

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА СООБЩЕНИЕ II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГРУДНОГО И АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА

Проф. В. В. БОЙКО, канд. мед. наук С. А. САВВИ,
канд. мед. наук В. П. ДАЛАВУРАК, канд. мед. наук В. Н. ЛЫХМАН,
канд. мед. наук В. А. ЛАЗИРСКИЙ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков

Приведен обзор и анализ методов хирургического лечения рака грудного и абдоминального отделов пищевода. Обобщен опыт хирургического лечения данной патологии у 898 больных, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии» АМН Украины с 1966 по 2009 гг. Представлены классические и авторские методики хирургического лечения рака пищевода данной локализации.

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение.

Наше сообщение посвящено проблеме хирургического лечения рака пищевода. Рак пищевода относится к сравнительно редко встречающимся опухолям человека. В Украине заболеваемость раком пищевода составляет 4,76 на 100 тыс. населения [1]. Среди этиологических факторов наибольшее значение придается злоупотреблению алкоголем, табакокурению, профессиональным вредностям, а также хроническому эзофагиту, лейкоплакии и рубцовой стриктуре пищевода [2–4]. Согласно данным А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко (1987), рак средней трети пищевода диагностируется у 50–60% больных; нижней — у 25–30%; верхней трети — у 5–10% [5]. В последние десятилетия в хирургическом лечении рака пищевода достигнуты значительные успехи. К настоящему времени детально разработаны и апробированы основные типы операций при различных уровнях поражения пищевода. Совершенствование их техники и методики обезболивания, а также изучение характера и терапии послеоперационных осложнений способствовали значительному улучшению непосредственных результатов хирургических вмешательств на пищеводе [6–11]. Однако до сих пор лечение больных раком грудного отдела пищевода составляет один из самых сложных разделов клинической онкологии [10, 12, 13]. Рак этой локализации отмечается у 5,6–15,0% больных [1, 4, 6, 7, 9].

Серьезные трудности в хирургии злокачественных новообразований пищевода создают ситуации, при которых поражается верхнегрудной отдел пищевода. Классическими операциями при раках этой локализации считаются методики Sanerbruch (1911), Küttner (1920), Garlock (1948), Sweet (1948), Saegesser (1959), которые описаны в монографии А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко [5].

Существуют разные подходы к лечению больных с указанной локализацией рака пищевода.

Консервативное лечение, предусматривающее только лучевую терапию, оказывается в большинстве случаев неэффективным. Некоторые авторы предлагают в качестве первого этапа экстирпацию пищевода (операцию Торека), а затем вторым этапом применение различных вариантов эзофагопластики [3, 4]. Одномоментные операции удаления пищевода с опухолью и одновременного его пластического замещения, несмотря на травматичность, в последние годы завоевывают все больше сторонников [1, 5, 7, 10, 11]. При этом хирургическое вмешательство мало чем отличается от других вариантов расположения опухоли в грудном отделе пищевода. Вместе с тем при опухолях пищевода, располагающихся выше дуги аорты, считается оправданной субтотальная эзофагоэктомия с одномоментной пластикой желудка или толстой кишкой из левостороннего комбинированного абдоминалоторакального и шейного доступа [6, 7, 13]. Garlock (1948) рекомендует вначале произвести шейный доступ с пальцевой ревизией верхне-заднего средостения, затем торакотомию слева в пятом межреберье при отсутствии признаков неоперабельности, парааортальную медиастинотомию с мобилизацией пищевода выше и ниже опухоли, выведением его с опухолью из позади и супрааортального пространств, рассечением диафрагмы и выведением желудка в плевральную полость, а после пересечения и удаления пищевода с опухолью через шейный доступ перемещением его супрааортально на шею [5]. В таком виде супрааортальный пищеводно-желудочный анастомоз мы не применяем.

Обзор научно-практического поиска оптимальной операции при раке верхнегрудного отдела пищевода достаточно полно представлен в монографии А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко [5]. Учитывая важность понимания целесообразности тех или иных хирургических приемов,

используемых по сей день, мы приводим некоторые из них.

Выполнение эзофагоэктоми с опухолью из трех разрезов (правосторонняя торакотомия в третьем межреберье, лапаротомия и коллотомия) с последующей пластикой пищевода желудком предложили Harrison et Ricket (1950). Трансстернальный доступ для удаления пищевода был использован в 1954 г. Wangensteen, однако из-за своей травматичности и необоснованности анатомической целесообразности в наше время не применяется. Hegmann (1959) предложил при проксимальных раках пищевода трехэтапные операции, которые предусматривали удаление опухоли с грудным отделом пищевода из правостороннего торакотомного доступа, а также лапаротомию с мобилизацией желудка и гастростомией на первом этапе лечения; вторым этапом желудок проводился за грудину через 10 сут; третьим этапом формировался пищеводно-желудочный анастомоз из шейного доступа. Методика А. А. Ольшанецкого (1958) предполагала эзофагопластику сегментом тонкой кишки с формированием сосудистых анастомозов, питающих сегмент ножки со внутренними грудными артерией и веной. Методика А. И. Андросова (1955, 1959) предусматривала удаление пищевода с опухолью в верхних его отделах и последующую тонко- или толстокишечную пластику впереди корня легкого. Последующими работами Gavrilin (1951), Nakayama (1954), Heimlich (1955), О. М. Авиловой (1964), Yamagichi (1970) при раках верхне- и среднегрудного отдела пищевода была обоснована целесообразность применения эзофагопластики желудком [5].

При раке средней трети грудного отдела пищевода оперативные доступы и техника операций были разработаны в 1988 г. И. И. Насиловым (экстраплевральный доступ к пищеводу через заднее средостение с разрезом вдоль позвоночника с резекцией III–IV ребер). Доступ достаточно травматичен и сегодня не применяется [5].

