

41. Vargas F., Moreno J.M., Gomez I., et al. Vascular and renal function in experimental thyroid disorders // Eur J of Endocrinol. — 2006. — Vol. 154, №2. — P.197-212.
42. Villabona C., Sahun M., Roca M., et al. Blood volumes and renal function in overt and subclinical primary hypothyroidism // Am J Med Sci. — 1999. — Vol. 318. — P.277-282.

43. Wang W., Li C., Summer S.N., et al. Polyuria of thyrotoxicosis: Downregulation of aquaporin water channels and increased solute excretion // Kidney International. — 2007. — Vol. 72. — P.1088-1094.
44. Williams T.L., Peak K.J., Brodbelt D., et al. Survival and the development of azotemia after treatment of hyperthyroid cats // J Vet Intern Med. — 2010. — Vol. 24(4). — P.863-869.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра эндокринологии и клинической фармакологии, тел. (3952) 40-78-84, e-mail: mary_2006@inbox.ru
Калишевская Мария Александровна — аспирант, Хамнуева Лариса Юрьевна — д.м.н., заведующая кафедрой,
Орлова Галина Михайловна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой.

© СКВОРЦОВ М.Б. — 2011
УДК 616.329-006.6

РАК ПИЩЕВОДА: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Моисей Борисович Скворцов

(Иркутский 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, Иркутская областная клиническая больница Ордена «Знак Почёта», гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Представлен обзор литературы по проблеме эпидемиологии, хирургического лечения рака пищевода, а также его результатам.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение.

ESOPHAGEAL CANCER: SURGICAL TREATMENT

M.B. Skvortsov

(Irkutsk State Medical University)

Summary: The literature review on the problem of epidemiology and surgical treatment of esophageal cancer as well as its results has been presented.

Key words: esophageal 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.

РП занимает 9-е место среди всех онкологических заболеваний в мире. Наиболее часто он встречается в северных районах Китая, Казахстана, Киргизии, Монголии, в Иране, Прикаспийских регионах. Наиболее высока частота РП — в провинции Хонан (Китай) и составляет 436 человек на 100 тыс. населения. В Южной Африке с 1940-х годов отмечается драматический рост частоты РП, особенно, среди черного мужского населения. В Европе наиболее часто — в некоторых районах Франции (Бретонь), Швейцарии, Финляндии [7].

В России рак пищевода занимает 7-е место в структуре смертности среди всех злокачественных новообразований [29]. По А.С. Мамонтову (2006) и данным других авторов, в нашей стране РП занимает 14-е место [12, 19, 29], составляя 2-5% от всех злокачественных новообразований. Стандартизованный показатель равен 6,7 на 100 тыс. населения [12].

РП является высокоагрессивной злокачественной опухолью, имеющей крайне неблагоприятный прогноз. В США в 2001 г. соотношение числа больных, умерших от РП, и числа больных с впервые установленным диагнозом (индекс агрессивности опухоли) составило 0,95 [6].

Злокачественные опухоли пищевода и кардиоэзофагеальной зоны принято считать одними из наиболее прогностически неблагоприятных заболеваний пищеварительного тракта. К моменту выявления РП 40-60% пациентов уже не подлежат хирургическому лечению [6].

В.И. Чисов и С.Л. Дарьялова (2007) указывают, что смертность в течение 1-го года после подтверждения диагноза РП — одна из самых высоких среди всех онкологических заболеваний. Средняя продолжительность жизни больных с III ст. заболевания без лечения составляет 5-8 мес.

Одногодичная летальность при РП находится на первом месте среди онкологических больных [19]. В течение 1-го года с момента установления диагноза погибает до 65% больных [13]. Основная причина высокой летальности — позднее выявление запущенных форм РП. Больные с IV ст. в Санкт-Петербурге в 2002 г. составили 32% среди всех впервые выявленных опухолей этой локализации, у них одногодичная летальность составила 70,7% [15]. И.С. Стилиди и соавт. (2003), С.Д. Фокеев и соавт. (2006) указывая на распространенность опухолевого процесса у большинства пациентов к моменту лечения отмечают, что III-IV ст. была у 65-75% больных [16, 29, 33].

Среди более, чем 7000 больных РП, выявленных в РФ в 2000 г. в течение первого года после постановки диагноза умерли 62,5%, специальное лечение проведено только 29,1% больных; хирургическое лечение получили 29,6%, а комбинированное и комплексное — 14,2% пациентов [33].

В РФ в 2007 и в 2008 г. рак пищевода выявлен у 7153 и 7158 чел соответственно, что на 100 тыс. населения составляло по 5,0 человек и по 1,5% от общего числа больных с впервые выявленным диагнозом «злокачественное новообразование» [28]. Отмечается тенденция к улучшению качества диагностики. Так, в 1995 г. в РФ диагноз был подтвержден гистологически у 62,9%, а в 2008 г. — у 79,8% больных с впервые выявленным диагнозом РП [28].

Карциномы пищевода выявляются в поздней стадии. С этим связывают и высокую одногодичную летальность (умирают в течение первого года с момента установления диагноза). За 16 лет при РП в РФ она практически не изменилась — в 1992 г. была 62,2%, а в 2008 г. — 62,3%. При всех локализациях злокачественных новообразований в РФ в 2008 г. одногодичная летальность суммарно составила 29,9%, т.е. при РП она самая высокая. В Иркутской области при раке всех локализаций в 2008 г. одногодичная летальность составила 35,3%, а

при раке пищевода — 79,1%. Лучшие в РФ показатели в 2008 г. — в Краснодарском крае — там суммарно при всех локализациях опухолей умерли 19,8%, а при опухолях пищевода — 10,4%, летальность в Ленинградской области составила 35,3% [28]. Среди больных злокачественными заболеваниями, состоящих в РФ под диспансерным наблюдением, в 2008 г. при РП 5 лет пережили 30,9% [28]. По Иркутской области у впервые выявленных с онкологическими заболеваниями доля больных в IV ст. в 2008 г. суммарно составила 33,7% (по РФ — 29%), а при РП IV ст. выявлена у 55,0% [2].

Как видно, статистика при РП — одна из самых неприглядных. Нельзя не согласиться со многими авторами, что большинство больных РП к моменту поступления на лечение являются неоперабельными из-за распространенности опухолевого процесса, серьезных сопутствующих заболеваний или ослабленного состояния вследствие дисфагии [42].

Даже после радикальной операции у 20% больных диагностируются местные рецидивы опухоли в зоне анастомоза с полной или частичной обтурацией просвета. По этим причинам ведущими в лечении больных со стенозирующим РП могут становиться паллиативные методы [42]. Главной задачей такого лечения является улучшение качества жизни больных и продление ее на возможно более долгий период за счет восстановления перорального питания. Указывают на разнообразие способов борьбы с дисфагией, применяемых как самостоятельно, так и в комбинации. Среди них ведущим является хирургический — это паллиативная резекция пищевода, эзофагэктомия, обходной анастомоз [42].

Элементы анатомии. С позиции хирурга целесообразно учесть, что пищевод расположен в трех областях человеческого организма — в области шеи, груди и живота. Длина пищевода у взрослого составляет 25 см. Шейный отдел имеет протяженность 5–6 см, грудной — 17–19 см, брюшной — 2–4 см [12]. С помощью эндоскопических измерений выделяют следующие анатомические отделы пищевода: 1) шейный отдел пищевода — заканчивается на 18 см от верхних резцов, 2) внутригрудной отдел; его разделяют на: а) верхнегрудной — на расстоянии 18–24 см от резцов; б) среднегрудной — 24–32 см; в) нижняя грудная часть 8 см длиной, включая абдоминальный отдел пищевода, расположена на 32–40 см от резцов [13]. По расстоянию от резцов и длине отделов можно определить локализацию опухоли в том или ином отделе пищевода. Точная локализация опухоли в конкретном отделе пищевода определяет хирургическую тактику — характер и локализацию доступа, объем резекции органа. По данным фиброгастроскопии (ФГС) на основании измерения расстояния от резцов есть возможность определить локализацию опухоли и отношение её к тому или иному отделу пищевода, уровень и протяженность опухолевой инфильтрации, выявить укорочение пищевода, наличие рефлюкс-эзофагита или предположить у больного наличие пищевода Барретта [25].

