

РЕЦИДИВ РАКА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ И РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА

Органическое сужение в зоне пищеводно-кишечного анастомоза может быть обусловлено не только воспалительно-рубцовым процессом, но и рецидивом рака. К причинам рецидивов следует отнести нерадикальность операций, зависящую от недостаточного объема вмешательства. Чаще всего рецидив развивается в связи с недостаточно высоким отсечением пищевода от верхнего края опухоли и неполным удалением параэзофагеальных лимфатических узлов, обуславливающих периезофагеальный рецидив. Рецидив рака в пищеводе может возникнуть из так называемых пылевых метастазов, лимфогенных метастазов в стенке органа. Раковая опухоль может развиваться мультицентрично, и один из её очагов роста может быть расположен значительно выше границ сформировавшейся опухоли. В таких случаях рак может локализоваться значительно выше анастомоза и быть похожим на самостоятельный. Выше анастомоза опухоль обычно возникает через некоторое время после операции из отшнуровавшихся и задержавшихся в лимфатических путях пищевода клетках. В ряде случаев в стенке пищевода обнаруживается раковый лимфаденит намного выше основного опухолевого узла. Касаясь вопроса о причине рецидивов в пищеводном анастомозе, нельзя не упомянуть и о возможной имплантации раковых клеток на слизистую пищевода или в рану анастомоза во время операции при переносе их инструментами, руками и пр.

У некоторых больных рецидив может быть обусловлен пересечением пищевода в зоне раковых клеток [1, 2]. Однако следует помнить, что наличие единичных раковых клеток в зоне разреза не всегда приводит к рецидиву рака в анастомозе. Эти клетки, встречающиеся отдельно, не в комплексе, во-первых, трудны для точной характеристики, во-вторых, могут погибнуть в условиях воспалительной реакции в ране анастомоза. Комплексы раковых клеток создают более неблагоприятную ситуацию, и вероятность рецидива значительно возрастает. Элементы опухолевой ткани в анастомозе всегда ведут к рецидиву, если больной не погибает от недостаточности швов. Чаще всего рецидив наблюдается в случаях пересечения пищевода на расстоянии 3 см от видимой границы опухоли. Иногда раковые клетки встречаются по линии разреза при отсечении пищевода на 8-10 см от опухоли.

Клиническая картина рецидива зависит от того, изолированный это рецидив или протекает на фоне общей генерализации рака. В первом случае рецидив, развивающийся в зоне пищеводного соустья, сначала вызывает дисфагию, ему не предшествуют и не сопутствуют многочисленные общие симптомы, связанные с раковой диссеминацией. Наоборот, рецидив, возникающий как одно из проявлений общей генерализации процесса, является причиной дисфагии. В отличие от дисфагии другого происхождения у оперированного

больного она возникает в отдаленные сроки (в основном, через несколько месяцев) и неуклонно нарастает без светлых промежутков. Обычно больные, привыкшие следить за собой после перенесенной операции, внимательно относятся к приему пищи и довольно рано замечают появление дисфагии. Чем раньше после операции появляется дисфагия, тем чаще она сопровождается общими симптомами: слабостью, потерей аппетита, похуданием. У большинства больных рецидив рака в пищеводе сопровождается генерализацией процесса. Иногда больные жалуются на боли за грудиной или в эпигастрии. Этот симптом обычно свидетельствует о генерализации процесса или о распаде опухоли и присоединении инфекции.

В диагностике рецидива ведущей является клиника. Только на основании внимательного клинического обследования и правильной оценки симптома дисфагии у больного, перенесшего гастрэктомию и резекцию пищевода по поводу рака, можно выявить рентгенологические и эзофагофибрические признаки заболевания. Для рецидива рака в анастомозе характерны позднее проявление и неуклонное нарастание дисфагии при отсутствии болевого синдрома.

Для рентгенодиагностики наиболее просты экзофитные рецидивы, дающие феномен дефекта наполнения в анастомозе или выше его. Контур дефекта могут быть ровными, в случае распада опухоли они становятся полициклическими и изъеденными. По мере роста опухоли и присоединения инфильтративного компонента нарушается перистальтика выше дефекта. Супрастенотическое расширение пищевода наблюдается редко вследствие того, что поражение одной стенки анастомоза и пищевода не нарушает перистальтики и не препятствует прохождению пищи. Только при циркулярном поражении анастомоза и длительно существующем и медленно развивающемся рецидиве просвет его компенсаторно расширяется.

Трудным для рентгенодиагностики является эндофитный рецидив. Инфильтрация стенки пищевода по подслизистому слою не дает выраженных нарушений внутренних контуров пищевода, но вызывает циркулярное поражение пищевода над анастомозом. По мере инфильтрации терминальный отдел пищевода на рентгенограмме имеет форму конуса, а при изъязвлении – неровные, асимметричные контуры. Протяженность суженного участка всегда составляет более 1 см, наблюдается постепенное затихание перистальтических движений по мере приближения к анастомозу, тогда как при рубцовом стенозе отмечается резкая граница между участком выраженной перистальтики и местом сужения. Из-за более быстрого нарастания дисфагия в роста опухоли супрастенотическое расширение пищевода отмечается реже.

Для параэзофагеального рецидива характерно сдавление анастомоза извне. Одна из стенок пищевода может оказаться отодвинутой, асимметричной, может выявляться дефект наполнения с более или менее выраженными границами. Наиболее трудны для рентгенодиагностики случаи развития рецидивов на фоне рубцового стеноза. Однако динамическое наблюдение позволяет уловить нарастание асимметричного сужения анастомоза с нарушением перистальтики выше сужения. Диагноз рецидива рака в пищеводно-кишечном соустье может уточнить эзофагофиброскопия с прицельной биопсией.

Проблема лечения рецидивов рака после гастрэктомии и резекции пищевода остается нерешенной. Показаны паллиативные операции, заключающиеся в наложении обходных анастомозов. Большие возможности имеются при изолированном рецидиве рака в анастомозе. В этих случаях показано повторное хирургическое вмешательство (резекция анастомоза и др.). Однако клинический опыт использования операций подобного типа крайне недостаточен. При рецидиве рака, сопровождающемся диссеминацией процесса, возможности лечения минимальны, но попытки продлить жизнь всегда должны предприниматься.

Литература

1. *Блохин Н.Н.* Рецидивы рака желудка / *Н.Н. Блохин, А.А. Клименков, В.И. Плотников.* М.: Медицина, 1981. 158 с.
2. *Брехов Е.И.* Новые возможности использования лазеров в хирургии рака желудка / *Е.И. Брехов, И.Ю. Куликов, А.Н. Северцев и др.* // Новое в лазерной медицине и хирургии: тез. докл. междунар. конф. М., 1991. Вып. 2. С. 44-45.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ родился в 1968 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Чувашского университета. Автор 125 научных публикаций, в том числе 7 монографий.

ИГОНИН ЮВЕНАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ родился в 1954 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии Чувашского университета. Автор 75 научных публикаций.