В качестве технического приема, используемого в некоторых случаях по настоящее время, необходимо привести методику шейно-брюшного доступа Denk (1913) с выделением пищевода

методом тоннелирования. В отличие от этой операции, которая выполнялась «вслепую», А. Г. Савиных (1944) разработал методику внеплеврального удаления грудного отдела пищевода со стороны шеи до бифуркации трахеи и со стороны живота после сагиттальной диафрагмокруротомии под контролем зрения с применением специального инструментария. Данная операция с использованием авторского доступа и тонкой кишки в качестве пластического материала может применяться при I–II стадиях опухолевого процесса [5, 8, 10].

В. А. Добромислов (1900, 1902) разработал трансторакальный доступ к грудному отделу пищевода. Thorek (1913) впервые с благоприятным исходом выполнил трансплевральную резекцию пищевода при раке средней его трети (в качестве первого этапа эта операция удаления грудного отдела пищевода с опухолью применяется и в настоящее время). Важными моментами данной операции в современном представлении является перевязка и пересечение непарной вены, удаление параэзофагеальной клетчатки заднего средостения с околопищеводными лимфоузлами, выполнение эзофагостомы и гастростомы. В 1943 г. Garlock выполнил впервые резекцию пищевода с наложением пищеводно-желудочного анастомоза в плевральной полости (использован левосторонний торакотомный доступ в VII межреберье с пересечением у позвоночника V–VII ребер) [5].

В настоящее время для оперативного лечения больных с опухолями верхнего и средне-грудного отдела пищевода применяется операция Lewis (1946) и ее различные усовершенствования. Данное оперативное вмешательство предусматривает выполнение абдоминального и правостороннего торакального доступов, вскрытие медиастинальной плевры, перевязку и пересечение непарной вены, удаление околожелудочных и околопищеводных лимфоузлов, выделение и удаление пищевода с опухолью, наложение внутриплеврального пищеводно-желудочного анастомоза [1, 5, 8].

Для предупреждения несостоятельности пищеводно-желудочного соустья Б. А. Королев (1959) и А. А. Шалимов (1962) предложили резецировать дно желудка как участок плохо

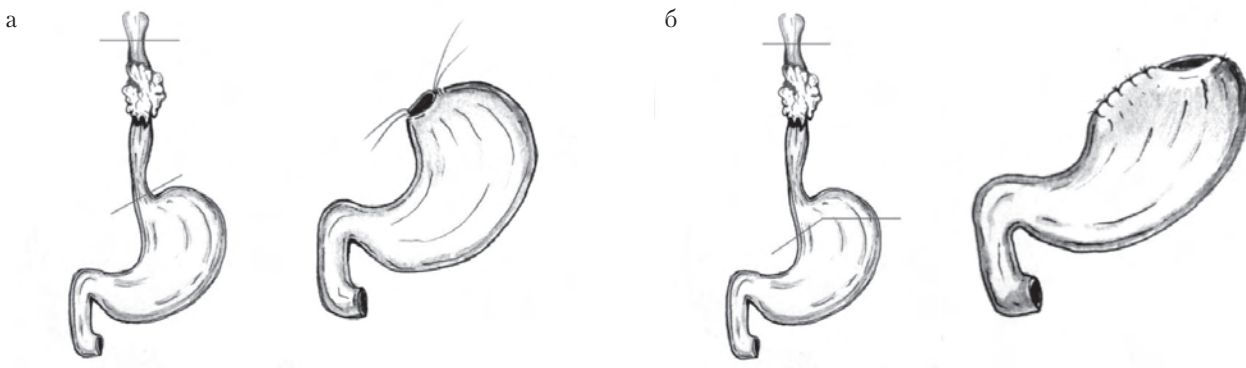


Рис. 1. Схема резекции пищевода и желудка при операции Льюиса (а) и в модификации А. А. Шалимова (б)

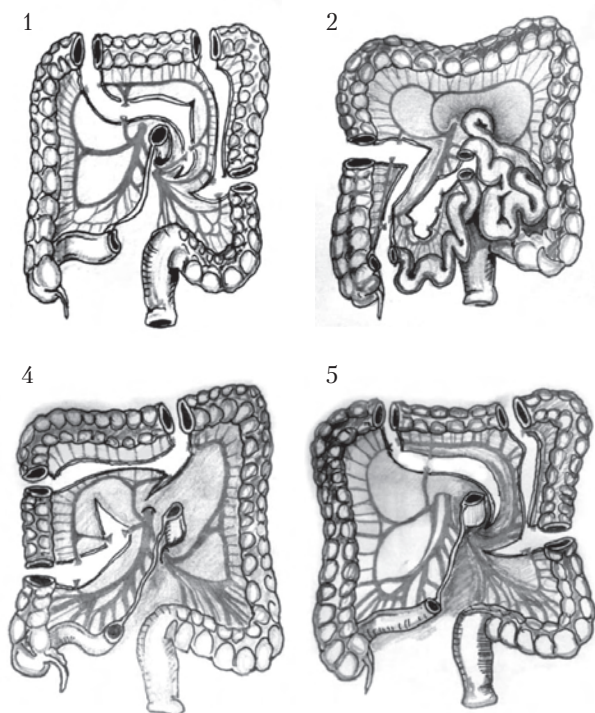


Рис. 2. Методики мобилизации сегментов тонкой и толстой кишки для сегментарной эзофагопластики: 1 — из поперечной ободочной кишки; 2 — из подвздошной кишки; 3 — из восходящей ободочной кишки; 4 — из поперечной ободочной кишки

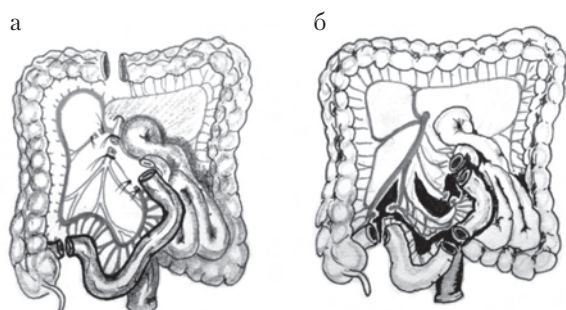


Рис. 3. Схема мобилизации сегмента подвздошной кишки по Попову — Филину (а) и А. А. Шалимову (б)



Рис. 4. Схема мобилизации илеоцекального сегмента кишечника на средней толстокишечной артерии

кровообеспечивающий [5]. На рис. 1 показаны границы удаления пищевода и желудка при операции Льюиса в модификации А. А. Шалимова.

