдении, обследовании не реже 1 раза в год. При выявлении функциональных и органических нарушений (стриктура ПЖА, анастомозиты), метастазов, новых опухолей больным необходимо проводить соответствующее лечение, а при наличии показаний – выполнять хирургические операции – столько и в таком объеме, как это принято в соответствии с современным регламентом. Абдомино-цервикальная субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение, с анастомозом на шее – вполне приемлема как паллиативная операция при подходящей анатомо-хирургической ситуации, выявляемой из абдомино-трансребрального и шейного доступов. У отдельных больных она может оказаться вполне радикальной. Она более безопасна, менее травматична, требует меньше времени на выполнение и легче переносится больными, чем трехдоступная операция или операция Льюиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьев В.И., Пирожков В.Ф., Скворцов М.Б. Принципы формирования пищеводно-кишечных анастомозов // Реконструктивная хирургия: Сб. научн. трудов АМН СССР. – М., 1981. – С.75-77.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Иркутской области в 2008 году. – Иркутск, 2009. – 178 с.
3. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Стилиди И.С. и др. Пищевод Барретта: от теоретических основ к практическим рекомендациям // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.109-119.
4. Давыдов М.И. Эволюция онкохирургии и ее перспективы. Рак пищевода // Проблемы клинической медицины. – 2005. – №1. – С.10-11.
5. Давыдов М.И., Кухаренко В.М., Неред С.Н. и др. Современные подходы к лечению больных раком грудного отдела пищевода // Торакальная хирургия: Тез. научн. Конференции. – М., 1993. – С.136-139.
6. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Бохян В.Ю. и др. Промежуточные результаты применения предоперационной химиотерапии и расширенной субтотальной резекции пищевода при раке // Анналы хирургии. – 2005. – №3. – С.27-32.
7. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д., Полоцкий Б.Е. Рак пищевода: современные подходы к диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. – 2006. – №14. – С.1006-1015.
8. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Полоцкий Б.Е., Герасимов С.С. Хирургическое лечение больных с синхронным раком пищевода и легкого // Анналы хирургии. – 2008. – №6. – С.23-28.
9. Дронова О.Б., Соколов В.В., Булгакова Н.Н. и др. Флуоресцентные методы в диагностике тяжелой дисплазии и раннего рака пищевода Барретта // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – №1. – С.68-74.
10. Кубе Р., Реймер А., Клюге Е. и др. Хирургическое лечение

злокачественных новообразований пищевода // Хирургия. – 2009. – №9. – С.50-54.

11. Лазарев А.Ф., Фокеев С.Д. Сравнительный анализ радикального лечения рака пищевода // Российский онкологический журнал. – 2006. – № 2. – С.35-37.
12. Мамонтов А.С. Комбинированное лечение рака пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.76-82.
13. Мельников О.Р. Рак пищевода: клиническая картина и стадирование заболевания // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.66-69.
14. Мирошников Б.И., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода. – СПб.: Фолиант, 2002. – 303 с.
15. Моисеев В.М. Возможности современного лекарственного лечения больных раком пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.83-90.
16. Мустафин Д.Г., Малиновский Е.Г., Воробьев А.И. и др. Операция Льюиса при раке пищевода (ближайшие и отдаленные результаты) // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2005. – №4. – С.47-51.
17. Паршин В.Д., Ручкин Д.В., Базаров Д.В. и др. Разобщение трахеального свища искусственного пищевода у больного после экстирпации пищевода по поводу плоскоклеточного рака // Хирургия. – 2008. – №10. – С.68-69.
18. Рогачева В.С., Фомин П.Д. Хирургическое лечение рака пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тезисы Всесоюзной конференции по хирургии пищевода. – М., 1983. – С.29-31.
19. Роман Л.Д., Карачун А.М., Шостка К.Г., Костюк И.П. Методы реконструкции пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.99-108.
20. Саенко В.Ф., Пугачев А.Д. Современный подход к хирургическому лечению рака пищевода различных локализаций // Хирургия пищевода (ошибки и опасности): Тезисы Всесоюзной конференции по хирургии пищевода. – М., 1983. – С.31-33.

