

УДК 616.33 -006.6 -089-036.8

## РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

**В.И. Стариков**

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Вступление.** Лечение рака пищевода (РП) представляет одну из наиболее сложных проблем клинической онкологии. Индекс агрессивности (соотношение умерших и вновь заболевших больных в течение года) при раке пищевода составляет 95 %. Для сравнения этот показатель при раке прямой кишки равен 56,5 % и раке предстательной железы 45,7 %.

Основным методом, позволяющим достичь полного излечения является хирургический. При этом пятилетняя выживаемость больных составляет 25–30 %. Наряду с этим, послеоперационная летальность при РП остаётся высокой и достигает 10–12 %, а число послеоперационных осложнений колеблется от 25 до 60 % в различных клиниках.

Большинство оперированных больных (50–60 %) умирают в течение первых двух лет после операции от местного рецидива заболевания.

Существует много дискуссионных вопросов, на решение которых имеются различные, иногда диаметрально противоположные взгляды. К таким вопросам относятся: выбор оптимального хирургического доступа при раке различных анатомических отделов пищевода, объем лимфодиссекции, реконструктивный этап операции, отношение к спленэктомии, а также проведение предоперационной лучевой и химиотерапии. Нашей целью было ответить на наиболее актуальные из них.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов лечения 215 больных раком пищевода, которым выполнена операция Льюиса. Мужчин было 83,3 %, женщин 16,7 %. По стадиям

заболевания больные распределялись следующим образом T1-2N0M0 – 23 %, T1-3N1-2M0 – 77 %. Преобладали больные с поражением регионарных лимфатических узлов. Гистологически у 87 % больных был плоскоклеточный рак, у 13 % - железистый. Средний возраст больных составил 63,7 года. У всех них диагноз рака был верифицирован морфологически до операции. У 12,7 % больных операции носили комбинированный характер.

Выполнение операции Льюиса начинали с правосторонней торакотомии и мобилизации грудного отдела пищевода с опухолью, затем выполнялась лапаротомия и мобилизация желудка с сохранением правой желудочно-сальниковой артерий. После формирования пищеводно-желудочного внутригрудного анастомоза и дренирования, обе полости грудная и брюшная ушивались. Такой план операции позволяет контролировать состояние транспланта желудка при его перемещении в плевральную полость, что предотвращает его ротацию. При раке пищевода выполнялась двухзональная моноблочная лимфодиссекция.

Формирование пищеводно-желудочного анастомоза проводилось вручную без использования шивающих аппаратов. Мы отдаем предпочтение погружному пищеводно-желудочному анастомозу, который обладает высокой надежностью и хорошими функциональными свойствами.

Операции на пищеводе сопровождались большим числом разнообразных послеоперационных осложнений (табл.)

**Результаты.** Как видно из таблицы, наиболее часто встречались осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (15,8 %). Нарушение сердечного ритма отмечалось у 13,5 % больных и наиболее часто развивалось на 2–3 сутки после операции.

### Структура послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Количество осложнений	
	абс.	%
Нарушение сердечного ритма	29	13,5
Пневмония на стороне торакотомии	26	12,1
Несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза	45	2,3
Сердечная недостаточность	5	2,3
Внутриплевральное кровотечение	3	1,4
Кровотечение из культи желудка	2	0,9
Ротация культи желудка	1	0,5
Тромбоэмболия легочной артерии	1	0,5
Прочие осложнения	5	2,3
Всего	6	34,9

Ведущее место по тяжести течения и исходу занимает несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза. Этот вид осложнений встречался в первые годы проведенного наблюдения. В последние 5 лет данное осложнение не встречалось. Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза развилась у 5 больных (2,3 %).

В одном случае после операции Льюиса наблюдалось редкое осложнение в виде ротации желудочного трансплантата. Осложнение было диагностировано на 5-е сутки при рентгенологическом исследовании. Барий, и даже водорастворимый контраст не поступали в кишечник. Больному произведена релапаротомия, разрушены сращения в области диафрагмального отверстия. Желудок был перерастянут и содержал большое количество жидкости. Установлено, что имелась ротация трансплантата в зоне луковицы 12-перстной кишки. Был сформирован гастроэнтероанастомоз в дистальной части желудка под диафрагмой. Наступило выздоровление больного. Через 8 дней после 2-й операции он был выписан домой.

Общая послеоперационная летальность составила 5,6 %, 3 летняя выживаемость пролеченных больных в целом составила 42 %. Однако, эта цифра является не совсем объективной, так как за весь описанный период лечения больных РП менялись схемы химиотерапии и их сочетание с предоперационной лучевой терапией.

Таким образом, при хирургическом лечении РП в настоящее время операция без выполнения лимфодиссекции не рассматривается в принципе как допустимый вариант лечения, так как профилактическая лимфодиссекция зон регионарного метастазирования носит как лечебный, так и диагностический характер.

**Выводы.** Способ формирования пищевода анастомоза должен соответствовать принципам оптимального заживления анастомоза и правильности его технического выполнения.

В связи с расширением возрастных рамок оперированных, особенностью контингента больных РП, является наличие большого количества сопутствующих заболеваний на фоне отягощенного анамнеза и вредных привычек, алиментарное истощение и паранеопластические синдромы. Эти факторы определяют структуру осложнений и летальности. Ведущее место в структуре послеоперационных осложнений занимают терапевтические: сердечнососудистые и легочные, на них приходится более 80 % всех осложнений.

Несмотря на сложность оперативных вмешательств и высокий процент осложнений, хирургический метод остается ведущим в комбинированном лечении больных РП.