
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

Ю.А. Дыхно, С.М. Селин, Ю.В. Батухтина

*Кафедра клинической онкологии Красноярской государственной медицинской академии
Красноярский онкологический диспансер*

Кардиоэзофагеальный рак относится к злокачественным опухолям, радикальное лечение которых сопряжено со значительными трудностями: во-первых, пораженные органы расположены в труднодоступных анатомических областях, во-вторых, высока степень злокачественности опухолей и, в-третьих, больные обращаются за медицинской помощью в большинстве случаев на поздних стадиях заболевания [1].

Несмотря на заметные успехи, хирургическое лечение кардиоэзофагеального рака остается одной из наиболее сложных проблем современной клинической онкохирургии. Летальность после радикальных операций достаточно высока – от 10 до 30% [4, 6]. В последние годы в связи с совершенствованием техники хирургических вмешательств и улучшением анестезиологического обеспечения операций показатели летальности имеют тенденцию к снижению до 1,7–6% [5, 7]. Основными причинами летальности являются несостоятельность швов анастомоза, перитонит, кишечные свищи [2]. Наиболее частыми и тяжелыми осложнениями в первые трое суток послеоперационного периода служат: двусторонняя аспирационная пневмония, реактивный плеврит, пневмоторакс, синдром острой дыхательной недостаточности, респираторный дистресс-синдром [3].

Цель настоящего исследования – анализ ранних послеоперационных осложнений у 58 больных кардиоэзофагеальным раком. Больные после пробных и паллиативных операций в исследование не вошли. Мужчин было 56 (96,7%), женщин – 2 (3,4%). Средний возраст оперированных 59,7

лет. У 2 (3,4%) больных была II стадия заболевания, у 54 (93,2%) – III стадия, у 2 (3,4%) – IV стадия. Протяженность опухоли до 3 см (T₁) отмечена у 6 (10,3%) больных, от 3 до 5 см (T₂) – у 8 (13,8%), от 5 до 8 см (T₃) – у 20 (34,5%), более 8 см (T₄) – у 24 (41,4%). Опухоль проникала в подслизистый слой у 4 (6,9%) больных, у 9 (15,5%) – в мышечный и у 45 (77,6%) прорастала все слои пищевода и желудка, а у 16 (27,6%) инфильтрировала соседние органы: правое легкое (1 больной), диафрагму (11), левую долю печени (1), левый надпочечник (2), поджелудочную железу (14). При морфологическом исследовании плоскоклеточный ороговевающий рак обнаружен у 1 (1,7%) больного, неороговевающий – у 1 (1,7%), умеренно- и низкодифференцированный плоскоклеточный – у 2 (3,4%), аденокарцинома различной степени дифференцировки – у 47 (81,2%), перстневидно-клеточный рак – у 2 (3,4%) и у 5 (8,6%) верификации опухоли не получено. Экзофитная форма роста опухоли была у 7 (12,1%) больных, инфильтративная – у 20 (34,5%), язвенная – у 2 (3,4%), блюдцеобразная – у 6 (10,3%), язвенно-инфильтративная – у 23 (39,7%).

Были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода из лапаротомного доступа – 28 (48,3%) больным; тораколапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода – 21 (36,2%); абдоминоцервикальная экстирпация пищевода и гастрэктомия – 5 (8,6%); операция Гэрлока – 4 (6,9%). Формировались следующие виды анастомозов: эзофаго-, гастро-, еюно-

и колоанастомозы, которые располагались в брюшной полости, заднем средостении и на шее. Расширенная лимфаденэктомия в брюшной полости в объемах D2 и D3 и средостении выполнена 51 (87,9%) больному. В связи с опухолевой инвазией каждому третьему (31%) больному произведена дополнительная резекция: краевая резекция правого легкого – 1 больному, ножек диафрагмы – 3, купола диафрагмы – 5, резекция поджелудочной железы – 14, удаление левого надпочечника – 3, краевая резекция печени – 1. Симультанные оперативные вмешательства выполнены 43 (74,1%) пациентам, произведено 43 спленэктомии и 1 холецистэктомия.

Регионарное метастазирование выявлено у 42 (72,4%) больных, при этом были поражены параэзофагеальные лимфоузлы у 2 (4,8%) пациентов, лимфоузлы большого сальника – у 35 (83,3%), паракардиальные – у 15 (25,9%), печеночные – у 10 (17,2%), чревные – у 4 (9,5%), селезеночные – у 4 (9,5%), левые желудочные – у 3 (7,1%), забрюшинные – у 4 (9,5%).

Характер выполненных вмешательств, частота осложнений, летальность и повторные оперативные вмешательства представлены в табл. 1. Повторные оперативные вмешательства произведены 7 больным: релапаротомия – 4, реторакотомия – 1, релапароторакотомия – 2. Причинами повторных вмешательств были: несостоятельность швов анастомоза – 5 случаев, некроз трансплантата – 1, кровотечение – 2.

Общее количество осложнений среди радикально оперированных больных составило 19, а число больных с осложнениями – 12 (20,7%) (табл. 2). Количество осложнений, а также число больных с осложнениями соответственно выпол-

ненным оперативным вмешательствам были следующими: лапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода 9 у 6 больных; тораколапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода 7 у 4; абдомиоцервикальная экстирпация пищевода и гастрэктомия 2 у одного; операция Гэрлока 1 у одного пациента.