21. Свиридова С.П., Мазурина О.Г., Нехаев И.В. и др. Основные принципы предоперационной подготовки и интенсивной терапии послеоперационного периода у больных раком пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.120-126.
22. Свиридова С.П., Кадагидзе З.Г., Короткова О.В. и др. Perioperative immunocorrection galavitom у больных раком желудка и пищевода // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – №1. – С.55-61.
23. Сильвестров В.С., Макеева Р.П., Сильвестров Ю.В. Результаты одномоментных операций при раке пищевода // Хирургия пищевода (ошибки и опасности). – М., 1983. – С.36-38.
24. Скворцов М.Б. Рак пищевода: хирургическое лечение (современное состояние вопроса) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – №4. – С.21-30.
25. Скворцов М.Б., Пития П.Ш. Диссинергия сфинктерного аппарата желудка // Юбилейная конференция Иркутского института: Тез. докл. научн. конф., посв. 50-летию Иркутского госуд. мед. ин-та. – Иркутск, 1980. – С.87-89.
26. Скворцов М.Б., Пития П.Ш. Эндоскопическая диагностика заболеваний желудка в условиях массового осмотра на промышленных предприятиях // Диспансеризация населения и автоматизированные информационные системы, медицинская техника для диспансеризации всего населения. Тез. докл. Всесоюзн. совещ. – М., 1984. – С.60-61.
27. Скворцов М.Б., Красникова Н.О., Каня О.В. и др. О радикальности хирургического лечения рака пищевода // Акт. вопросы онкологии: Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы морфологической диагностики опухолей». – Иркутск, 2003. – С.105-108.
28. Скворцов М.Б., Кожевников М.А., Ипполитова Н.С. и др. Пластика пищевода при рубцовых сужениях. Анатомо-хирургическое и функциональное обоснование // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2009. – №8. – С.55-65.
29. Социальнозначимые заболевания населения РФ в 2008г. (статистические материалы). – М.: Минздравсоцразвития России, 2009. – 66 с.
30. Стилиди И.С., Бохан В.Ю., Тер-Ованесов М.Д. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного отдела пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.70-75.
31. Стилиди И.С., Кононец П.В., Ширяев С.В. и др. Возможности улучшения качества жизни больных после одномоментной субтотальной резекции пластики пищевода по поводу рака // Российский онкологический журнал. – 2007. – №5. – С.21-28.
32. Фокеев С.Д., Лазарева А.Ф., Максименко А.А. и др. Трудные ситуации в хирургии пищевода // Проблемы клинической медицины. – 2005. – №3. – С.122-127.
33. Фокеев С.Д., Лазарев А.Ф., Березовский И.В. Абластика при хирургическом лечении рака пищевода // Проблемы клинической медицины. – 2008. – №1. – С.49-51.
34. Фокеев С.Д., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф. и др. Зависимость продолжительности жизни больных при раке пищевода от выбора лечения // Проблемы клинической медицины. – 2006. – №3. – С.50-53.
35. Хайруллинов Р.В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения рака пищевода // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – №3. – С.48-51.
36. Хирургические болезни пищевода и кардии / Под ред. П.Н. Зубарева, В.М. Трофимова. – СПб.: Фолиант, 2005. – 203 с.
37. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 2000. – 352 с.
38. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Киладзе М.А. Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой // Торакальная хирургия: Тез. научн. конф. – М., 1993. – С.159-162.
39. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Вычужанин Д.В., Рогаль М.М. Хирургическое лечение местно распространенного рака желудка // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – №1. – С.4-10.
40. Черноусов А.Ф., Чернявский А.А., Курбанов Ф.С. Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой // Хирургия. – 1987. – №12. – С.87-93.
41. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. – М., 1998. – 178 с.
42. Чернявский А.А., Домрачев С.А. Отдаленные функциональные результаты экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой при раке // Торакальная хирургия: Тез. научн. конференции. – М., 1993. – С.162-167.
43. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 560 с.
44. Щербаков А.М., Симонов Н.Н., Канаев С.В. и др. Современные тенденции паллиативного лечения больных раком пищевода // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. №2. – С.91-98.
45. Caracci B., Garvin P., Kaminski D.L. Surgical therapy of advanced esophageal cancer (a critical appraisal) // Amer. Journal of Surgery. – 1983. – Vol. 146. – P.704-707.
46. Lewis I. The Surgical Treatment of Carcinoma of the Oesophagus // British Journal of Surgery. – 1946. – Vol. 34. №133-136. – P.18-31.
47. Orringer M.B., Marshal B., Chang A.C., et al. Two Thousand Transhiatal Esophagectomies. Changing Trends, Lessons Learned // Annals of Surgery. – 2007. – Vol. 246. №3. – P.363-374.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГОКБ, кафедра госпитальной хирургии, Скворцов Моисей Борисович – профессор, д.м.н.; Шуликовский Валентин Петрович – научный сотрудник; Кожевников Михаил Александрович – к.м.н., врач НИИ РХВ СО РАМН; Сандаков Павел Иванович – заместитель главного врача по хирургии, ассистент, к.м.н.; Нечаев Евгений Васильевич – врач-хирург отделения торакальной хирургии.

© КОЗЛОВА Н.М., ГВАК К.В., ГАДЖИБАЛАЕВА Л.Ш. – 2011
УДК: [616.36+616.8]-007.17:616-056.7

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Наталья Михайловна Козлова, Ксения Владимировна Гвак, Лейла Шахбалаевна Гаджибалаева
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра факультетской терапии, зав. – д.м.н. Н.М. Козлова)

Резюме. Болезнь Вильсона-Коновалова является редким и труднодиагностируемым заболеванием. В статье представлены обзор литературы, собственный клинический случай, современные методы лечения и диагностики.

Ключевые слова: болезнь Вильсона-Коновалова, гепатоцеребральная дистрофия.

WILSON'S DISEASE

N.M. Kozlova, K.V. Gvak, L.S. Gadzhibalayeva
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The Wilson's disease is the rare disease and is diagnosed with difficulty. Literature review, clinical case and contemporary methods of treatment and diagnostics are presented in this paper.

Key words: Wilson's disease, hepatolenticular degeneration.