

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 606-006.04

Б. А. Оразбаев, А. М. Буkenов, К. Ж. Мусулманбеков, Е. С. Шауенов

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА «ЦЕЛЬНЫМ» ЖЕЛУДКОМ ПРИ РАКЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда, Казахстан)

В статье представлены результаты хирургического лечения пациентов при раке среднегрудного и нижнегрудного отделов пищевода, находившихся на стационарном лечении в торакальном отделении Карагандинского онкологического диспансера. Изучены непосредственные результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода 214 больных за период с 2007 по 2016 гг. Проведен анализ полученных данных.

Авторы статьи приходят к выводам о том, что основной причиной послеоперационной летальности при резекции грудного отдела пищевода является недостаточность пищеводного соустья – $20,00 \pm 6,76\%$ среди всех осложненных. Пластика пищевода при субтотальной резекции пищевода «цельным» желудком является наиболее оптимальным вариантом, при котором не наблюдается недостаточности пищеводного соустья, а послеоперационная летальность достоверно не превышает $4,87 \pm 3,36\%$.

Ключевые слова: рак пищевода, среднегрудной отдел, нижнегрудной отдел, лимфодиссекция, операция Гарлока, Льюиса

Терапия рака грудного отдела пищевода имеет многолетнюю историю, однако до сих пор этот вопрос вызывает много дискуссий. Рак пищевода относится к опухолям, резистентным к лучевой терапии, так, по данным [4] лучевая терапия улучшает только непосредственные результаты. Отдаленные результаты при этом малоутешительны: медиана выживаемости не превышает 9 месяцев, 2-летняя выживаемость – всего 10%, 5-летняя – не более 5% [2]. Поэтому для рака грудного отдела пищевода радикальным и основным методом лечения является хирургический [3, 5]. В то же время [6] замечено, что прогноз при раке пищевода остается неудовлетворительным, 10% больных после хирургического лечения доживают до 5 лет.

Многолетний опыт хирургического лечения клиники торакальной онкологии РОНЦ РАМН РФ [1] показал, что наиболее частыми осложнениями при операции типа Льюиса являются пневмония (35,2%), медиастинит (9,2%) и некроз трансплантата (3,3%). В связи с чем было решено изучить частоту возникновения недостаточности пищеводного соустья и некроз трансплантата при высокой резекции пищевода.

Цель работы – анализ частоты недостаточности швов в зависимости от способа пластики пищевода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены непосредственные результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода 214 больных за период 2007 по 2016 гг. из них у 108 ($50,46 \pm 4,8\%$) пациентов был диагностирован рак нижнегрудного отдела пищевода, у 91 ($42,52 \pm 5,18\%$) – среднегрудной отдел и у 15

($7,02 \pm 6,81\%$) – рак верхнегрудного отдела пищевода. По полу больные разделились следующим образом: 139 ($64,95 \pm 4,04\%$) мужчин и 75 ($35,05 \pm 5,51\%$) женщин. Возраст больных колебался от 28 до 78 лет, преобладали пациенты в возрасте 61-70 лет – 120 ($56,07 \pm 4,53\%$) и 51-60 лет – 51 ($23,83 \pm 5,96\%$), больные в возрасте до 40 лет и старше составили соответственно $15,43 \pm 6,28\%$ и $4,67 \pm 1,44\%$. Пациенты старше 60 лет имели сопутствующую патологию в 84 ($39 \pm 5,32\%$) случаях, в основном превалировала сердечно-легочная патология. По стадии заболевания (табл. 1) преобладали пациенты со IIa стадией – $34,93 \pm 13,69\%$, пациенты со стадиями Ib и IIIa составили $21,68 \pm 10,23\%$, и $22,89 \pm 10,63\%$ соответственно ($p < 0,05$).

Метастазы в регионарные лимфоузлы выявлены в 153 ($72,21 \pm 3,62\%$) случаях, из них в параэзофагельные – 48 ($31,37 \pm 3,75\%$) случаев, в паракардиальные – 46 ($30,06 \pm 6,76\%$) случаев и по ходу левой желудочной артерии – 59 ($38,56 \pm 6,32\%$) случаев.

Учитывая степень распространенности опухолевого процесса, проведено «чисто» хирургическое лечение у 166 ($77,57 \pm 3,23$) пациентов, комбинированное (неoadьювантная лучевая терапия+операция) – 48 ($22,42 \pm 6,01\%$) больным.

