

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПОЖИЛЫХ И БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.П. Нечунаев, Я.Н. Шойхет, А.Ф. Лазарев, А.Г. Агеев, А.У. Панасьян

*Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГВЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул*

Разработан простой, нетравматичный способ оперативного лечения кардиоэзофагеального рака, который обеспечивает оптимальный доступ к органам брюшной и плевральной полости слева, в сочетании с сохранением принципов радикальности операции и технической простотой наложения внутриплевральных пищеводных соустьев, что делает его эффективным при использовании у пожилых и ослабленных больных с сопутствующей кардиореспираторной патологией.

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный рак, хирургическое лечение, диафрагмотомия.

METHOD FOR SURGICAL TREATMENT OF CARDIOESOPHAGEAL CANCER IN ELDERLY PATIENTS AND PATIENTS WITH CONCOMITANT PATHOLOGY

V.P. Nechunaev, Ya.N. Shoikhet, A.F. Lasarev, A.G. Ageev, A.U. Panasyan
*Altai Affiliation of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, RAMS, Barnaul,
Altai Regional Cancer Center, Barnaul*

A simple, non-traumatic method of surgical treatment for cardioesophageal cancer has been designed. This method provides the optimal access to organs of abdominal and pleural cavities on the left side and allows an easy application of intrapleural esophageal anastomosis that makes it effective for treating elderly patients and patients with concomitant cardiorespective pathology.

Key words: cardioesophageal cancer, surgical treatment, diaphragmotomia.

Хирургическое лечение кардиоэзофагеального рака (КЭР) продолжает оставаться одной из наиболее сложных проблем современной клинической онкологии. Рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод характеризуется, как высокозлокачественная опухоль с лимфогенным метастазированием в коллекторы как брюшной полости, так и средостения [1]. В литературе до настоящего времени нет единого подхода в выборе наиболее рационального доступа и, соответственно, объема оперативного вмешательства при лечении больных раком кардиоэзофагеальной области. Мощным толчком в развитии хирургии опухолей кардиоэзофагеальной зоны послужила разработка комбинированных абдомино-торакальных доступов. Хирургический доступ в значительной степени определяет эффективность операции и должен быть детально продуман, исходя из локализации опухоли, ее местной распространенности, планируемой радикальности операции, общего состояния пациента и условий безопасного оперирования [2]. Особенно актуальным становится вопрос о хирургическом доступе при раке кардиального отдела желудка у пожилых

и ослабленных больных с сопутствующими кардиореспираторными заболеваниями.

Для выполнения радикальных оперативных вмешательств при раке кардии предложен ряд доступов, из которых в нашей стране наибольшее распространение получила левосторонняя торакофренолапаротомия [4, 5, 7]. Однако указанный доступ из-за его травматичности не может быть применен у многих больных пожилого возраста и у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердца и легких. Значительно менее травматичен доступ, предложенный А.Г. Савиных (лапаротомия с широкой сагиттальной диафрагмокруротомией) [6], но в этом случае не исключается возможность таких осложнений, как кровотечение и пневмоторакс.

Данные обстоятельства побудили нас модифицировать доступ А.Г. Савиных (патент № 2288646 «Способ оперативного лечения кардиоэзофагеального рака»), недостатком которого являются значительные трудности в формировании высокого соустья в заднем средостении при резекции нижней трети пищевода, а также при прорастании опухолью медиастинальной плевры, а в ряде наблюдений и легкого, невоз-

возможность соблюдения основных принципов радикальности операции. В группе больных, оперированных из доступа по Савиных, частота обнаружения элементов опухоли по линии резекции пищевода оказалась наиболее высокой [3].

Сущность модификации состоит в том, что после лапаротомии, мобилизации левой доли печени выполняется диафрагмотомия со вскрытием плевральной полости слева под углом 70° , причем диафрагму вскрывают от диафрагмального отверстия пищевода до сухожильного центра диафрагмы по направлению к VII межреберью, обеспечивая тем самым оптимальный доступ к органам брюшной и плевральной полости слева. Это обеспечивает возможность более широкого манипулирования в выполнении двухзональной абдомино-медиастинальной лимфодиссекции (D2 2S) и наложении эзофагогастро- или еюно-анастомоза. Особенно это важно при сердечной патологии, так как исключается травматизация сердца парадихальными крючками.