В послеоперационном периоде у 8 (13,7%) больных возникли плевроролочные осложнения. Эмпиема плевры (2 больных) развилась вследствие несостоятельности анастомоза (1) и некроза трансплантата (1). Обострение хронического бронхита было у 1 пациента, у 1 – разрыв буллы, у 4 – пневмония. Плевроролочные осложнения после лапароторакотомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода возникли у 4 больных, лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода – у 3, абдомиоцервикальной экстирпации пищевода и гастрэктомии – у 1.

Не менее частым послеоперационным осложнением была несостоятельность швов анастомоза – 5 (8,6%) больных. После операции лапароторакотомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода это осложнение было у 2 больных; лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода – у 2; абдомиоцервикальной экстирпации пищевода и гастрэктомии – у 1.

Некроз трансплантата (левая половина толстой кишки) после лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода был у 1 (1,7%) больного.

Кровотечение после операций имело место в 2 (3,4%) случаях: лапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода (1) и операция Гэрлока (1) (табл. 2).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных в зависимости от характера выполненных вмешательств, осложнений, послеоперационной летальности и результатов повторных оперативных вмешательств

Характер плановых операций	Прооперировано больных	Послеоперационные осложнения	Повторные операции	Умерло
Операция Гэрлока	4	1	1	1
Абдомиоцервикальная экстирпация пищевода, гастрэктомия	5	1	1	1
Лапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	28	6	3	3
Лапароторакотомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	21	4	2	2
<i>Итого</i>	58	12	7	7

Т а б л и ц а 2

Характер и количество осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства

Виды осложнений	Всего	Вид оперативного вмешательства			
		Операция Гэр-лока	Абдомино-цервикальная экстирпация пищевода и гастрэктомия	Лапаротомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода	Лапароторакотомия, гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода
Плеврорегочные	8		1	3	4
Несостоятельность швов анастомоза	5		1	2	2
Некроз трансплантата	1			1	
Кровотечение	2	1		1	
Медиастинит	1			1	
Ишемический инсульт	1				1
Интраабдоминальный абсцесс	1			1	
<i>Всего</i>	19	1	2	9	7

Медиастинит развился у 1 (1,7%) больного, причиной которого была несостоятельность швов анастомоза при операции лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода.

Интраабдоминальный абсцесс, возникший без нарушения герметичности швов анастомоза, локализовался в поддиафрагмальном пространстве справа у 1 (1,7%) больного после лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода.

Ишемический инсульт был у 1 (1,7%) больного.

Послеоперационная летальность составила 12,1%, умерло 7 пациентов. После лапаротомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода умерло 3 больных; после лапароторакотомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода – 2; абдоминоцервикальной экстирпации пищевода и гастрэктомии – 1; операции Гэрлока – 1. Причиной летальности в 1 случае послужил некроз трансплантата, в 3 – несостоятельность швов анастомоза, которая привела к развитию эмпиемы плевры (3), медиастиниту (1); в 2 – кровотечение, вызвавшее развитие ДВС-синдрома, в 1 – перитонит.

Сравнительный ретроспективный анализ результатов данных операций показывает, что частота послеоперационных осложнений и летальность остаются высокими. Лидирующее место занимают плеврорегочные осложнения, а также несостоятельность швов анастомоза. Как известно, послеоперационные осложнения и летальность находятся в прямой зависимости от основного заболевания, выраженности функциональ-

ных осложнений и тяжести оперативного вмешательства.

Улучшение результатов лечения возможно при диагностике кардиоэзофагеального рака на более ранних стадиях и разработке менее травматичных и более рациональных методов оперативного лечения, а также при совершенствовании анестезиологического обеспечения и интенсивного послеоперационного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Мазурин В.С., Кузьмичев В.А., Киладзе М.А. Хирургическое и комбинированное лечение местнораспространенного кардиоэзофагеального рака // Хирургия. 1992. № 3. С. 44–46.
2. Давыдов М.И., Рындин В.Д., Стилиди И.С. и др. Лечение хирургических осложнений после операции при раке пищевода и кардиоэзофагеального перехода // Грудная и серд.-сосуд. хир. 1993. № 4. С. 46–49.
3. Зубарев П.Н., Бисенков Л.Н., Кобак М.Э. Профилактика и лечение осложнений после одномоментных реконструктивных операций на пищеводе по поводу рака // Грудная и серд.-сосуд. хир. 1991. № 9. С. 56.
4. Зубарев П.Н., Синенченко Г.И., Кобак М.Э. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. Осложнения и опасности // Вестн. хир. 1998. № 5. С. 100–104.
5. Хвастунов Р.А., Мишарев С.П. Результаты хирургического лечения больных кардиоэзофагеальным раком и возможные пути их улучшения // Грудная и серд.-сосуд. хир. 1999. № 4. С. 57–60.
6. Черноусов А.Ф., Киладзе М.А. Современные подходы к хирургическому лечению рака кардиоэзофагеальной области // Хирургия. 1995. № 2. С. 6–9.
7. Черноусов А.Ф., Ручкин Д.В., Черноусов Ф.А. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии // Грудная и серд.-сосуд. хир. 1997. № 6. С. 46–50.

Поступила 18.03.03