При локализации рака в нижнегрудном отделе пищевода выполнялась левосторонняя торакотомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода с резекцией проксимального отдела желудка с наложением пищеводно-желудочного анастомоза под дугой аорты, то есть операцию Гарлока. При локализации рака на границе ниже- и среднегрудного отделов пи-

Таблица 1 – Стадийность рака грудного отдела пищевода

Стадии заболевания по TNM	Абс.	%	±m
Ia, T1N0M0	4	1,87	0,92
Ib, T2N0M0	39	18,22	2,63
IIa, T3N0M0	117	54,67	3,40
IIb, T1-2N1 M0	5	2,34	1,03
IIIa, T4aN0M0, T3N1M0, T1-2N2M0	40	18,69	2,66
IIIb, T3N2M0	9	4,21	1,37

Таблица 2 – Послеоперационные осложнения при раке средне- и нижнегрудного отделов пищевода

Объем операции	Всего операций		Всего осложнений		Послеоперационные осложнения								Летальность	
					НША		некроз		легочные		кровотечения			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гарлок	44	20,56±6,09	17	38,64±7,41	3	17,65±9,03	-	-	14	82,35±7,02	-	-	5	11,36±4,78
Льюиса	170	79,44±3,1	18	10,59±2,3	4	22,22±7,85	2	11,11±0,82	10	55,56±1,8	2	11,11±1,0	9	5,29±1,71
Всего	214	100	35	16,36±2,55	7	20,00±6,76	2	5,71±0,65	24	11,21±2,15	2	0,93±0,65	14	6,54±1,69

Таблица 3 – Частота недостаточности пищевода в зависимости от способа пластики пищевода операции Льюиса

Период	Всего операций		Всего осложнений		Послеоперационные осложнения								Летальность	
					НПС*		некроз		сердечно-легочные		кровотечения			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2007-2011	72	63,71±3,84	12	16,67±4,39	4	5,55±2,69	1	1,38±1,37	6	8,38±3,25	1	1,38±1,37	7	9,72±3,49
2012-2016	98	36,28±4,52	6	6,12±3,63	-	-	1	2,43±2,40	4	9,75±4,63	1	2,43±2,40	2	4,87±3,36
Всего	170	100	18	10,58±2,35	4	2,35±1,16	2	1,17±0,82	10	5,88±1,8	2	1,17±0,82	9	5,29±1,71

*- недостаточность пищевода

щевода, ретрокардиального, аортального и бронхиального сегментов пищевода выполняли операцию Льюиса с 2-зональной лимфодиссекцией. Послеоперационная летальность составила $6,54 \pm 1,69\%$ (14 на 214 операции). Среди послеоперационных осложнений (табл. 2) преобладали преимущественно легочные пневмонии – в 24 ($11,21 \pm 2,15\%$) случаев, недостаточность швов пищеводного соустья – 7 случаев ($3,27 \pm 1,21\%$), кровотечение и некроз трансплантата отмечены с одинаковой частотой – по 2 случая ($0,93 \pm 0,65\%$).

Основной причиной смерти в послеоперационный период явилась недостаточность пищеводного соустья, которая зарегистрирована в 7 ($20 \pm 6,76\%$) случаях из 35 осложнениях, некроз трансплантата – в 2 случаях ($5,71 \pm 3,81\%$). Внутривнутрибрюшное кровотечение (из правой желудочно-сальниковой артерии, прорезывание лигатуры) явилось причиной смерти в 1 ($2,86\%$) случае после операции Льюиса. В 4 ($11,42\% \pm 5,37$) случаях причиной смерти явилась сердечно-легочная недостаточность (4 из 35 случаев осложнений).

Анализ летальности в зависимости от объема операции показал, что смертность после операции Гарлока выше, чем после субтотальной резекции пищевода по Льюису, составляя $11,36 \pm 4,78$ и $5,29 \pm 1,71\%$ соответственно, что статистически достоверно ($p < 0,05$). Ведущей причиной смерти, независимо от объема операции при раке грудного отдела пищевода оказалась недостаточность пищеводного соустья, которая в группе больных после операции Гарлока и после резекции по Льюису составила соответственно $17,65 \pm 9,03\%$ (3 случая среди 18 осложнений) и $22,22 \pm 7,85\%$ (4 случая среди 18 осложнений), разница статистически не достоверна ($p > 0,05$). Некроз трансплантата был отмечен только при высокой резекции пищевода после операции Льюиса $11,11 \pm 7,85$ (2 случая среди 18 осложнений).