В связи с тем, что реберную дугу не пересекают и истинную торакотомию в VII межреберье не проводят, обеспечивается меньшая травматичность способа, который позволяет свободно формировать пищеводные соустья в заднем средостении до дуги аорты, не используя специальный инструментарий, как при доступе по А.Г. Савиных.

Разработанная нами методика состоит в следующем: больного кладут на операционный стол. Стол наклоняют в сторону оперирующего хирурга под углом 20° , под спину на уровне мечевидного отростка подкладывают валик. После обработки операционного поля, под общим наркозом выполняют верхнесрединную лапаротомию, ревизию брюшной полости, затем производят мобилизацию абдоминального отрезка пищевода и ревизию задненижнего средостения. В случае резектабельности процесса производят диафрагмотомию от диафрагмального отверстия пищевода с пересечением левой ножки диафрагмы в косом направлении под углом 70° по направлению к реберной дуге слева к VII межреберью до сухожильного центра диафрагмы (рис. 1).

Рану расширяют расширителями Сигала. Проводят мобилизацию желудка и пищевода с большим и малым сальником с выполнением двухзональной лимфодиссекции (2D 2S) с пересечением и перевязкой сосудов желудка. Производят субтотальную проксимальную резекцию желудка с резекцией нижней трети пищевода, формируют анастомоз внутривнутриплеврально слева на уровне бифуркации трахеи или ниже. После ревизии брюшной и грудной полостей и дополнительного гемостаза диафрагму ушивают отдельными капроновыми швами от

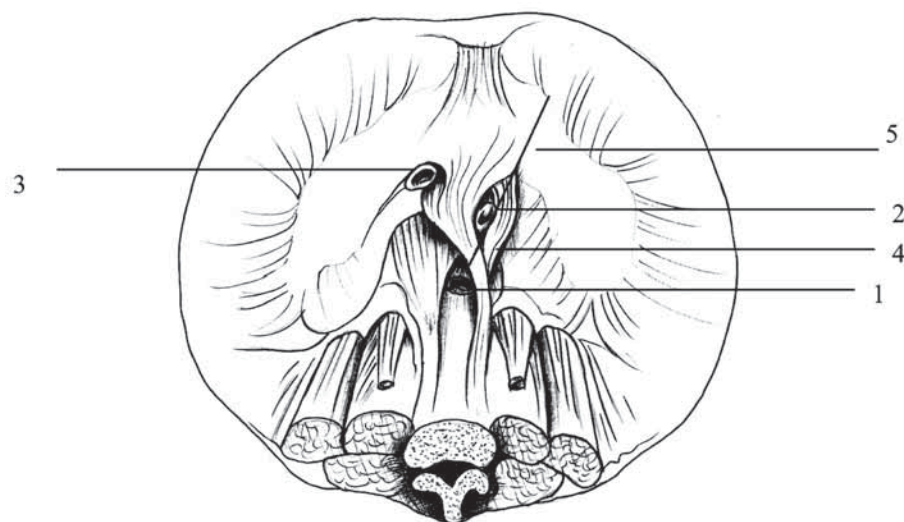


Рис. 1. Схема трансдиафрагмальной медиастинотомии: 1 – аорта, 2 – пищевод, 3 – нижняя полая вена, 4 – левая ножка диафрагмы, 5 – разрез под углом 70° по направлению к реберной дуге

реберной дуги до культи желудка с подшиванием последней к диафрагме. В культи желудка трансназально для декомпрессии анастомоза вводят зонд на 2–3 сут. В плевральную полость устанавливают дренаж в VII межреберье по задней подмышечной линии с несколькими отверстиями для удаления остаточного воздуха и послеоперационного экссудата, и укладывают его по задней поверхности до верхушки легкого. Лапаротомную рану ушивают послойно.

Для анатомо-физиологического обоснования оперативного лечения КЭР по заявляемому способу в анатомическом эксперименте в 10 наблюдениях выполнены антропометрические измерения с изучением параметров доступа. Выявлены оптимальные параметры: глубина раны – 16,2 см, наклонение операционного действия – 65°, угол операционного действия – 40°.