Naokayama (1954) предложил комбинированный правосторонний торакоабдоминальный доступ. В 1920 г. Kirshner, а затем Taylor (1945) и Naokayama (1961) применили предгрудинную пластику среднегрудного отдела пищевода желудком (операция Кишнера — Накаямы) [5].

Методика Я. С. Гальперна (1912) и А. Jianu (1912) предусматривает пластику пищевода антиперистальтической желудочной трубкой из большой кривизны и кожной надставкой. Эта операция получила развитие в методиках Gavrilin (1961) и Heimlich (1955), которые состояли в тотальной пластике пищевода большой кривизной желудка в виде трубчатого трансплантата. Загрудинное расположение желудочного трансплантата было предложено и реализовано на практике Waddell et Scannell (1957). В отличие от этих авторов, О. М. Авилова применяла данную операцию без рассечения грудины, а трансплантат располагала в загрудинном «тоннеле» [5].

Ariyama (1975, 1980) предложил для усиления абластичности операции выполнять удаление медиастинальных лимфоузлов, лимфоузлов по ходу левой желудочной артерии, а также грудного и абдоминального отделов пищевода, проведение желудочного трансплантата загрудинно на шею с формированием шейного эзофагогастроанастомоза [5, 13].

Важными историческими вехами развития реконструктивно-восстановительных операций при раке среднегрудного отдела пищевода являются разработка и внедрение методик тонко- и толстокишечной эзофагопластики, которые описаны в монографии А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко (1987) [5]:

1908 г. С. П. Федоров — тонкокишечная внутриплевральная эзофагопластика;

1946 г. Rienhoff и 1947 г. С. С. Юдин — впервые выполненная в клинике тонкокишечная внутриплевральная эзофагопластика;

1951 г. Orsony et Lemaire — внутриплевральная пластика пищевода поперечно-ободочной кишкой;

1951 г. Lortat-Jacob — внутриплевральная пластика пищевода восходящей и правой половиной ободочной кишки;

1957 г. П. И. Андросов — внутриплевральная пластика рубцово-суженного пищевода ободочной кишкой;

1967 г. А. А. Шалимов — успешная резекция пищевода с одномоментной толстокишечной эзофагопластикой;

1951 г. Orsony — обоснование возможности замещения средней трети пищевода сегментом толстой кишки на питающей сосудистой ножке.

На рис. 2 и 3 показаны различные методики мобилизации сегментов толстой и тонкой кишки для эзофагопластики.

На рис. 4 показана методика мобилизации комбинированного тонко-толстокишечного трансплантата для сегментарной эзофагопластики, а удлинения питающих ножек трансплантатов в нашей модификации представлены на рис. 5.

Операция внутригрудной толстокишечной пластики разработана и клинически внедрена Б. В. Петровским, Э. Н. Ванцяном, Р. А. Тошаковым (1964, 1965, 1971), В. И. Поповым и В. И. Филиным (1965). Методика Б. В. Петровского, Э. Н. Ванцяна, Р. А. Тошакова (1964) предусматривает использование в качестве трансплантата восходящей, поперечной или нисходящих ободочных кишок с сохранением одной из ободочных артерий и вен [5].

Методика В. И. Филина (1968) заключается в сегментарной пластике грудной части пищевода ободочной кишкой с размещением трансплантата,



Рис. 5. Схема мобилизации илеоцекального сегмента кишечника на подвздошно-толстокишечных сосудах с аутоинозной вставкой (артериальной и венозной) для удлинения трансплантата