Структура РП. Важным фактором в определении хирургической тактики, а часто и прогноза при РП является локализация и уровень расположения опухоли в пищеводе. Локализацию опухолей в верхней трети пищевода отмечают у 4,1–8,7%, в средней трети — у 20–45,6%, в нижней трети — у 19,5–60,7%, субтотально верхняя и средняя треть — у 10,4%, в средней и нижней третях — у 25,9%, кардиоэзофагеальный рак — у 20% [10, 33, 34]. По М. В. Orringer (2007), карцинома в верхней трети была у 51 (3,34%), в средней трети у 227 (14,9%), в нижней трети и кардии у 1247 (81,8%) из 1525 больных, т.е. большой разницы по локализации опухолей в Европе и в Америке нет.

При поражении верхней трети органа после только хирургического лечения больные не доживают до 5 лет. При комбинированном лечении доживают 30–35% (12, 44). При опухоли в средней трети после хирургического лечения до 5 лет доживают 10% (12), при комбиниро-

ванном — 18–35% (12,44). При поражении нижних отделов пищевода после хирургического лечения 5 лет живут 25%, после комбинированного 32 — 45% больных (12, 44).

Локализация и стадия развития опухоли во многом определяют хирургическую тактику. При средне- и нижнегрудной локализации опухоли оправдана резекция пищевода абдомино-цервикальным доступом АЦД [40].

В.С. Рогачева и П.Д. Фомин (1983) резекцию пищевода по А.Г.Савиных, т.е. трансхиатально, выполнили при раке грудного отдела пищевода I–II ст. у 65 больных (из 235) с одномоментной (у 33 больных) или отсроченной (у 32) тонкокишечной эзофагопластикой — умерли 6 (9,2%) чел. При РП III ст. в верхне- и среднегрудном отделах резекцию пищевода они выполняли по Добромыслову-Тореку правосторонним подходом. Из 70 больных после операции умерли 5 (7,1%), у 77% выполнена восстановительная операция — заградительная тонкокишечная эзофагопластика в 1–2 этапа. При создании заградительного тонкокишечного пищевода у этих авторов неблагоприятных исходов не было [18].

В.Ф.Саенко и А.Д. Пугачев (1983) основной операцией при раке верхнегрудного отдела пищевода (19 больных с 4 летальными исходами = 21,05%) считали экстирпацию по Добромыслову-Тореку (19 больных) с полной диссекцией средостения с последующей эзофагопластикой толстой кишкой спустя 3–6 месяцев [20]. При раке среднегрудного отдела пищевода они применяли резекцию по Добромыслову у 95 из 168 больных с 14 летальными исходами (14,7%). Восстановительный этап выполняли через 2 — 3, иногда — через 6 месяцев. Всего его выполнили у 46 больных с 6 летальными исходами (13,0%). У 36 из 95 больных восстановления пищевода не было из-за прогрессирования ракового процесса и отказа от операции. Общая летальность после операции Добромыслова-Торека составила 24,3% (14 + 6 = 20 из 95 больных) [20]. При раке нижнегрудного отдела у 49 больных выполняли резекцию пищевода доступом по Осава-Гарлоку с одномоментной пластикой непораженным отделом желудка (27 больных с 8 летальными исходами = 29,6%).

Современные авторы при локализации опухоли в нижней и средней трети органа производят субтотальную резекцию с внутриплевральным анастомозом типа Льюиса [16, 41] или экстирпацию грудного отдела пищевода с формированием анастомоза на шее [41]. Хотя трудно себе представить субтотальную резекцию пищевода, после которой анастомоз накладывается внутриплеврально — ведь остается на своем месте еще шейный отдел. Следовательно, здесь имеется терминологическая неточность.

Форма РП. В РФ пока подавляющее большинство больных имеют плоскоклеточный рак [15]. Он отмечен у 70–95%, а аденокарцинома — у 4–20%, недифференцированный рак — у 3,9% [7, 33, 34]. В США плоскоклеточный рак составляет 56%, аденокарцинома = 43% (15), по М.В. Orringer и соавт. (2007) в Америке при РП аденокарцинома встречается у 69–86% [44]. Большинство исследователей объясняют это увеличением частоты пищевода Барретта прежде всего из-за высокой заболеваемости ожирением и рефлюкс-эзофагитом [15]. В результате в верхней и средней третях пищевода по-прежнему наблюдаются преимущественно плоскоклеточные опухоли, в нижней трети — аденокарцинома. В Германии плоскоклеточный рак встречается у 54,7%, аденокарцинома Барретта — у 45,3% [10].

Стадийность РП определяется современными классификациями, в основу которых положена международная классификация по системе TNM 6-го пересмотра [12, 13, 14]. Стадийность к моменту поступления, имеет большое прогностическое значение и определяет некоторые тактические решения. Частота выявления разных стадий различна. В I–II ст. РП выявляют у 32,5%, в III ст. — у 67,3% [16]. И.С. Стилиди и соавт. (2003) к

моменту лечения — III-IV ст/ отмечали у 65-75% [29]. У Оррингера (2007) из 1480 больных, оперированных с карциномами пищевода III-IV ст. была у 558 (37,7%) больных [44], Р. Кубе и соавт. оперировали при раке 0-I ст. 9,4%, IIa ст. — у 35,9%, III ст. у 36,7%, IV ст. — у 17,1%. Большинство авторов увязывают перспективу лечения и возможные исходы со стадией заболевания к началу лечения. В.С. Рогачева и П.Д. Фомин (1983) отмечают, что при III ст. РП распространенность процесса не позволила прибегнуть к резекции пищевода у 47 (20%) из 235 больных — им были произведены паллиативные операции [18]. После радикального лечения при I ст. РП 5-летнюю выживаемость отмечали у 58-90% (41, 44), при II стадии — 50%, при III ст. — ок. 10%. При распространенности N1 пятилетняя выживаемость не превышает 18-20% [41].

Диагностика РП основывается в первую очередь на клинических проявлениях, главным из них является дисфагия (16, 34). Она присутствует практически у всех больных. По Р.В. Хайруллинову (2006) она встретилась у — 94,4% из 430 больных, боли за грудиной были у 51%, боли в эпигастрии — у 14%, а также гидрофагия, аэрофагия, изжога с отрыжкой (10,2%), гиперсаливация (23,7%), кашель при глотании, регургитация, рвота (11,6%), похудание (81,4%), плохой аппетит — у 31% (34). Продолжительность болезни была до 1 мес у 13,9%, 1-3 мес. — у 43,3%, до 6 мес. — у 22,8%, 6 мес. — 1 год — у 16,3%, и более года — у 3,7% [34]. Важное значение в определении запущенности болезни имеет продолжительность дисфагии. Д.Г. Мустафин и соавт. отмечают, что дисфагия до операции длилась в течение 2-5 мес., и привела к потере массы тела на 6-8 кг у 12,2% больных [16]. Важным прогностическим фактором является продолжительность болезни. Так, при продолжительности болезни до 3 мес. выполнение радикальной операции возможно у 85%, до 6 мес. ок. 50%, более 6 мес. — ок. 25%, более 1 года = 0 [34].

Углубленная диагностика РП должна быть комплексной [35]. Стандартом обследования считают эндоскопическое с биопсией и последующим гистологическим исследованием, КТ груди и брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, спирография, оксиметрия. Важное значение придается использованию эндоУЗИ, фибробронхоскопии, фиброколоноскопии [10, 12, 35]. О.Р. Мельников (2003) указывает, что до сих пор не разработаны скрининговые программы и стандарты диагностики и лечения [13], тем не менее, перечисленные методики достаточно полно подтверждают диагноз при имеющейся клинической симптоматике, но она не является ранней и часто бывает запоздалой. Ранее нами показано, что доклиническая диагностика РП, других заболеваний пищевода и желудка реально осуществима при массовых профилактических осмотрах населения [25]. Показано, что нарушение двигательной активности нижнего пищеводного жома — недостаточность его замыкательной функции, т.е. диссинергия кардии, — является предболезненным состоянием, затем она переходит в различные проявления болезни, в т.ч. в рефлюкс-эзофагит и его осложнения. Раннее выявление Р-Э и его осложнений, дальнейшее регулярное наблюдение и лечение способствуют профилактике и раннему выявлению РП [24].