Таким образом, при субтотальной резекции пищевода по Льюису достоверно чаще среди послеоперационных осложнений регистрировалась недостаточность пищеводного соустья и некроз трансплантата, которые явились основной причиной послеоперационной летальности.

В связи с этим было принято решение усовершенствовать технику пластики пищевода, прототипом послужила традиционная методика – субтотальная резекция по Льюису.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При традиционной операции по Льюису

(1946 г.) осуществляется проксимальная резекция желудка и выкраивается трубка из большой кривизны желудка. При субтотальной резекции пищевода с наложением анастомоза над дугой аорты возникает натяжение анастомозируемых тканей пищевода и желудка, нередко прорезывание швов, нарушение кровоснабжения и некроз трансплантата. В этой связи, исходя из собственного опыта резекции пищевода, пластика пищевода осуществляется «цельным» желудком, резецируя (предпатент «Способ пластики пищевода при раке «цельным» желудком при резекции грудного отдела пищевода» №2017/0345.1 от 24.04.2017 г. авторы: А. М. Букенов, К. Ж. Мусулманбеков, Е. С. Шауенов, Б. А. Оразбаев) только кардиальный отдел желудка сразу ниже кардиального жома, отступя 5 см в фундальной части от последней перевязанной короткой желудочной артерии. Это даст возможность вытянуть трансплантат в правой плевральной полости до места вхождения пищевода в плевральную полость и беспрепятственно, технически доступно, наложить пищеводное соустье.

С 2007 по 2011 гг. выполняли пластику пищевода при операции Льюиса традиционным способом, а с 2012 г. по настоящее время – усовершенствованным методом (табл. 3). В первый период (2007-2011 гг.) при традиционной методике пластики пищевода частота недостаточности пищеводного соустья составила $5,55 \pm 2,69\%$ (4 случая), среди всех осложнений – $30,76 \pm 5,43\%$ (4 из 13 осложнений), частота некроза трансплантата была $1,38 \pm 1,37\%$ (1 случай), среди всех осложнений – $7,69 \pm 3,13\%$. Во втором этапе после того, как стали выполнять пластику пищевода по собственной методике, то есть «цельным» желудком, случаев недостаточности пищеводного соустья не было зарегистрировано. Некроз трансплантата отмечен в одном случае ($2,43 \pm 2,40$), так же как при традиционной методике, частота возникновения некроза трансплантата статистически не достоверна ($p > 0,05$).

Частота недостаточности пищеводного соустья в период 2007-2011 гг. была высокой и среди всех причин летальности составила $33,33 \pm 14,21\%$ (4 случая из 12 осложнений). Послеоперационная летальность от недостаточности пищеводного соустья при методике пластики пищевода «цельным» желудком не зарегистрирована. Однако независимо от способа пластики пищевода наблюдался некроз трансплантата, что, скорее всего, было связано с индивидуальными особенностями кровоснабжения пищевода пациента.

ВЫВОДЫ

1. Основной причиной послеоперационной летальности при резекции грудного отдела пищевода является недостаточность пищеводного соустья – $20,00 \pm 6,76\%$ среди всех осложнений.

2. Пластика пищевода при субтотальной резекции пищевода «цельным» желудком является наиболее оптимальным вариантом, при котором не наблюдается недостаточности пищеводного соустья, а послеоперационная летальность достоверно не превышает $4,87 \pm 3,36\%$.

ЛИТЕРАТУРА

1 Давыдов М. И. Рак пищевода /М. И. Давыдов, И.С. Стилиди.– М., 2007.– С. 198-209.

2 Оразбаев Б. А. Идеология лечения рака пищевода /Б. А. Оразбаев, К. Ж. Мусулманбеков, А. М. Буkenov //Медицина и экология. – 2018. – №2 (87). – С. 30-39.

3 Черноусов А. Ф. Радикальное хирургическое лечение рака грудного отдела пищевода /А. Ф. Черноусов, Д. В. Ручкин //50 лекций по хирургии /Под ред. В. С. Савельева. – М.: «Медиа Медикс», 2003. – С. 159-166.

4 Al-Sarraf M. Progress report of combined chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in patients with esophageal cancer: an intergroup study /M. Al-Sarraf, K. Martz, A. Herskovic //J. Clin Oncol. – 1997. –V. 15 – P. 227-288.

5 Luketich J. D. Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000

patients /J. D. Luketich, A. Pennathur, O. Awais //Ann. Surg.– 2012.–V. 256 (1).–P. 95-103.