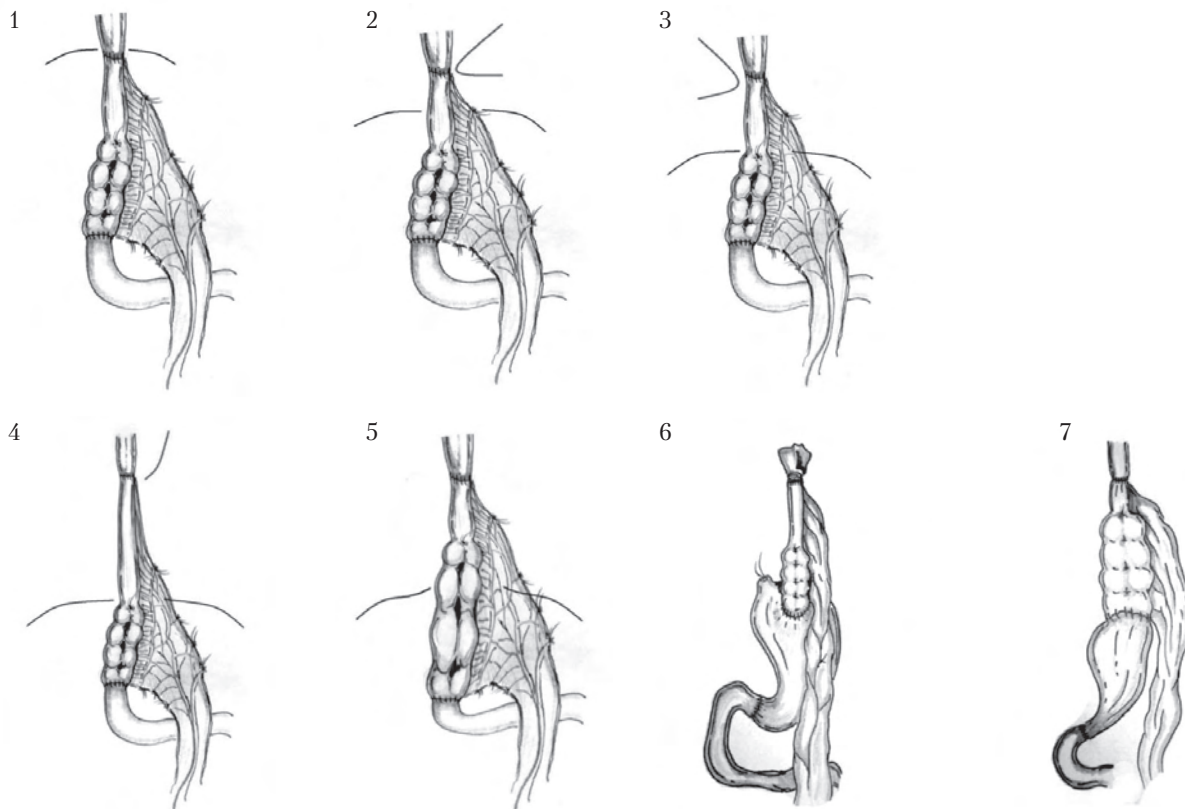


Рис. 6. Схема эзофаго- и гастропластики илеоцекальным сегментом по методике В. В. Бойко: 1 — гастрэктомия; 2 — резекция абдоминального отдела пищевода и гастрэктомия с пластикой илеоцекальным сегментом на питающей ножке (а. ileocolica); 3 — резекция грудного и абдоминального отдела пищевода с гастрэктомией и пластикой илеоцекальным сегментом на питающей ножке (а. colica media); 4 — резекция шейного, грудного и абдоминального отделов пищевода с гастрэктомией и пластикой илеоцекальным сегментом на питающей ножке (а. colica media); 5 — резекция грудного и абдоминального отделов пищевода с гастрэктомией, перемещением части восходящей кишки с илеоцекальным сегментом в плевральную полость на питающей средней толстокишечной артерии; 6 — резекция пищевода с оставлением желудка и эзофагопластикой илеоцекальным сегментом; 7 — резекция пищевода и проксимальная резекция желудка с пластикой пищевода илеоцекальным сегментом на питающей ножке и наложением слепокишечно-желудочного и пищеводно-подвздошного анастомозов в плевральной полости

анастомозов, дистального и проксимального остающихся участков пищевода ретростернально. Методика Catura (1958) предусматривает выполнение тонкокишечной внутригрудной сегментарной пластики пищевода [цит. по 5, 7].

Методика Г. Е. Островерхова и Р. А. Тошаква (1962) включает сегментарную пластику средней трети грудного отдела пищевода тонкокишечным трансплантатом с использованием двух сосудистых ножек. А. А. Шалимов и С. С. Шалимов (1971) используют для эзофагопластики сегмент подвздошной кишки на сохраненной сосудистой ножке из подвздошно-ободочной артерии [5, 6].

Нами разработана методика операции сегментарной пластики пищевода и проксимальных отделов желудка илеоцекальным сегментом кишечника с сохранением кровоснабжения по средне-толстокишечным сосудам или подвздошно-ободочным сосудам [14]. *Схемы вариантов операций по методике В. В. Бойко представлены на рис. 6.*

Техника этой операции и ее разновидности следующая. Выполняется абдоминальный доступ. С учетом данных рентген-исследования и компьютерной томографии определяется длина мобилизуемого в качестве трансплантата илеоцекального сегмента, при этом для достижения достаточной длины трансплантат может быть смещен либо в сторону восходящей кишки, либо в сторону подвздошной и тощей кишок. Принципиальным

является выбор питающих сосудов: средних толстокишечных или подвздошно-ободочных, что определяется имеющейся хирургической ситуацией. Следует отметить, что питающая ножка со средними толстокишечными сосудами получается большей длины, чем с подвздошно-ободочными, однако формирование такого трансплантата занимает несколько больше времени (рис. 7).

Оптимальное соотношение длины трансплантата и времени для его мобилизации должно быть индивидуальным. Выполняется торакотомия справа — для опухолей средне- и верхнегрудного отделов пищевода; слева — для опухолей абдоминального отдела пищевода. В последнее время чаще производится правосторонний торакальный доступ, позволяющий радикально удалить опухоль в пределах здоровых тканей пищевода, а также выполнить необходимую лимфодиссекцию.

Лимфодиссекция задействованных в злокачественный процесс лимфатических коллекторов выполняется по методике, представленной в атласе В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга и А. И. Пачеса [13] авторами раздела, посвященного хирургии пищевода, Б. Е. Петерсоном, А. С. Мамонтовым и Л. А. Вашакмадзе: широко вскрывается медиастинальная плевра вдоль пищевода, выделяется, перевязывается и пересекается непарная вена. Лимфоузлы легочной связки смещают к пищеводу, выделяют, перевязывают и пересекают на уровне диафрагмы пристеночно аорте грудной