Эндоскопические методики являются наиболее информативным методом диагностики, дающим максимально полную информацию о раке пищевода и самом органе [3,7,9,10,12,14,17,34,35,36 и мн. др.]. Эзофагогастродуоденоскопия позволяет выявить различные формы опухоли, ее протяженность, характер роста и др. параметры, предраковые состояния, рефлюкс-эзофагит и его осложнения, в т.ч. пищевод Барретта, когда в результате формирования очагов кишечной метаплазии возникает предрасположенность к развитию аденокарциномы пищевода [3, 9]. Ранние формы рефлюкс-эзофагита, пищевод Барретта, другие предопухолевые заболевания можно выявить в усло-

виях профилактических массовых осмотров населения [25].

Таким образом, большинство авторов указывают, что нет ранних симптомов РП. Следовательно, основываясь на принципе самостоятельной обращаемости больных к врачу при самых первых (но, как оказывается, далеко не ранних) признаках болезни, опухоль пищевода обнаруживают уже в далеко зашедшей стадии, чаще всего в III и IV ст. РП. Об этом же говорит и О.Р. Мельников [13]. Не разработаны официальные (стандартные) диагностические приемы ранней диагностики РП, и только выполнение принципа систематических массовых комплексных осмотров населения позволит рассчитывать на более раннее выявление РП и его предшествующих состояний. Об этом мы неоднократно писали еще в 1980-е годы [24, 25].

Лечение РП. Нелеченный РП всегда имеет плохой прогноз. При отсутствии возможности радикального лечения прогноз всегда безнадежен и средняя продолжительность жизни составляет 5-10 мес. [12, 35]. В настоящее время для лечения РП применяют лучевой, химиотерапевтический, хирургический и сочетанные методы лечения [6, 35]. Большинство авторов отмечают, что добиться выздоровления при использовании консервативных вариантов противоопухолевого лечения (лучевое и противоопухолевые препараты) удастся лишь у незначительной части больных РП при I-II ст. [11]. Низкая чувствительность РП к химиотерапии, паллиативный и кратковременный эффект лучевой терапии делают хирургический метод основным в лечении РП [11].

А.С.Мамонтов (2003), ссылаясь на опыт МНИОИ им. П.А.Герцена, указывает на возможность проводить «органосохраняющее лечение» путем электро- и лазерной деструкции опухоли на фоне введения препаратов фотогем и фотосенси при локализованном РП I и II ст. В этой ситуации он считает оправданным и лучевое лечение, но указывает на ряд ограничений — доказанное отсутствие метастазов, возможность систематического контроля и др. [12]. В последние десятилетия МНИОИ им П.А.Герцена разрабатывает комбинированный метод лечения РП с пред- и послеоперационной лучевой терапией в сочетании с иммунохимиотерапией. СОД = 40-45 Грей плюс препараты платины, иммунофан. Всем больным комплексное лечение завершают 3-5 курсами адъювантной полихимиотерапии [12]. В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова (2007) допускают использование химиотерапевтического лечения при РП в качестве самостоятельного метода лишь с паллиативной целью, а чаще — в комбинации с лучевым и хирургическим лечением. Паллиативный эффект химиотерапии отмечают у 50% больных. Это лечение сопровождается высокой токсичностью. Практически у 50% больных приходится прерывать полихимиотерапию из-за побочного действия цитостатических лекарственных средств [41].

М.И. Давыдов и соавт. (2005) отмечают, что предоперационная химиотерапия повышает резектабельность, не снижая частоту хирургических осложнений после операции. Отмечают тенденцию к росту выживаемости при комбинированном лечении [6].

Клинический эффект от предоперационной химиотерапии составляет 45-70%, когда её проводят в объеме неoadъювантной терапии с последующим оперативным вмешательством. Проводят 2 курса химиолечения этопозидом, лейковерином, 5-фторурацилом, цисплатином. Хирургическое вмешательство осуществляют через 4 нед после 2 курсов полихимиотерапии (6). При лучевой терапии в суммарной очаговой дозе (СОД) от 50 до 75 Грей у пациентов с небольшими опухолями пятилетняя выживаемость составляет от 10 до 15%. М.И. Давыдов и соавт. (2006) считают, что как метод лучевая терапия в монорежиме не может считаться радикальной в лечении больных РП [7]. Авторы указывают, что лучевая и химиотерапия в самостоятельном варианте всегда носят паллиативный характер, а к вопросу о

дополнении их хирургическим лечением рекомендуют подходить дифференцированно [7].

И.С. Стилиди и соавт. (2007) считают, что, несмотря на некоторые успехи консервативной терапии в лечении внутригрудного РП, хирургический метод по-прежнему остается основным [30]. Р. Кубе и соавт. отмечают дискуссионность увеличения показателя 5-летней выживаемости на фоне предоперационной химиолучевой терапии. Только химиолучевая терапия показана при высоком хирургическом риске и при локализации опухоли в верхней трети пищевода [10]. Хирургическое лечение по-прежнему остается главным в мультимодальной терапии РП [10]. Р.В. Хайрулдинов (2006) лучевую и химиотерапию подключает к лечению после паллиативной операции [34]. А.М. Щербаков и соавт. (2003) при лечении запущенных больных наряду с паллиативными хирургическими и эндоскопическими мероприятиями считают возможным применение лучевой терапии, но после неё продолжительность жизни не превышает 13 мес. Химиотерапевтический метод редко дает полный регресс опухоли, применяемые препараты обладают нефро- и кардиотоксическим свойством, влияют на кроветворение, желудочно-кишечный тракт. Возлагают надежды на химиолучевое лечение [42]. По данным зарубежных авторов, у разных групп рак пищевода независимо от гистологической формы характеризуется умеренной чувствительностью к цитостатикам.

Неoadъювантная радиохимиотерапия является перспективным методом и позволяет достигать полных патологических регрессов опухоли у 10-20% больных. Паллиативная химиотерапия позволяет улучшить качество жизни больных [15]. М. В. Orringer и соавт. (2007) применял неoadъювантную химио-радиационную терапию в разных группах у 28% и 52% пациентов без осложнений и отрицательного влияния на технику операций [44].

Частота лечебных эффектов химиотерапии в монорежиме составляет 20-30%. При комбинированном использовании препаратов эффект отмечают у 44-55% больных. Причина ограниченного использования химиотерапии обусловлена преимущественно ослабленным общим состоянием и кахексией, что является противопоказанием для химиотерапии. Лекарственное лечение при РП используется с целью: повышения эффективности лучевой терапии (радиосенсибилизация); с неoadъювантной целью (перед хирургическим лечением); с адъювантной целью (после радикального хирургического лечения); с паллиативной целью при местно распространенных и метастатических формах [15].

Следовательно, возможности лучевой, химиотерапии и др. видов неоперативного лечения РП к настоящему времени имеют не решающее, в основном вспомогательное значение, а основным видом радикального лечения является хирургический. Низкая чувствительность РП к химиотерапии, паллиативный и кратковременный эффект лучевой терапии делают хирургический метод основным в лечении РП [11].

Хирургическое лечение. Лечение больных РП является проблемой хирургической, т.к. лучевая и химиотерапия в самостоятельном варианте всегда носит паллиативный характер, а к вопросу о дополнении её хирургическим лечением следует подходить дифференцированно. Главной целью хирургического лечения больных РП является не только излечение, но и продление их жизни с созданием комфортных условий питания путем одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

Хирургический метод представляет собой основу лечения больных раком грудного отдела пищевода. Онкологическая целесообразность операций обоснована. Стандартом в Германии и США является субтотальная резекция пищевода через абдоминальный в сочетании с правым трансплевральным доступом с последующим формированием высокого внутригрудного анастомоза [10, 44].

Хирургия РП имеет почти 100-летнюю историю, — с первой операции трансплевральной резекции пищевода, выполненной F. Thoreck'ом в 1913 г., теоретические и практические основы которой разработал в г. Томске В.Д. Добромислов в 1903 г. [39]. Огромный вклад в развитие хирургии РП в нашей стране внесли В.И. Казанский, Б.В. Петровский, А.Г. Савиных, А.А. Русанов, С.А. Гаджиев, А.А. Шалимов, Е.Л. Березов, Ю.Е. Березов, Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов.

