

5. Ефименко Н.А., Курицын А.Н., Пинчук О.В., Таттарин С.Н.// *Эндоскопическая хирургия.* - 2001.- №4. - С. 17-20.
 6. Ильин П.В.// *Сочетанная нейротравма: Сб. науч. тр.* - Горький, 1986. - С. 35-45.
 7. Коган М.И., Ситников В.Н., Дегтяров О.Л. и др.// *Эндоскопическая хирургия.* - 1998.- №2.- С. 60-61.
 8. Перельман М.И.// *Тез. научной конференции.* — Москва-Омск, 1995. - С. 5-12.
 9. Петровский Б.В. *Хирургическое лечение ранений сосудов.* - М.: Изд-во АМН СССР, 1949.
 10. Розанов В.Е., Романовский В.Г., Чупрынин В.Д., Кильдяшов А.В.// *Хирургия повреждений мирного и военного времени: Мат. симпозиума.* — М.: МЗ РФ, ГВМУ МО РФ, Всерос. центр медицины катастроф «Защита» МЗ РФ, ГИУВ МО РФ, 2001.- С. 32-33.
 - И.Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д.// *Вести, хирургии.* - 2001. - №5.- С. 81-88.
 12. Bode P.J., Edwards M.J.R., Kruit M.C., van Vugt A.B. // *Am. Roentg.* - 1999. - Vol. 172, No. 4. - P. 905-911.
 13. Henneman P.L., Marx J.A., Moore E.E. et al.// *J. Trauma.* - 1990. - Vol. 30. - P. 1345.
 14. Uranus S., Fingerhut A., Kronberger L. et al.// *Ada Chir. Austriaca.* - 1999. - Bd. 31, № 2. - S. 75-79.
 15. Wong M.S., Tsai E.K.M., Henderson V.Y. et al.// *Surgical Endoscopy.* - 1996. - Vol. 10, No. 2. - P. 118.
- USAGE OF ENDOVIDEOSURGICAL INTERVENTIONS UNDER GUNSHOT WOUNDS
A. N. Kuritsin, O. V. Plinchuk, A. K. Khaburzanian
State Institute of Advanced Training of Doctors ME RF
Summary — This research seeks to generalize the experience of endovideosurgery under the conditions of military operations in Chechen Republic, As stated, endoscopic operations are of high-performance for diagnostics and treatment of gunshot wounds of chest, abdomen and lower extremities. It is recommended to use them early in the medical evacuation owing to their ability to reduce a number of complications and period of rehabilitation of victims,
Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 66-69.

УДК 616.329-006.6+616.333-006.6]-089

А.А. Полежаев, О.А. Семенов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский краевой онкологический диспансер
(г. Владивосток)

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение.

В настоящее время наиболее эффективным способом лечения рака пищевода и кардиальной части желудка остается хирургический. Дальнейшее совершенствование методик и техники оперативных вмешательств является одним из основных путей увеличения продолжительности и улучшения качества жизни больных.

Современную идеологию развития хирургии рака пищевода и кардиальной части желудка определяет, с одной стороны, увеличение радикализма вмешательств за счет выполнения широких комбинированных резекций и лимфаденэктомии, с другой — стремление к удовлетворительным функциональным результатам посредством разработки более физиологичных методик эзофагопластики [1-7]. В последнее десятилетие общепризнана тенденция к выполнению одномоментных операций с эзофагопластикой трансплантатом из желудка. Однако до сих пор предметом дискуссий остаются объем необходимой резекции пищевода и лимфаденэктомии, доступ и путь проведения трансплантата [1-6].

В торакальном отделении Приморского краевого онкологического диспансера с 1984 г. выполнено 111 радикальных операций по поводу рака пищевода и кардиоэзофагеального рака. Средний возраст больных составил 59 лет, преобладали мужчины (78%). Рак I стадии был диагностирован в 4, II стадии — в 16, III стадии — в 16 случаях. Кардиоэзофагеальный рак был у 38, рак нижней трети пищевода — у 41, передней трети пищевода — у 32 больных.

Экстирпация пищевода по Добромислову-Тореку была выполнена у 22 пациентов с раком средней трети пищевода. Данные операции производились преимущественно на первом этапе освоения хирургии пищевода в 1984-1990 гг. Умерли после этой операции 4 больных. Причиной смерти в 1 случае был медиастинит с эмпиемой плевры, в 2 — тромбоэмболия легочной артерии, в 1 — печеночная и в 1 — легочно-сердечная недостаточность.

Отсроченная эзофагопластика осуществлена у 13 человек: у 6 — тонкой и у 6 — толстой кишкой, у 1 — антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка. В 3 наблюдениях в связи с недостаточной длиной трансплантата потребовались повторные пластические вмешательства: кожная пластика по С.С. Юдину (2) и повторная мобилизация тонкой кишки (1). После реконструктивных операций от острой сердечно-сосудистой недостаточности умер 1 пациент. В 4 случаях эзофагопластика не производилась из-за прогрессирования опухолевого процесса.

Отсроченная эзофагопластика выполнялась через 2-6 месяцев после экстирпации пищевода. С целью тренировки сосудистой сети трансплантата на этапе операции Добромислова-Торека использовалась методика предварительной перевязки 2-й и 3-й радиальных артерий брыжейки тонкой кишки или средней

ободочной артерии. Данный прием позволял получить хорошо кровоснабжаемый трансплантат достаточной длины [7].