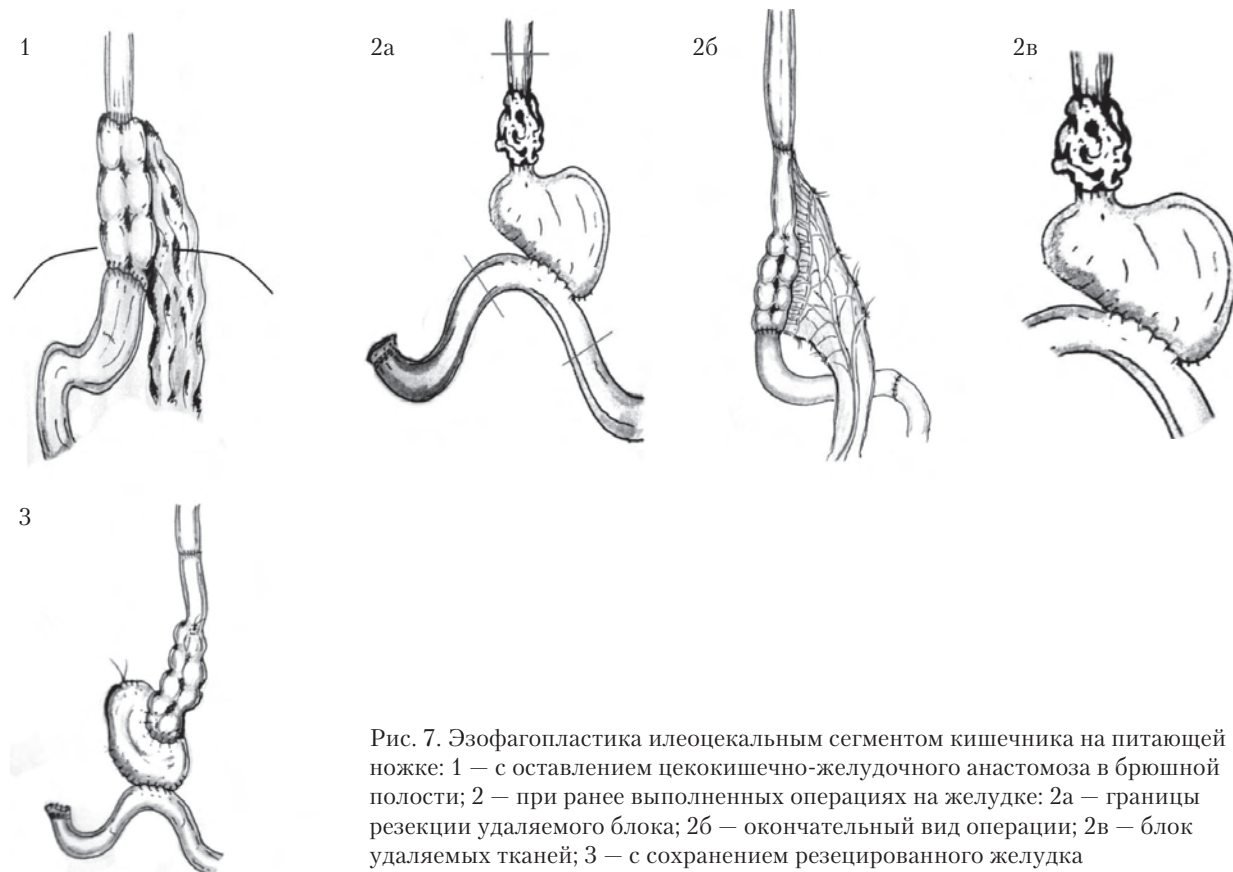


Рис. 7. Эзофагопластика илеоцекальным сегментом кишечника на питающей ножке: 1 — с оставлением цекокишечно-желудочного анастомоза в брюшной полости; 2 — при ранее выполненных операциях на желудке: 2а — границы резекции удаляемого блока; 2б — окончательный вид операции; 2в — блок удаляемых тканей; 3 — с сохранением резецированного желудка

лимфатический проток. Пищевод в одном блоке с клетчаткой, грудным лимфатическим протоком и задними средостенными лимфоузлами выделяют от диафрагмы до бифуркации трахеи с перевязкой средних и нижних пищеводных артерий, а также нижних трахеобронхиальных лимфоузлов, паратрахеальных (правых и левых) лимфатических узлов.

После выделения пищевода с окружающими лимфоколлекторами в грудную полость выводят пищевод и желудок, которые резецируют в пределах здоровых тканей. Реконструктивно-пластический этап операции обычно выполняется с использованием в качестве трансплантата желудка. Данная методика хорошо себя зарекомендовала, сопровождается небольшим числом осложнений и невысокой послеоперационной летальностью. В то же время у пациентов, которым ранее выполнялись по другому поводу резекции желудка, гастрэктомии, гастростомии, а также при наличии рубцовых послеожоговых стриктур желудка, данный вид пластики оказывается неприемлемым. В связи с этим большинство авторов в таких ситуациях рекомендуют выполнять тонко- или толстокишечную пластику. Одним из наиболее грозных осложнений этих операций является желудочно-пищеводный, дуодено- и энтеропищеводный рефлюкс с неизбежным развитием пептического эзофагита, пептических язв и сужений кишечного трансплантата. С нашей точки зрения, выгодно отличается от этих методик пластика пищевода илеоцекальным сегментом кишечника. Определившись в необходимой длине трансплантата по методике, описанной нами ранее, мобилизуют и отсекают подготовленный к пластике трансплантат. При необходимости выполнения гастрэктомии в брюшной полости формируют слепокишечно-дуоденальный анастомоз либо при сохраненном желудке или его части слепокишечно-желудочный анастомоз. При этом желудок может быть оставлен в брюшной полости с анастомозом либо перемещен в плевральную полость. В случаях ранее выполненной резекции желудка в зависимости от клинической ситуации трансплантат может быть вшит в его культю (при этом ранее выполненная конфигурация оперированного желудка сохраняется, формируется цекокишечно-желудочное соустье) либо произведена экстирпация культи желудка (при этом формируется слепокишечно-дуоденальный анастомоз, а дефект в области резекции тонкой кишки подлежит реконструкции путем формирования энтероэнтероанастомоза). Восстанавливается целостность пищеварительного канала путем формирования энтеротрансверзоанастомоза (при илеоцекальной пластике удаляется сегмент восходящего отдела толстой кишки, а также часть поперечно-ободочной кишки в области печеночного ее угла).