Хирургический метод — основной в лечении больных раком грудного отдела пищевода, возможности которого еще далеко не исчерпаны [29]. Главной целью его является излечение путем хирургического удаления опухоли вместе с большим органом — пищеводом. Одновременно требуется продление жизни больных в комфортных условиях питания — путем одномоментного восстановления непрерывности пищеварительного тракта.

Оптимальная идеология хирургии РП на современном этапе — это одномоментная субтотальная резекция пищевода или экстирпация его с расширенной лимфодиссекцией, сочетанная с эзофагопластикой целым желудком или стеблем из большой его кривизны и формированием пищеодно-желудочного (глоточно-желудочного) соустья в куполе правой плевральной полости или на шее, основанные на максимальной безопасности, онкологической адекватности и высокой функциональности [4, 5, 8, 29, 39, 41, 43, 44].

Правосторонняя торакотомия позволяет безопасно «на глаз» резецировать пищевод, надежно сформировать пищеводное соустье [10,16]. Она создает оптимальные условия для расширенной лимфодиссекции. И.С. Стилиди и соавт. (2003), как и многие другие авторы, считают этот доступ основным при РП — через него выполнили у 420 больных субтотальную резекцию пищевода с одномоментной пластикой его широким желудочным стеблем по типу Льюиса [29].

В последние годы распространение получает трансхиагальная эзофагэктомия (ТХЭ). Основными преимуществами данного метода перед трансторакальными являются меньшая травматичность вмешательства и более высокая его результативность, а также объем резекции пищевода, равный субтотальному, с вынесением анастомоза на шею [12,14,18,20,23,33, 34,35,36,37,39,43,44]. Она особенно приемлема при кардиоэзофагеальном раке, раке нижней и средней третей пищевода без метастазов в лимфоузлы средостения и прорастания в соседние органы, а также рак кардии и пищевода любой локализации с наличием метастазов в средостении — для паллиативных операций [35].

Разнообразие подходов в лечении и значительная степень риска хирургических вмешательств у больных РП определяют повышенный интерес к этому сложнейшему разделу клинической медицины. Главной стратегической целью хирургов является увеличение выживаемости и улучшение качества жизни пациентов [29].

Хирургическое лечение ряд авторов считают оправданным только при распространенности РП в пределах Т1-Т2 и при регионарном метастазировании в пределах одного коллектора — при N1a. При этом в настоящее время большинство хирургов практически всегда производят одноэтапные операции [4,5,6,10,14,16,19,23,29,34,35,37,39,41,43,44]. Следовательно, при III и IV ст. РП резецирующая операция теряет свою радикальность и цель ее выполнения подвергается сомнению, тем не менее, и при III-IV ст. выполняют резецирующие операции типа Льюиса и др. [10,16], а для большей радикальности предлагают убирать всю малую кривизну желудка [35]. К настоящему времени нет единого взгляда на принципы хирургического лечения РП и на показания к операции. Так, А.С. Мамонтов (2003), основываясь на классификации РП по системе TNM 2002 г. (6-й пересмотр) и на принципах МНИОИ им П.А. Герцена указывает, что при I-II ст. — возможно органосохраняющее лечение (электро- и лазерная деструкция опухоли). Считает

оправданным и лучевое лечение по радикальной программе [12].

Применяются различные схемы лечения. С.Д. Фокеев и соавт. (2006) из 932 больных выделили 5 групп, которым лечение проводилось разными вариантами: 1-я (240 больных) — только симптоматическое лечение, 2-я (178) — гастростомия, 3-я (297) — лучевая терапия по радикальной программе с СОД 60-70 Гр, 4-я (101) — хирургическое лечение — операция Торека (45 больных), и одномоментные операции — Льюиса (25), Осава-Гэрлока (18), экстирпация пищевода из АЦД с пластикой изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка впередирудинно с анастомозом на шее (13), 5-я (116) — с комбинированным лечением — операция типа Льюиса (32) с интраоперационной абластикой и лучевой терапией СОД=40-46 Гр, операция Льюиса + лучевое лечение СОД=40-46 Гр (67 чел) и у 17 больных — операция Льюиса + лучевая терапия СОД 60-70 Гр [33].

А.С.Лазарев и С.Д. Фокеев, другие хирурги указывают, что только хирургическое лечение показано лишь в I-II ст. (11). При III ст. РП операция плюс послеоперационная лучевая терапия позволяют пережить рубеж выживаемости более 24 мес. у 14,3% пациентов. Про 5-летнюю выживаемость при III ст. эти авторы не пишут [11].

Поскольку единой позиции не существует, в настоящее время обсуждаются ряд кардинальных вопросов: 1) выбор метода лечения (хирургический, лучевой, комбинированный и/или комплексное лечение) и определение критериев отбора больных на тот или иной вид лечения; 2) выбор адекватного хирургического доступа к пищеводу; 3) объем резекции пищевода, соседних органов и его лимфатического аппарата; 4) выбор пластического материала для замещения удаленного пищевода; 5) способ формирования и место расположения пищевода анастомоза; 6) целесообразность и методы паллиативного лечения РП; 7) тактика лечения локальных рецидивов [19].

К настоящему времени резекция пищевода при РП применяется в разных модификациях, она прошла путь от многоэтапного вмешательства с высокой летальностью до одномоментных операций, летальность при которых имеет тенденцию к неуклонному снижению. О том, что проблема лечения РП является в первую очередь хирургической, указывают авторы практически всех цитированных работ. Из сложившихся к настоящему времени методик хирургического лечения РП применяют:

1) Резецирующие операции: а) резекция пищевода правым или левым трансплевральными доступами; б) резекция пищевода чрезбрюшинным трансдиафрагмальным доступом; в) резекция комбинированным торакоабдоминальным доступом.

2) Пластические операции восстановления пищевода: а) одномоментные; б) отсроченные одно- и двухэтапные. Для создания пищевода используют желудок — целый или созданные из его большой кривизны трубки. Толстокишечная пластика применяется у 15,5% [10], а пластика из тонкой кишки в настоящее время практически не применяется [19].

Одномоментная резекция и пластика пищевода бесспорно более предпочтительны с точки зрения функциональности, косметического эффекта и качества последующей жизни оперированных пациентов [29].

Основным тормозом на пути применения хирургических методов в лечении РП была высокая летальность, которая в начале XX века, во времена F. Sauerbruch (1875-1951) составляла 100% [14], в 1960-1970-е годы после резекции пищевода она достигала 20-25% [20]. Вследствие этого хирургическое лечение разделяли на два-три этапа — вначале выполняли резекцию пищевода, а спустя 4-6 мес. — пластику пищевода.

Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский (2002) и др. авторы указывают, что эталоном радикализма независимо от уровня локализации опухоли является экстирпация пищевода с формированием глоточно-пищеводного

анастомоза. Такой объем операции способствует получению более высоких отдаленных результатов. Но такое расширение объема вмешательства усложняет его технически и сопровождается значительным числом послеоперационных осложнений — до 70% (по Н. Igaki и соавт., 2000). Они указывают, что не прекращается дискуссия об оптимальном уровне формирования пищевода анастомоза, т.к. ряд хирургов предпочитает формировать анастомоз на шее, другие — в куполе плевральной полости. По мнению цитируемых авторов, при РП в средней и в нижней третях пищевода выбор уровня его резекции в куполе плевральной полости или выше на 3-4 см — на шее — заметно не влияет на отдаленные результаты [14], поэтому в настоящее время наиболее популярна операция, носящая имя Льюиса (I. Lewis, 1946) — это резекция пищевода правым трансплевральным доступом в сочетании с абдоминальным с одномоментной пластикой целым желудком с высоким анастомозом под куполом плевры [45]. Трудно себе представить справедливым утверждение, что разница в высоте между высоким внутриплевральным анастомозом и соустьем на уровне щитовидного хряща на шее равна всего 3-4 см, на самом деле она больше. Иногда анастомоз выносят на шею, применяя для этого еще и третий — шейный — доступ [20].

Использование желудка для эзофагопластики имеет свои существенные преимущества — это простота формирования трансплантата и надежность его кровоснабжения за счет правых желудочной и желудочно-сальниковой артерий [23, 29, 43].