По данной методике прооперирован 51 пациент в возрасте 58–81 год, в среднем – 67 лет. Распределение по полу: мужчин – 20 (39,2 %), женщин – 31 (60,8 %) больная. Сопутствующая

кардиальная патология диагностирована у 26 пациентов (50,9 %), ХОБЛ – у 14 (27,5 %), сочетание этих патологий – у 11 пациентов (21,6 %). По распространенности процесса больные распределились следующим образом: I–II стадии – у 3 (5,9 %), III стадия – у 32 (62,7 %), IV стадия без отдаленных метастазов – у 16 (31,4 %) пациентов. Преимущественно наблюдались различные варианты аденокарцином, которые составили 84,3 % (43 случая), плоскоклеточный рак – 15,7 % (8 случаев). КЭР отмечен в 28 случаях (54,9 %), гастроэзофагеальный – в 23 случаях (45,1 %)

Всем пациентам была выполнена радикальная операция с одномоментной внутриплевральной пластикой пищевода в левой плевральной полости с двухзональной абдоиномедиастинальной лимфодиссекцией (табл. 1). Комбинированные операции проведены в 25 случаях, что составило 49 %. По линии резекции при срочном гистологическом исследовании и в плановом порядке опухолевого роста в препаратах не выявлено.

Таблица 1

Характер и исход оперативных вмешательств при кардиоэзофагеальном раке

Объем оперативного вмешательства		Число больных	Умерло (причина смерти)
На желудке	На соседних органах		
Гастрэктомия	Резекция пищевода	9	-
	Резекция пищевода с резекцией поджелудочной железы	3	1 (несостоятельность швов анастомоза)
	Резекция пищевода с частичной резекцией диафрагмы	6	-
	Резекция пищевода со спленэктомией	3	-
	Резекция пищевода с левой долей печени	1	-
	Резекция пищевода с резекцией ободочной кишки	1	-
Всего		23	1
Субтотальная проксимальная резекция желудка	Резекция пищевода	17	1 (ТЭЛА)
	Резекция пищевода с частичной резекцией диафрагмы	4	-
	Резекция пищевода с частичной резекцией перикарда	1	-
	Резекция пищевода с резекцией поджелудочной железы	1	-
	Резекция пищевода со спленэктомией	3	-
	Резекция пищевода с резекцией левой доли печени	1	1 (поддиафрагмальный абсцесс)
	Резекция пищевода с атипичной резекцией нижней доли левого легкого	1	-
Всего		28	2
ИТОГО		51	3

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений

Вид послеоперационных осложнений	Количество	Умерло
ТЭЛА	1	1
Пневмония	2	-
Медиастинит	1	-
Несостоятельность швов анастомоза, перитонит	1	1
Пилороспазм	1	-
Хилезный асцит	1	-
Поддиафрагмальный абсцесс, перитонит	1	1
ИТОГО	8 (15,7 %)	3 (5,9 %)

Низкий уровень послеоперационных осложнений (15,7 %) и летальности (5,9 %) у крайне тяжелого контингента больных, страдающих КЭР с выраженной сопутствующей сердечно-легочной патологией, обусловлен малотравматичным доступом к пищеводу и эффективным лечением больных в раннем послеоперационном периоде с использованием внутривенной лазерной терапии, плазмафереза, гипербарической оксигенации и др. (табл. 2).

Таким образом, модифицированный доступ обеспечивает наиболее оптимальный объем операции, особенно при местно-распространенных кардиоэзофагеальных раках, с выполнением двухзональной абдомино-медиастинальной лимфодиссекции (D2 2S), техническую простоту выполнения более высоких пищеводных внутриплевральных соустьев слева. Особенно актуально применение модифицированного спо-

соба у пожилых и ослабленных больных с сопутствующей сердечно-легочной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Мазурин В.С., Пирогов А.И. Современные аспекты хирургического лечения кардиоэзофагеального рака // Хирургия. 1992. № 3. С. 162–163.
2. Давыдов М.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48, № 4–5. С. 468–479.
3. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2003. № 1. С. 82–90.
4. Русанов А.А. Рак пищевода. Л.: Медицина, 1974. 284 с.
5. Розачева В.С., Фомин П.Д. // Хирургия пищевода (ошибки и опасности). М., 1983. С. 29–31.
6. Савиных А.Г. // Материалы XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956. С. 395.
7. Черноусов А.Ф., Сильверстов В.С., Курбанов Ф.С. Пластика пищевода желудком при раке и доброкачественных структурах. М.: Медицина, 1990. 143 с.

Поступила 19.04.07