Операция заканчивается наложением пищевода-кишечного анастомоза в плевральной полости либо после проведения подвздошной части

трансплантата на шею с формированием шейного эзофагоэнтероанастомоза. Способ наложения пищевода-кишечного анастомоза не отличается от общепринятых: «конец в конец», «конец в бок», ручным или аппаратным способом. Следует только отметить, что в некоторых случаях для выполнения анастомоза циркулярным аппаратом фирмы «Этикон» для введения его рабочей части использовался зонд слепой кишки в месте вынужденного удаления червеобразного отростка. После выполнения соустья аппарат извлекался, цекотомная рана зашивалась трехрядными швами. Дренажирование, зашивание операционных ран и декомпрессию выполненных в процессе операции анастомозов производили по общепринятым методикам. Положительными моментами предложенной реконструктивно-пластической операции эзофагогастропластики илеоцекальным сегментом кишечника на питающей ножке, с нашей точки зрения, являются: 1) возможность радикального удаления пораженной части пищевода с опухолью и адекватной лимфодиссекцией; 2) учет индивидуальных особенностей пациента при невозможности выполнения пластики желудком; 3) достаточные условия кровоснабжения трансплантата; 4) возможность удлинения трансплантата до необходимых размеров (включая сегментарные аутовенозные вставки в питающие трансплантат сосуды); 5) сохранение антирефлюксного механизма за счет баугиниевой заслонки; 6) сохранение резервуарной функции искусственного желудка (его роль выполняет в новых условиях слепая кишка). Накопленный опыт выполнения данного оперативного вмешательства позволяет считать его в ряде хирургических ситуаций операцией выбора.

Особенно большое значение разработанной нами и с успехом применяемой в клинике операции эзофагопластики илеоцекальным сегментом кишечника состоит в возможности ее применения при раке нижней трети грудной части пищевода и кардиального отдела желудка. Мы, как и А. А. Шалимов с В. Ф. Саенко, подразделяем поражение пищевода и желудка при этой локализации опухоли в соответствии с классификацией А. А. Русанова (1966) [5]: 1) кардиальный рак (опухоль, как правило, железистая и локализована только в пределах кардиального отдела желудка); 2) кардиоэзофагеальный рак (опухоль может быть представлена как плоскоклеточным, так и железистым раком, поражает кардиальный отдел желудка и абдоминальный отдел пищевода); 3) гастрокардиальный рак (опухоль представлена железистым раком, занимает кардиальную и дистальную часть желудка); 4) гастроэзофагеальный рак (встречаются как железистые, так и плоскоклеточные формы, опухоль распространяется на пищевод, кардиальную и дистальную часть желудка). При этом нами также учитывается условно пятая форма такого разделения опухолей — эзофагокардиальный рак, при котором опухоль представлена

плоскоклеточной формой с распространением из пищевода на желудок (опухоль может исходить, по сути, из любого отдела пищевода).

Для понимания целесообразности выбора той или иной реконструкции при раках этой локализации, адекватности доступов, наличия в арсенале хирургических приемов и методик оперативных вмешательств необходимо указать на некоторые исторические аспекты данного вопроса.

Нижеприведенные методики описаны в монографии А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко [5]. Операции резекции кардии из абдоминального доступа разработал в экспериментах и на трупном материале Levy (1894). Чресплевральный доступ при удалении кардии разработали Biondie (1895) и Gosset (1903), а применили в клинике Miculicz (1904) и Sanerbruch (1905). Поэтапный абдоминалоторакальный доступ, применяемый с дополнениями и в настоящее время, был предложен Küttner (1905). Методика торакоабдоминального доступа, когда первым этапом выполняется торакотомия, а лапаротомия — вторым, была предложена в 1908 г. Henle.

Благоприятный исход операции резекции кардии был достигнут в клинике Voleker (1908). Весьма важными в практическом отношении оказались технические приемы, облегчающие доступ к кардиальному отделу желудка при его мобилизации и удалении из лапаротомного доступа, предложенные в различное время известными хирургами. Так, получили распространение мобилизация левой доли печени путем рассечения венечной ее связки (Kocher, 1911); пересечение ножки диафрагмы (Clairmont, 1921); надсечение диафрагмы в зоне пищеводного ее отверстия (Höghammer, 1923); пересечение сухожильной части диафрагмы (К. П. Сапожков, 1930); диафрагмокруротомия (А. Г. Савиных, 1931); двухмоментные операции (мобилизация и перемещение кардии в плевральную полость в начале, а затем вторым этапом удаление с реконструкцией) пропагандировались многими авторами (Zaayer, 1913; В. С. Левит, 1928, и др.); применение грудного доступа (Sanerbruch, 1932; Nissen, 1937; Garlock, 1943; В. И. Казанский, 1945; Б. В. Петровский, 1946); комбинированный абдоминалоторакальный доступ (Ohsawa, 1932) с обязательным удалением дна желудка. Дальнейшие усовершенствования оперативных вмешательств при раке кардии и пищевода связываются с именами А. А. Русанова (1955) — формирование из желудка трубки после резекции кардии и малой кривизны желудка; П. А. Андросова (1960) — замещение резецированного пищевода тонкой и толстой кишками; П. Н. Напалкова (1963, 1969) — двухэтапные операции удаления и пластики пищевода с демукозацией грудного отдела пищевода; А. А. Шалимова (1962) — применение поэтапного абдоминалоторакального доступа; А. А. Шалимова, С. А. Шалимова (1970) — комбинированный торакоабдоминальный доступ с рассечением реберной дуги,

частичной срединной диафрагмотомией и сохранением иннервации диафрагмы.