Использовать целый желудок для пластики пищевода предложил в 1895 г. G. Biondie [14, 39]. Его экспериментальные исследования продолжили Gosset (1903) и I. Mikulicz (1904). В 1913 г. F. Fink осуществил антеторакальную пластику пищевода целым желудком в антиперистальтической позиции. Затем M. Kirshner (1920) — предгрудинно (умерли 2 больных из троих) и W. Kummel (1922) заднемедиастинально в изоперистальтической позиции проводили мобилизованный для пластики пищевода целый желудок из абдоминального доступа на шею, где анастомозировали его с пищеводом. Операции не получили распространения из-за высокой смертности [14, 19, 39]. В 1946 г. I. Lewis предложил использовать целый желудок после правосторонней трансплевральной резекции пищевода с внутригрудным анастомозом [14, 19, 39, 45].

Отмечают, что общая 5-летняя выживаемость после 3-зональных операций составляет 65% при плоскоклеточном РП и 46% при аденокарциноме [29]. Следует отметить, что объективно по данным многих авторов пластика по Льюису не лишена недостатков. Сочетанный доступ, мобилизация целого желудка для пластики или формирование из него того или иного варианта изоперистальтической трубки из большой кривизны желудка в брюшной полости, коррекция привратника, нередко мобилизация двенадцатиперстной кишки для удлинения трансплантата, окончательное или временное закрытие абдоминальной раны, поворот больного на левый бок, правосторонний трансплевральный доступ к пищеводу (торакотомия), затем мобилизация пищевода с клетчаткой и лимфатическим аппаратом средостения, наложение высокого внутриплеврального пищевода-желудочного анастомоза требуют для их выполнения большого количества времени. Операции типа Льюиса по продолжительности всегда длятся 5-6 часов [6, 14, 16]. Для обеспечения энтерального питания при этой операции в раннем послеоперационном периоде некоторые авторы накладывают временную первичную еюностому по O. Witzel [35].

Всегда всеми авторами отмечалась особая травматичность при операциях по поводу РП. Она вызвана следующими обстоятельствами: 1) Современные подходы к хирургическому лечению злокачественных опухолей включают в себя выполнение расширенных, расширенно-комбинированных оперативных вмеша-

тельств с резекцией соседних структур, вовлеченных в опухолевый процесс, а также с одномоментной расширенной лимфодиссекцией регионарных зон метастазирования. При любой распространенности злокачественного процесса задача хирурга заключается в необходимости добиться максимального радикализма [21] с использованием указанных приемов. Поэтому оперативные вмешательства в онкологии и на пищеводе, в частности, отличаются особой травматичностью. 2) Поскольку пищевод расположен в трех областях человеческого организма — шея, грудь, живот, то при выполнении субтотальной резекции пищевода или эзофагэктомии все эти три зоны неизбежно вовлекаются в сферу хирургического доступа. Комбинированный или последовательный доступ к пищеводу со вскрытием двух, а часто и трех полостей, обширная раневая поверхность в брюшной и в плевральной полостях, средостении весьма травматичны, что сказывается на течении раннего послеоперационного периода, осложняя его, и на качестве жизни пациентов в дальнейшем [30]. Отмечают [30], что эзофагэктомия сама по себе является чрезвычайно травматичным вмешательством. 3) В наше время благодаря успехам анестезиологии и реаниматологии при РП устранены многие противопоказания к операциям как по распространенности опухолевого процесса, так и функциональным показателям [21, 22]. Тем не менее, большая продолжительность операции по типу Льюиса (4,5-6 ч) влечет за собой увеличение продолжительности ИВЛ нередко до 16-19 ч [16, 21, 22], что затрудняет ведение раннего послеоперационного периода и способствует возникновению ранних осложнений [21,22]. Послеоперационные осложнения составляют 2-24% [6,14,16]. Госпитальная летальность колеблется на уровне 8-10%. [6, 16]. Учитывая приведенные обстоятельства, следует помнить, что не каждый больной способен перенести радикальное оперативное вмешательство, поэтому при РП допускается может быть более, чем при других заболеваниях, выполнение условно-радикальных и паллиативных операций.

При радикальных операциях риск некроза желудочного трансплантата из целого желудка описывают у 2,5% больных, что влияет на выбор метода пластики пищевода — авторы настаивают на переходе к пластике пищевода тубулизированным желудком [16, 34]. Общее число осложнений может достигать 43,4% [34]. Возможно, поэтому «в последние годы пластику пищевода целым желудком применяют редко. Считают, что она не позволяет сформировать трансплантат достаточной длины и полноценно удалить лимфоузлы в зоне регионарного метастазирования по малой кривизне желудка. Этим объясняется интерес хирургов к другим методам эзофагогастропластики» (Л.Д. Роман и соавт., 2003).

Сдержанное отношение к пластике пищевода целым желудком с высоким внутригрудным или тем более шейным анастомозом отмечается и в работах других авторов. Считают, что она не позволяет сформировать трансплантат достаточной длины и полноценно удалить лимфоузлы в зоне регионарного метастазирования по малой кривизне желудка. Наблюдаемые ими недостатки пластики целым желудком заставили выкраивать изоперистальтическую трубку из большой кривизны желудка шириной 2-2,5 см [35] и использовать ее в качестве трансплантата [10, 12, 14, 19, 23, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 41]. В нашей стране одним из пионеров этого метода, возродившим методику Rutkowski (1923), является А.Ф. Черноусов, который усовершенствовал её и стал успешно применять в 80-е годы, выкраивая желудочную трубку шириной 2,5-3,5 см у основания и длиной до 50 см с помощью инструментов собственной конструкции, в т.ч. и лазерного ножа [36,37,38,39] с наложением пищеводно-желудочного анастомоза (ПЖА) на шее. Он считает, что операция при раке пищевода должна отвечать следующим требованиям: быть одномоментной; принимая во внимание анатомические особенности пищевода, следует выполнять суб- или то-

тальную резекцию пищевода с пересечением его на шее. Лимфоузлы следует удалять в средостении, в животе и на шее. Наиболее подходящим органом для пластики является желудок. Для повышения радикальности следует удалять кардию и малую кривизну [16, 35, 39], поэтому оптимальным трансплантатом считают изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка. Путь проведения трансплантата на шею может быть загрудинным и заднемедиастинальным, второй — короче [39]. Большинство современных хирургов в нашей стране используют именно этот способ пластики пищевода, в Германии пластику у 85,5% предпочитают выполнять изоперистальтической трубкой из большой кривизны [10].

Анастомоз приходится накладывать высоко в груди — у 93,3%, или на шее (у 6,7%) для обеспечения безопасности и уменьшения риска несостоятельности используются двухрядным ручным швом [1,10,43,44].

Отмечают, что питание проксимального конца трансплантата нередко оказывается недостаточным, и «из-за этого хирурги стремятся свести к минимуму, или как можно больше уменьшить ширину трансплантата, добиваясь максимальной его длины в зоне действия правой желудочно-сальниковой артерии» [14]. Ряд авторов отмечают недостатки узкой желудочной трубки из большой кривизны, поскольку пациенты в течение длительного времени нуждаются в более тщательной механической обработке пищи, принимают ее дробно — небольшими порциями 5-6 раз в день. Они отмечают боли в груди, которые носят распирающий характер, что объясняется перерастяжением желудочной трубки. Боли возникают при погрешностях в диете или превышении объема съеданной за один раз пищи. Дисфагия в отдаленном периоде была у 48,3%, у них рентгенологически сужение не находили [40].

Искусственный пищевод из желудочной трубки не вечен. Описано образование трахеально-респираторного свища между желудочной трубкой из большой кривизны и задней стенкой трахеи вследствие некроза трансплантата из узкой желудочной трубки, повлекшего образование трахеопищеводного свища [17]. В. Сагасси и соавт. (1983) отмечают образование фистул на трансплантате из-за несостоятельности скобочных швов [43].