6 Müller J. M. Surgical therapy of oesophageal carcinoma 4 /J. M. Müller, H. Erasmi, M. Stelzner et al. //Br. J. Surg. – 1990. – V. 77. – P. 845-857.

REFERENCES

1 Davydov M. I. Rak pishhevoda /M. I. Davydov, I.S. Stilidi. – M., 2007. – S. 198-209.

2 Orazbaev B. A. Ideologija lechenija raka pishhevoda /B. A. Orazbaev, K. Zh. Musulmanbekov, A. M. Bukenov //Medicina i jekologija. – 2018. – №2 (87). – S. 30-39.

3 Chernousov A. F. Radikal'noe hirurghicheskoe lechenie raka grudnogo otdela pishhevoda /A. F. Chernousov, D. V. Ruchkin //50 lekcij po hirurgii /Pod red. V. S. Savel'eva. – M.: «Media Mediks», 2003. – S. 159-166.

4 Al-Sarraf M. Progress report of combined chemoradiotherapy versus radiotherapy alone in patients with esophageal cancer: an intergroup study /M. Al-Sarraf, K. Martz, A. Herskovic //J. Clin Oncol.– 1997.–V. 15– P. 227-288.

5 Luketich J. D. Outcomes after minimally invasive esophagectomy: review of over 1000 patients /J. D. Luketich, A. Pennathur, O. Awais //Ann. Surg.– 2012.–V.256 (1).–P. 95-103.

6 Müller J. M. Surgical therapy of oesophageal carcinoma 4 /J. M. Müller, H. Erasmi, M. Stelzner et al. //Br. J. Surg. – 1990. – V. 77. – P. 845-857.

Поступила 26.10.2018 г.

B. A. Orazbayev, A. M. Bukenov, K. Zh. Musulmanbekov, E. S. Shauyenov
ESOPHAGOPLASTY WITH A «WHOLE» STOMACH AT THE CANCER OF THORACIC ESOPHAGUS
Department of oncology of Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)

The article presents the results of surgical treatment of patients with cancer of the mid-thoracic and lower thoracic esophagus, who were hospitalized in the thoracic department of the Karaganda oncologic center. The immediate results of surgical treatment of thoracic esophageal cancer of 214 patients from 2007 to 2016 were studied. The analysis of the obtained data was conducted.

The authors of the article come to the conclusion that the main cause of postoperative mortality during resection of the thoracic esophagus is the insufficiency of the esophageal fistula – $20.00 \pm 6.76\%$ among all complications. Plastics of the esophagus during subtotal resection of the esophagus with a «whole» stomach is the most optimal variant, in which there is no insufficiency of the esophageal fistula, and postoperative mortality does not significantly exceed $4.87 \pm 3.36\%$.

Key words: esophageal cancer, mid-thoracic, lower thoracic, lymphadenectomy, Garlock, Lewis operation

Б. А. Оразбаев, А. М. Бөкенов, Қ. Ж. Мұсылманбеков, Е. С. Шауенов
ӨҢЕШТІҢ КЕУДЕ БӨЛІГІ ІСІГІ КЕЗІНДЕ «БҮТІН» АСҚАЗАН ПЛАСТИКАСЫ
Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің онкология кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан)

Мақалада Қарағанды онкологиялық диспансерінің торакалды бөлімшесінде стационарлық емдеудегі өңештің ортша кеуде бөлігі мен төменгі кеуде бөлігі ісігімен ациенттерді хирургиялық емдеудің нәтижелері келтірілген. 2007 - 2016 жж. кезінде 214 науқастың өңешінің кеуде бөлігі ісігін хирургиялық емдеудің нәтижелері зерттелген. Алынған мәліметтерге талдау жасалған.

Мақала авторлары өңештің кеуде бөлігі резекциясы кезінде операциядан кейін қайтыс болудың басты себебі өңеш тармағы жеткіліксіздігі – $20,00 \pm 6$ болып табылады деген қорытынды жасаған, ол барлық асқынулардың арасында 76% құрайды. «Бүтін» асқазанмен өңешке субтоталды резекция кезінде өңеш пластикасы оңтайлы нұсқа болып табылады. Онда өңеш тармағы жеткіліксіздігі байқалмайды, ал операциядан кейін қайтыс болу дәйекті түрде $4,87 \pm 3,36\%$ деңгейінен аспайды.

Кілт сөздер: өңеш ісігі, ортша кеуде бөлігі, төменгі кеуде бөлігі, лимфодиссекция, Гарлок, Льюис операциясы