При раке кардии мы выполняем проксимальную резекцию желудка или гастрэктомию (ей отдаем предпочтение) с лимфодиссекцией; при переходе опухоли на абдоминальный отдел пищевода эти операции могут быть выполнены из абдоминального доступа с применением диафрагмокруротомии по Савиных либо из комбинированного абдоминалоторакального доступа по методикам Гарлока или Льюиса (в зависимости от уровня поражения пищевода). Естественно, что на выбор доступа и объем оперативного вмешательства влияет распространенность злокачественного процесса, степень операционного риска, обусловленная стадией опухоли, осложнениями и наличием сопутствующей патологии.

Одним из ключевых вопросов хирургии рака кардии и пищевода является выбор способа наложения пищеводно-желудочного анастомоза при проксимальной резекции желудка и эзофагопластики желудка. Мы руководствуемся классификацией пищеводно-желудочных анастомозов по К. Н. Цацаниди и А. В. Богданову [5], согласно которой выделяют погружные анастомозы, свисающие в просвет органа, выполненные с применением пластических приемов; инвагинационные; анастомозы двух- и трехрядными швами по типу «конец в конец», «конец в бок» и «бок в бок», выполненные при помощи сшивающих аппаратов. Варианты предложенных различными авторами анастомозов, приведенные в монографии А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко [5], представлены на рис. 8.

Паллиативные операции при раке кардии и пищевода направлены на обеспечение возможности кормления больного. Они выполнены такими оперативными вмешательствами, как гастростомия, реканализация опухоли, формирование обходных анастомозов. Методики формирования гастростом представлены авторскими разработками Штамма — Сенна — Кадера, Витцеля и др. Методика реканализации пищевода разработана и широко применяется в клинической практике по методу Целестена (1952). Методики обходных пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов представлены разработками Н. Bircher (1894); С. П. Федорова (1908), А. Г. Савиных (1940); Н. И. Еремеева (1951); Ю. Е. Березова (1961). Эти оперативные вмешательства не позволяют избавить пациента от основного опухолевого заболевания, но существенно уменьшают страдания и обеспечивают поддерживающее кормление пациентов [5–7, 9, 10].

Мы располагаем опытом лечения 898 больных с раком пищевода различных локализаций, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии» АМН Украины с 1966 по 2009 гг. Мужчин было 739 (82,3%), женщин — 159 (17,7%). Средний возраст больных составил 58,6 года. Из них оперировано 535 (59,6%) больных; у 44 (8,2%) из числа оперированных опухоль