К недостаткам узкой желудочной трубки из большой кривизны относят необоснованное с онкологической позиции удаление большей части не вовлеченного в опухолевый процесс желудка, что неоправданно с функциональной точки зрения, т.к. остающаяся узкая желудочная трубка, полностью лишенная всякой иннервации, теряет функцию пищеварения и имеет лишь пищепроводное значение [14], для улучшения ее функции выполняют правостороннюю диафрагмокруротомию, пилоромиотомию по J. W. Weber или иным способом, пальцевую пилородилатацию [14,16,35]. Функциональные нарушения узкой желудочной трубки и ее нефизиологичность отмечают И.С. Стилиди и соавт. (2003, 2007), от этой методики они отказались и стали применять пластику широким желудочным стеблем [29, 30], т.к. при этом типе пластики возможность восстановления моторной активности трансплантата более выражена и достигаются лучшие функциональные результаты, чем при пластике узким желудочным стеблем. Позже эти авторы отметили, что больные после пластики широким желудочным стеблем также «не имели хорошего и удовлетворительного качества жизни во все сроки наблюдения» [29,30]. С целью повышения качества жизни больных они стали выполнять операцию (у 7 больных) с сохранением вагусов и получили обнадеживающие результаты [30].

В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова (2007) при локализации опухоли в нижней и средней трети органа производят субтотальную резекцию пищевода с внутриплевральным анастомозом (типа Льюиса) или экстирпацию грудного отдела пищевода с формированием анастомо-

за на шее. Резецируют и верхнюю треть желудка — через абдоминальный доступ. Вторым этапом внутриплеврально мобилизуют пищевод, проводят лимфодиссекцию двух зон и анастомоз накладывают на уровне дуги аорты или верхней апертуры. Они считают, что после операции Добромыслова-Торека наиболее безопасна эзофагопластика антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка с использованием сшивающих аппаратов. Трубку из стенок желудка проводят под кожей передней грудной стенки, реже в средостении [41].

Поскольку вышеописанная тактика в современном варианте критикуется по ряду позиций, ряд авторов обращаются к резекции пищевода абдоминоцервикальным доступом (АЦД), или транسخиатальной эзофагэктомии (ТХЭ). Эта операция является операцией выбора при раке грудного отдела пищевода [36,37,39,46], после чего возможна пластика пищевода изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка [36,37,39] или целым желудком [43,44] с одномоментным анастомозом на шее [12, 35, 43,44]. Ее применение считают обоснованным при локальном поражении нижней трети пищевода без метастазов и выхода опухоли за пределы стенки органа [12]. А.Ф.Черноусов экстирпацию пищевода выполняет из абдоминального доступа (без торакотомии), делая разрезы на животе и на шее. Пищевод замещает трубкой из большой кривизны желудка, а в случае её невозможности производит пластику толстой кишки. Широкая диафрагмотомия по А.Г. Савиных с применением медиастинальных крючков обеспечивает хороший доступ к пищеводу и позволяет на глаз мобилизовать практически весь его грудной отдел с удалением лимфоузлов средостения. Прорастание опухолей медиастинальных плевр, перикарда, периферических сегментов легких, а также наличие метастазов в малом сальнике А.Ф.Черноусов не считает противопоказанием к операции, т.к. при мобилизации пищевода в препарат отходят перечисленные анатомические образования. В послеоперационном периоде из 163 онкологических больных умерли 6 (3,7%). Применение этой операции по сравнению с внутриплевральной пластикой позволило снизить послеоперационную летальность в 3,7 раза, в 2 раза уменьшить общее количество осложнений, а смертность от несостоятельности анастомоза снизить в 8 (!) раз [36, 37, 39]. Радикальное вмешательство удаления пищевода абдомино-цервикальным доступом сравнительно легко переносится больными, после него отмечается небольшое число послеоперационных осложнений и низкая смертность (ок. 4%). При этом 5-летняя выживаемость достигает 26-28%, что считают очень хорошим показателем. А.Ф.Черноусов считает, что вынесение ПЖА на шею делает операцию пластики пищевода гораздо безопасней [36, 37, 39, 46]. Допускают возможность ТХЭ при раке средне- и нижнегрудного отделов пищевода — при этих локализациях АЦД обеспечивает радикальность и одномоментную пластику желудочной трубкой из большой кривизны желудка [5, 18, 20, 23, 34, 35, 37, 39, 44].

Концепцию резекции пищевода без торакотомии предложил в 1913 г. германский анатом Denk. В 1933 г британский хирург G. Turner выполнил первую успешную ТХЭ при раке и восстановил проходимость желудочно-кишечного тракта антеторакальной кожной пластикой на второй операции. R.M. Kirk (1974) использовал этот доступ с паллиативной целью при эзофагокарциноме у 5 пациентов с пластикой целым желудком. Критиковали операцию за нарушение основных хирургических принципов — неадекватный гемостаз и неадекватную «раковую операцию», исключавшую адекватную лимфодиссекцию [14, 44].

Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой его желудком, выполняемая из АЦД (без торакотомии), в настоящее время получает распространение как в нашей стране, так и за рубежом [35, 44].

Б.И. Мирошников и К.М. Лебединский, подвергая сомнению целесообразность выполнения операции из шейно-абдоминального доступа, считают наиболее приемлемой резекцию пищевода из абдоминального в сочетании с правым трансплевральным доступом. Тем не менее, они же указывают, что убедительных данных в пользу этого доступа или абдоминоцервикального в настоящее время в литературе нет [14]. Наибольшим опытом выполнения ТХЭ (2007 пациентов, из них 76% при раке) обладает, по-видимому, М.В. Orringer (2007 г.). Он, будучи её горячим сторонником, считает, что основными недостатками ТХЭ являются нарушение основных хирургических принципов — неубедительное выполнение адекватного гемостаза и недостаточная онкологическая составная, исключая адекватную лимфодиссекцию [44]. Автор отметил внутригрудное интраоперационное кровотечение, потребовавшее торакотомии, всего у 9 (0,4%) больных с 4 (0,2%) летальными исходами. Общая госпитальная смертность составила 3%, в т.ч. из 1525 пациентов с карциномой умерли 42 (2,75%). Средняя выживаемость 60 месяцев составила 29%. По его данным конверсия в торакотомию была у 22 из 2009 операций (менее 2%) из-за фиксации пищевода к тканям средостения (13), для контроля медиастинального кровотечения (9), у 4 — для зашивания трахеобронхиального разрыва. Операция была возможна вопреки периэзофагиту, медиастиниту от предшествовавших операций, перфораций, лучевой терапии. Из 1525 больных раком 627 (41%) имели лучевые эксцессы от недели до 23 месяцев до операции. ТХЭ с одномоментным наложением ПЖА выполнена у 1942 (96,8%), из них через заднее средостение у 1930, ретростернально у 12. Он указывает, что транسخиатальная эзофагэктомия возможна у 98%, целый желудок использовали для замещения пищевода у 97% больных [44]. Изложенное не оттягивает ТХЭ в худшую сторону по сравнению с другими видами оперативного лечения РП, но даже показывает ее с лучшей стороны.

Послеоперационные осложнения наиболее частые — пневмонии — 40%, медиастинит, плеврит, абсцессы брюшной полости, панкреонекроз — 15%, сепсис — 10-15%. Гнойно-септические осложнения — основная причина летальности после операций при РП. Сердечные осложнения — 5%, Тромбозмозгические осложнения — 2% (21). М. В. Orringer и соавт. после 2007 операций отмечают также кровотечения (0,3%), кратковременную осиплость голоса (7%), хилоторакс (1%), несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза — у 232 (12%), причем из них у 81 (44%) — после неоадьювантной химиорадиотерапии при РП [44]. Послеоперационная летальность при хирургическом лечении РП в последние годы составляет 10-15% [15, 29]. В РОНЦ послеоперационная летальность удерживается на значениях 4-6% [21, 22].

Структура послеоперационных осложнений. По данным Р. Кубе и соавт., на 117 оперированных хирургические осложнения составили 6,7%, специфические — несостоятельность анастомоза — у 7,9%, легочные — у 11,1% (пневмоторакс, эмпиема плевры). Анастомоз у 93,3% — высоко в груди накладывали двухрядным ручным швом конец в бок, шейный анастомоз — у 6% больных, подглоточный — у 1% [10]. Общие осложнения были у 50,4%: пневмония, экссудативный плеврит, респираторная недостаточность (n=39), из них у 15 была пролонгированная ИВЛ. Умерли 6 (5,1%) больных [10]. Отмечают, что летальность после радикальных и паллиативных резекций пищевода за последнее десятилетие снизилась до 2-3% [6, 41]. По материалам М.В. Orringer и соавт., из 2007 оперированных умерли 51 (2,5%) человека [44].

По Р.В.Хайрудинову, после операций у 286 человек отмечены осложнения — некроз трансплантата (2), пневмония (20), частичная недостаточность ЭГА (25), нагноение раны (27), экссудативный плеврит (16), инфаркт миокарда (2), аррозивное кровотечение (2),

гнонный медиастинит (10), недостаточность эзофаго-энтероанастомоза (2), сердечно-сосудистая недостаточность (8), острая дыхательная недостаточность (5), отек легкого (2), эмпиема плевры (3). Всего осложнений 124 (43,4%), на эти 286 операций умерли 31 (11%) больной [34]. Наиболее тяжелые — ишемические нарушения в проксимальных отделах желудочных трансплантатов, приводящие к развитию острых язв желудочной трубки (2%), частичным некрозам трансплантатов (5%), ранней несостоятельности швов анастомозов (4%). В генезе этих ранних осложнений основную роль играют ишемические нарушения [35].

Выживаемость после хирургического лечения РП изучается многими авторами. Теперь, когда ранняя послеоперационная смертность стала отчетливо снижаться, начинает обсуждаться проблема отдаленных результатов. Сегодня отдаленные результаты хирургического лечения РП не удовлетворяют клиницистов, т.к. 5-летняя выживаемость по данным многих авторов не превышает 4-25%, что связывают с поздней диагностикой РП [6, 11, 15, 29].

Высокую частоту ранних рецидивов, возникающих уже в течение 6-10 месяцев после операции, отмечают А.М. Шербаков и соавт. (2003) — у 70-90%.

Приводимые авторами данные неоднородны, неоднозначны и разноречивы. По данным С.Д. Фокеева и соавт. (2006), один год пережили 58%, 2 г. — 44%, 3 г. — 32%, 5 л. — 24% [33]. По А.Ф.Лазареву и С.Д. Фокееву (2006), при II-IV ст. после только оперативного лечения никто не пережил 24 мес. О 5-летней выживаемости у собственных больных они не сообщают [11]. Трехлетний период без рецидива и метастазов описывают у 35,5% [16]. Р.В. Хайруллин и соавт. в срок от 3 мес. до 3 лет результаты прослежены у 134 оперированных 3-летняя выживаемость составила 34%, рецидив опухоли был у 4% [34].

При лучевой терапии РП трехлетняя выживаемость составляет 6-27% в зависимости от формы роста [12].

На повышение выживаемости влияют многие факторы. Так, тщательное соблюдение абластики при операции приводит к увеличению продолжительности жизни на 7 мес. [32, 33]. М.И. Давыдов и соавт. (2005), сопоставляя разные группы «своих» больных, указывают, что общая однолетняя выживаемость после оперативного лечения составляет 68,1% — 58,9%, двухлетняя — 62,2% и 37,3%, трехлетняя — 49,7% и 31,4%. (6). Он же (2006), ссылаясь на Т. Nishimaki и соавт. (1995), пишет о 5-летней выживаемости после операции у 71,8% больных без метастазов в лимфоузлы [7]. По данным И.С. Стилиди (2002, 2003), пятилетняя выживаемость при N0 составила 54,8% а при N1 ст. — 12,9% [7].

М.И. Давыдов указывает, что после радикального хирургического вмешательства общая 5-летняя выживаемость остается низкой и составляет в среднем 20-27% вне зависимости от локализации пораженных лимфоузлов [6, 7]. По данным разных авторов, после расширенной операции Льюиса 5-летняя выживаемость при III ст. составляет 26,7%, а при IV ст. — 0% [7].

По В.И. Чиссову и С.Л. Дарьяловой (2007), 5-летняя выживаемость после радикальной операции составляет 35-40% [41]. При хирургическом лечении РП 5-летний срок переживают 25-35% оперированных, в т.ч. после радикальной операции — 48,8%, а после паллиативных — 4,9% [12]. При комбинированном лечении 5 лет переживают 13,9-40% больных [12, 44]. При комплексном лечении после радикальных операций более 5 лет живут 57,1% [12]. Р. Кубе и соавт. (2009) считают, что полученный ими результат — 5 — летнюю выживаемость 21-25% нельзя признать удовлетворительным. Расчетная вероятность 5-летней выживаемости всех пациентов по их данным равна 21,4% [10].

Все описывают 5-летнюю выживаемость, а на выживаемость 10 лет и более имеются указания в 2 работах: Н.Ж. Stein, J.R. Sievert (1998) [цит. по 29] — у 19,3%. В.С. Сильвестров с соавт. (1983), изучив отдаленные резуль-

таты после своих операций при раке пищевода II-III ст. у 291 выписанных, сообщают, что в течение 1-го года умерли 106 (37,1%), свыше 5 лет жили 38 (13,3%), из них 14 (4,8%) больных жили свыше 10 лет. Они также отмечают, что при раке нижней трети пищевода 5-летняя выживаемость составила 18,3%, при раке средней трети пищевода — 12,55% [23].

Прогностические факторы. Наличие регионарных метастазов снижает 5-летнюю выживаемость с 40-45% до 20-25%. При выходе опухоли за пределы стенки органа после хирургического лечения до 5 лет не доживает ни один больной [12].

Радикальность операции и ее критерии. Радикальной операцией считают экстирпацию пищевода с анастомозом на шее, используя для этого торакоабдоминоцервикальный доступ — он позволяет выполнить трехзональную адекватную лимфодиссекцию [34, 40, 44]. Для повышения радикальности удаляют все лимфоузлы, малую кривизну желудка и малый сальник [34]. Радикальные операции возможны у 41,4% больных [42]. Оценка степени онкологической радикальности операции проводится на основании заключения хирурга и подтверждения патологоанатома об отсутствии опухолевых клеток по краю резекции [20]. В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова (2007) радикальной считают резекцию, проводимую с удалением не менее 8 см непораженного пищевода сверху и 5 см ниже видимой границы опухоли [41]. Основными компонентами адекватного хирургического лечения РП является широкое удаление пораженного органа с зонами регионарного метастазирования en bloc и формированием надежного, функционального анастомоза. До сих пор нет единого мнения о стандартном объеме лимфодиссекции и целесообразности ее выполнения в целом [7, 8].

Паллиативные операции. Трактовка операции как паллиативной, осуществляется ретроспективно по итогам гистологического исследования препаратов. Частота выявления опухолевых клеток по линии резекции пищевода отмечена у 17-28%, а необходимый радикализм операции может быть обеспечен при границе резекции от края опухоли не менее 10 см [42]. А.С. Мамонтов (2003) при III ст. РП, если позволяет общее состояние, — допускает возможность выполнения резекции пищевода с одномоментной пластикой его изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка с вне- или внутримышечным анастомозом и не исключает операцию Добромислова-Торекса. К паллиативным вмешательствам он относит гастростомию, обходные анастомозы, критикует их. Считает планирование такого анастомоза нецелесообразным, его наложение возможно лишь в качестве вынужденной альтернативы при пробной торакотомии [12].

Не снят вопрос о применении гастростомии. При III ст. РП до настоящего времени на I этапе допускают выполнение гастростомии, чтобы после курса энтерального питания и улучшения состояния больного решить вопрос о радикальном лечении [12], хотя к настоящему времени таких рекомендаций становится все меньше. Гастростомия для питания приемлема и как паллиативное мероприятие. Рекомендуют преимущественно лоскутно-трубчатый способ [29, 33, 41]. П.Н. Зубарев и В.М. Трофимов (2005) считают, что при условно радикальных вмешательствах больные имеют возможность временной социальной реабилитации, которая психологически для них более выгодна, чем различные варианты искусственного кормления. Поэтому при раке кардии и пищевода любой локализации с наличием метастазов в средостении — в качестве паллиативной операции считают возможной ТХЭ, при этом для пластики пищевода используют трубчатый трансплантат из большой кривизны желудка в изоперистальтической позиции с шириной трубки 2-2,5 см, обязательной должна быть пилоромия по J.W. Weber [35].

После паллиативных резекций пищевода больные отмечают улучшение качества жизни, т.к. облегчается

прием пищи, боли возникают позже и лучше поддаются симптоматическому лечению [10]. Правда, продолжительность жизни при этом невелика и не превышает 1 года [10, 23]. Хайруллин Р.В. паллиативные операции применил у 108 (25,1%) больных; летальность после операции превышает 11%. В послеоперационном периоде у 15% отмечают рубцовые сужения анастомоза, требующие лечения бужированием или диатермокоагуляцией. Трехлетняя выживаемость составила 34%. Рецидив опухоли был у 4% больных [34]. А.М.Щербаков и соавт. (2003) считают, что результаты паллиативной хирургии плохие — средняя выживаемость — не более 12,2 мес. [42].