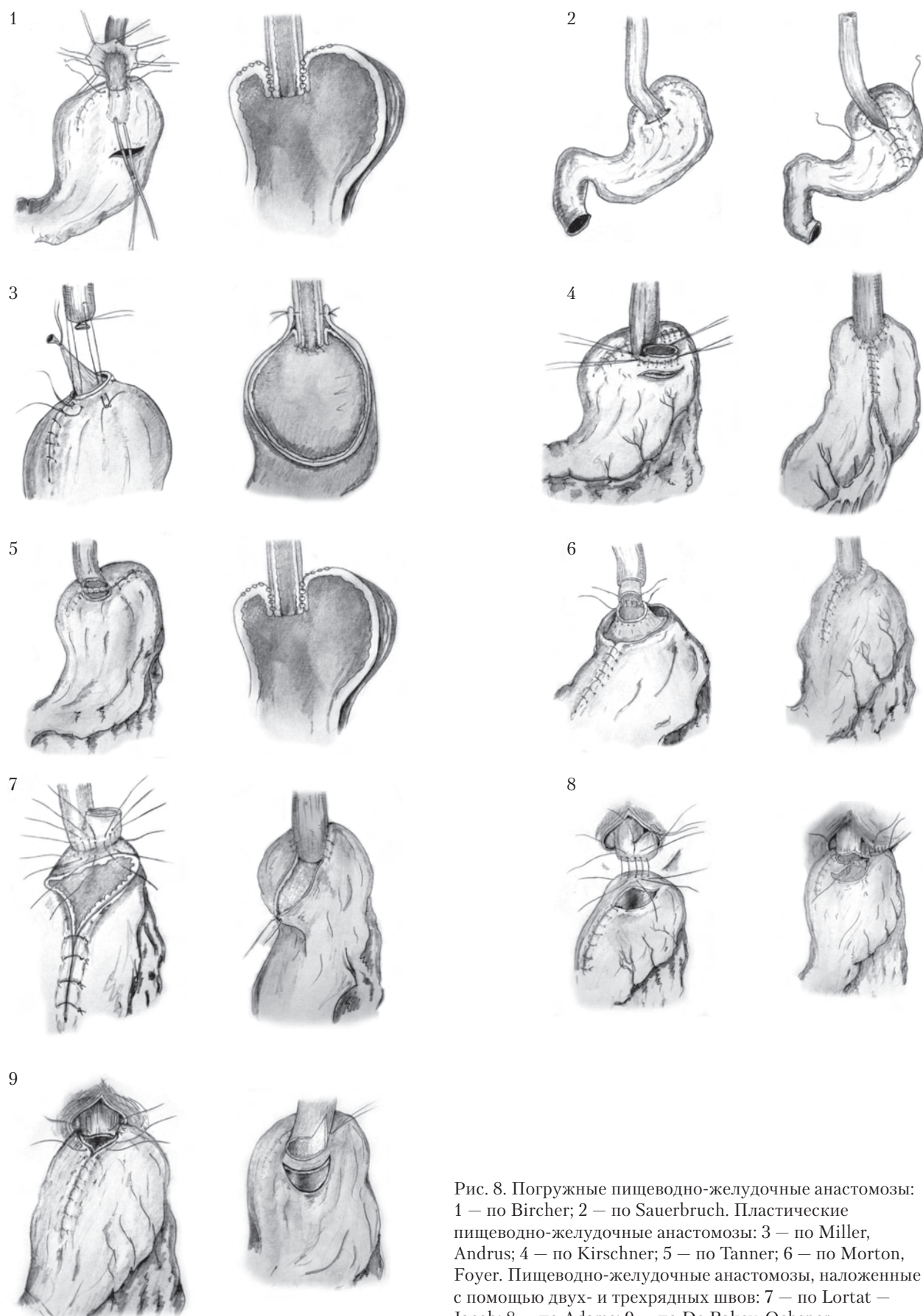


Рис. 8. Погружные пищеводно-желудочные анастомозы: 1 — по Bircher; 2 — по Sauerbruch. Пластические пищеводно-желудочные анастомозы: 3 — по Miller, Andrus; 4 — по Kirschner; 5 — по Tanner; 6 — по Morton, Foyer. Пищеводно-желудочные анастомозы, наложенные с помощью двух- и трехрядных швов: 7 — по Lortat — Jacob; 8 — по Adams; 9 — по De Bakey, Ochsner

локализовалась в шейном отделе. В зависимости от гистологической структуры опухоли пациенты распределялись следующим образом: плоскоклеточный рак — 832, аденокарцинома — 38, лейомиосаркома — 17, перстневидно-клеточный рак — 11. Регионарные метастазы наблюдались у 284 (53,1%) оперированных больных: в лимфатических узлах шеи — у 18, средостения — у 149, средостения и брюшной полости — у 117 больных. Чаще всего для замещения удаленного пищевода использовалась изоперистальгическая желудочная трубка, проведенная в заднем средостении ($n = 167$), в левой плевральной полости по Гарлоку ($n = 79$), в правой плевральной полости по Льюису ($n = 179$). У 2 больных нами выполнена шейная эзофагогастропластика изоперистальгической желудочной трубкой, выкроенной по большой кривизне желудка из комбинированного абдоминоцервикального доступа и правосторонней торакотомии в пятом межреберье. У 36 пациентов, которые ранее перенесли резекцию желудка по поводу язвенной болезни, эзофагопластика выполнена илеоцекальным сегментом ($n = 7$), сегментом тонкой кишки ($n = 11$), восходящей ободочной кишкой ($n = 12$), левой половиной толстой кишки ($n = 6$).

Литература

1. Стариков В. И. Рак пищевода: диагностика и перспективы лечения // Междунар. мед. журн.— 2006.— Т. 12, № 1.— С. 66–70.
2. Березов Ю. Е. Рак пищевода.— М.: Медицина, 1979.— 190 с.
3. Казанский В. И. Хирургия рака пищевода.— М.: Медицина, 1973.— 344 с.
4. Стилиди И. С., Сулейманов Э. А., Бохан В. Ю. Рак пищевода: этиология, диагностика, лечение // Вместе против рака.— 2005.— № 3.— С. 37–41.
5. Шалимов А. А. Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта.— К.: Здоровье, 1987.— 563 с.
6. Ганул В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода — К.: Книга-плюс, 2003.— 199 с.
7. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода.— М.: Медицина, 2000.— 350 с.
8. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия.— К.: Здоров'я, 1988.— 200 с.
9. Чернявсий А. А., Рыжов М. К., Пегов С. А. Хирургическое лечение рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода // Хирургия.— 2004.— № 1— С. 19–24.
10. Бойко В. В., Далавурак В. П., Савви С. А. Опыт эзофагопластики при рубцовой стриктуре и раке пищевода // Клінічна хірургія.— 2007.— № 2–3.— С. 43.
11. Урсол Г. Н. Рак пищевода // Харківська хірургічна школа.— 2009.— № 4.1.— С. 124–126.
12. Мирошников Б. И. Методологические аспекты хирургии рака пищевода // Вестн. хирургии.— 2001.— Т. 160, № 3.— С.11–15.
13. Чиссов В. И., Трахтенберг А. Х., Пачес А. И. Атлас онкологических операций.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.— 624 с.
14. Пат. 48332 Україна, МПК А61В 17/04. Спосіб комбінованої гастректомії / Бойко В. В. і соавт. ГУ «Інститут общей и неотложной хирургии АМН Украины».— У 2009 10516 заявл. 16.10.2009, опубл. 10.03.2010, Бюл. 5.— 4 с.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ ПОВІДОМЛЕННЯ II. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОГО ТА АБДОМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛІВ СТРАВОХОДУ

В. В. БОЙКО, С. О. САВВИ, В. П. ДАЛАВУРАК, В. М. ЛИХМАН, В. О. ЛАЗИРСЬКИЙ

Наведено огляд і аналіз методів хірургічного лікування раку грудного та абдомінального відділів стравоходу. Узагальнено досвід хірургічного лікування зазначеної патології у 898 хворих, що перебували на лікуванні у ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України» з 1966 по 2009 рр. Наведено класичні та авторські методики хірургічного лікування раку стравоходу цієї локалізації.

Ключові слова: рак стравоходу, хірургічне лікування.

**SURGICAL TREATMENT FOR ESOPHAGEAL CANCER
COMMUNICATION II. SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THORACIC AND ABDOMINAL
PORTIONS OF THE ESOPHAGUS**

V. V. BOYKO, S. A. SAVVI, V. P. DALAVURAK, V. N. LYKHMEN, V. A. LAZIRSKY

The authors review and analyze the methods of surgical treatment for cancer of thoracic and abdominal portions of the esophagus. The experience of surgical treatment of this disease in 898 patients treated at Institute of General and Urgent Surgery (Academy of Medical Sciences of Ukraine) within the period from 1966 to 2009 is generalized. Classical and original techniques of surgical treatment for esophageal cancer of the above location are reported.

Key words: esophageal cancer, surgical treatment.

Поступила 24.05.2010