Качество жизни и функциональные результаты. длительность безрецидивного периода, 3- и 5-летняя выживаемость являются главными критериями эффективности помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Термин «качество жизни» как самостоятельное понятие появился в 1977 г. В европейских странах и в США под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, а также его финансовое и духовное благополучие [30].

Отмечают разные данные и трактовку результатов.

При изучении отдаленных результатов у 26 больных в сроки 1-18 мес. Д.Г. Мустафин и соавт. (2005) отмечают нарушения эвакуации из желудка — замедление (11,5%) и ускорение (26,9%), дисфагию (23,1%), потерю массы тела (15,4%), рефлюкс-эзофагит (11,5%), стеноз анастомоза (11,5%), периодическую диарею (26,9%). Качество жизни к 2 годам у 88,5% хорошее, у 11,5% — удовлетворительное [16].

Похожие результаты приводят А.А. Чернявский и С.А. Домрачев (1993). Они обследовали 60 больных в сроки 1-6 лет и отмечают, что «не наблюдали больных, которые бы не предъявляли после операции абсолютно никаких жалоб». У большинства отмечена совокупность функциональных расстройств. Это боли в животе, за грудиной, дисфагия, синдром регургитации, потеря массы тела. 58,3% из них полностью восстановили объем однократно съедаемой пищи, питаются вместе с остальными членами семьи, не соблюдая диеты. Однако многие пациенты в течение длительного времени нуждаются в более тщательной механической обработке пищи и принимают ее дробно — наибольшими порциями 5-6 раз в день. Боли в груди носят распирающий характер, что объясняют перерастяжением «грудного желудка» — желудочной трубки. Чаще боли возникают при погрешностях в диете или превышении объема съедаемой за один раз пищи. Дисфагия в отдаленном периоде была у 48,3%. Синдром регургитации был у 25% больных, он выражен нерезко. Расстройства стула — у 46,7% 6-ых, что объясняют ваготомией. В отдаленные сроки потерю массы тела отметили 33,8% 6-ых, у 40% была прибавка массы, и 26,7% сохранили прежний вес. Гематологических расстройств не было. На вопрос «как Вы себя чувствуете?» 28,3% ответили: «хорошо», 68,3% — «удовлетворительно», 3,4% — «плохо» [40].

Рубцовое сужение пищеводно-желудочного анастомоза — у 15% — им проведено бужирование, диатермо-реканализация (34). Поздние функциональные результаты были хорошим или отличными у 73% [44].

Диспансерное наблюдение. В.И. Чиссов и С.Л. Дарьялова (2007) утверждают, что регулярные осмотры после радикального лечения существенно не влияют на выживаемость [41].

Таким образом, к настоящему времени сформированы принципы диагностики рака пищевода у активно

обратившихся к врачу больных, выявлены критерии и показания к тому или иному виду операции, разработаны до мельчайших подробностей детали хирургической техники и анестезиолого-реанимационного обеспечения, в результате чего существенно снижена смертность в раннем послеоперационном периоде.

В существующем разнообразии подходов к хирургическому лечению РП можно отметить разную оценку доступов и рекомендаций к выполнению резекции пищевода — это резекция и экстирпация пищевода из трех доступов (абдоминальный, правый трансплевральный и шейный), правосторонняя трансплевральная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудка по Льюису или по типу Льюиса, резекция дистального отдела пищевода левосторонним торакоабдоминальным доступом по Гэрлоку, абдомино-цервикальная, или трансхиатальная резекция, причем последнюю в отечественной литературе в основном критикуют за ее «недостатки» — неубедительную онкологическую радикальность и проблемы с остановкой внутримедиастинального кровотечения. Не потеряла своего клинического значения и трансплевральная резекция пищевода с одномоментным наложением шейной эзофагостомы и гастростомы — операция Добромыслова-Торека. Неоднозначен рекомендуемый объем резекции пищевода — от резекции органа в разных уровнях до полной экстирпации, при этом к субтотальной резекции относят и внутригрудную резекцию с наложением ПЖА под куполом плевры. Для воссоздания пищевода используют разные материалы. Это преимущественно желудок или его фрагменты. При этом применяют и критикуют все варианты пластики — и трубки из большой кривизны в изо — и антиперистальтической позиции, «обычные» и широкие и целый желудок.

Для повышения онкологической радикальности предлагают убирать малую кривизну желудка и кардию, и создавать желудочную трубку из большой кривизны, в то же время критикуют узкие трубки, предлагаемая «широкую» из большой кривизны, и эти виды небезупречны, поэтому пытаются сохранить вагусы при удалении пищевода и др.

Используют разные пути для проведения трансплантата на шею: пред- и загрудинно, через заднее средостение. Обсуждается и уровень наложения пищеводного анастомоза — на шее или в правой плевральной полости. 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, но до настоящего времени нет единой точки зрения ни по одному из этих вопросов.

При сложившемся разнообразии мнений и подходов к хирургическому лечению РП в настоящее время очевидным фактом является существенно невысокая летальность — она стабильно ниже 6-10%. Большую проблему представляет получение хороших отдаленных результатов и зависимость их от того или иного способа операции. Хирурги не удовлетворены отдаленными результатами — 5-летняя выживаемость колеблется около 20%, что не устраивает большинство авторов. Операция должна также 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.

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., Бохан 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., Ключе 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. Моисеенко 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. Периперационная иммунокоррекция галавита 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., Пипия П.Ш. Диссинергия сфинктерного аппарата желудка. // Юбилейная конференция Иркутского медицинского института: Тез. докл. научн. конф., посв. 50-летию Иркутского госуд. мед. ин-та. — Иркутск, 1980. — С.87-89.
25. Скворцов М.Б., Пипия 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.
26. Скворцов М.Б., Красникова Н.О., Каня О.В. и др. О радикальности хирургического лечения рака пищевода. // Актуальные вопросы онкологии: Материалы международной научно-практической конференции «Современные проблемы морфологической диагностики опухолей». — Иркутск, 2003. — С.105-108.
27. 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.
28. Социально значимые заболевания населения РФ в 2008г. (Статистические материалы). — М.: Минздравсоцразвития России, 2009. — 66 с.
29. 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.
30. 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.
31. Фокеев С.Д., Лазарев А.Ф., Максименко А.А. и др. Трудные ситуации в хирургии пищевода // Проблемы клинической медицины. — 2005. — №3. — С.122-127.
32. Фокеев С.Д., Лазарев А.Ф., Березовский И.В. Абластика при хирургическом лечении рака пищевода. // Проблемы клинической медицины. — 2008. — №1. — С.49-51.
33. 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.
34. Хайрулдинов Р.В. Современные принципы диагностики и хирургического лечения рака пищевода. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2006. — №3. — С.48-51.
35. Хирургические болезни пищевода и кардии. / Под ред. П.Н. Зубарева, В.М. Трофимова. — СПб.: Фолиант, 2005. — 203 с.
36. Черноусов А.Ф., Чернявский А.А., Курбанов Ф.С. Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой. // Хирургия. — 1987. — №12. — С. 87-93.
37. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Киладзе М.А. Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой. // Торакальная хирургия: Тез. научн. конф. — М., 1993. — С.159-162.
38. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. — М., 1998. — 178 с.
39. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. — М.: Медицина, 2000. — 352 с.
40. 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.
41. Чисов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 560 с.
42. 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.
43. Caracci B., Garvin P., Kaminski D.L. Surgical therapy of advanced esophageal cancer (a critical appraisal). // Amer. Journal of Surgery. — 1983. — V. 146. — P. 704-707.
44. 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.
45. Lewis I. The Surgical Treatment of Carcinoma of the Oesophagus. // British Journal of Surgery. — 1946. — V. 34. №133-136. — P. 18-31.
46. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Вычужанин Д.В., Роголь М.М. Хирургическое лечение местно распространенного рака желудка. // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2010. — №1. — С.4-10.

Информация об авторе: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГОКБ, кафедра госпитальной хирургии
Скворцов Моисей Борисович — профессор, д.м.н.