Разделение вмешательства на несколько этапов легче переносится больными, поэтому обосновано у пациентов с высоким операционным риском. Однако ни врачей, ни больных не удовлетворяют удлинение сроков лечения и низкое качество жизни при незавершенной эзофагопластике. Как известно, около трети пациентов, перенесших резекцию пищевода по поводу рака, погибают в течение первого года после операции. Поэтому первостепенной задачей лечения должны быть устранение дисфагии и восстановление естественного способа питания. Эти обстоятельства диктуют необходимость расширения показаний к одномоментным операциям.

Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочным стеблем и формированием пищевода анастомоза на шее была выполнена в 30 случаях. У 24 больных при раке нижней и средней трети грудного отдела пищевода операция была произведена из наименее травматичного абдомино-цервикального доступа (без торакотомии). У 6 пациентов с локализацией опухоли в средней трети пищевода и значительной ее протяженностью (более 10 см) с признаками инвазии в соседние органы операцию дополняли правосторонней торакотомией в пятом межреберье.

После 30 одномоментных операций с формированием анастомоза на шее умерли 6 человек: 2 из 6 - после операций из торакального доступа и 4 из 24 - после вмешательств с абдомино-цервикальным доступом. Причиной смерти в 2 случаях явился медиастинит вследствие несостоятельности анастомоза и швов желудочного стебля, в одном - тромбоэмболия легочной артерии, еще в одном - пневмония и в 2 случаях - легочно-сердечная недостаточность. Несостоятельность шейного пищевода анастомоза развилась у 4 больных, из которых 3 выздоровели, т.е. это осложнение не являлось фатальным в отличие от недостаточности внутриплеврального анастомоза.

Для уменьшения травматичности экстирпации пищевода из абдомино-цервикального доступа у 22 пациентов использовали технический прием, предложенный W. Denk в 1913 г., подобный удалению подкожных вен по методу Беккока [3]. После мобилизации опухоли под визуальным контролем пищевод пересекался в шейном отделе, фиксировался к зонду-экстрактору, выворачивался наизнанку и вытягивался из средостения в брюшную полость. Применение «инструментальной эзофагэктомии» при помощи зонда-экстрактора позволяло избежать травматичных манипуляций в средостении на уровне бифуркации трахеи, уменьшало риск повреждения непарной вены, мембранозной части трахеи и бронхов. При этом соблюдались принципы онкологического радикализма: опухоль и регионарные лимфатические узлы удалялись

под визуальным контролем, а на зонде удалялся по сути неизмененный пищевод.

Удаленный пищевод всегда старались заместить изо-перистальтическим трансплантатом из желудка, и только в тех случаях, когда вследствие ранее перенесенных операций, недостаточного кровоснабжения или значительного опухолевого поражения использовать этот орган было невозможно, 3 больным была сделана одномоментная пластика толстой и 2 - тонкой кишкой.

Использовали различные пути проведения трансплантата на шею: в ложе удаленного пищевода (22), за грудной (2) и подкожно (6). Предпочтение было отдано заднему медиастинальному расположению как наиболее короткому и физиологичному. Подкожный путь проведения трансплантата использовался при сомнениях в его жизнеспособности из-за особенностей ангиоархитектоники и у ослабленных больных. Кроме того, причиной отказа от проведения трансплантата в ложе удаленного пищевода был высокий риск локального рецидива заболевания в средостении при местно-распространенном процессе. Расположение пищевода в заднем средостении в этой ситуации не только ведет к выраженной дисфагии, но и препятствует проведению послеоперационной лучевой терапии [2].

Восстановление питания через рот достигалось формированием внеполостного пищевода-желудочного анастомоза на шее. На начальных этапах работы использовался вариант прямого анастомоза по типу «конец в конец». В настоящее время при достаточной длине трансплантата предпочтительно формирование U-образного анастомоза по типу «конец в бок» [2]. Его преимуществом является сохранение с первых суток после операции питания через шейную гастростому, которая одновременно служит и для декомпрессии зоны анастомоза. Кроме того, после ушивания гастростомы в последующем формируется газовый пузырь в верхушке желудочной трубки, препятствующий рефлюксу в пищевод желудочного содержимого.

При недостаточной длине трансплантата формировался косой анастомоз «конец в конец». В этих случаях для обеспечения адекватного энтерального питания в ранние сроки после операции и создания оптимальных условий заживления анастомоза с 1992 г. стали использовать подвешную еюностому по Витцелю. В первые сутки послеоперационного периода она обеспечивает декомпрессию, а с восстановлением перистальтики используется для энтерального питания. Исключение перорального приема пищи в течение 2 недель снижает до минимума риск развития несостоятельности анастомоза. Неоценимо значение еюностомы при лечении развившейся несостоятельности анастомоза.

При гастроэзофагеальном раке, а также в тех наблюдениях, когда отсутствует достаточная коммуникация между правыми и левыми желудочно-сальниковыми артериями, не удается получить трансплантат, достаточный для формирования анастомоза на шее. В подобных случаях у 32 человек была выполнена резекция пищевода с одномоментным формированием

внутригрудного анастомоза. В 18 случаях с поражением абдоминального, внутридиафрагмального и наддиафрагмального сегментов пищевода сделана операция по Гарлоку с наложением анастомоза на уровне от нижней легочной вены до дуги аорты из левостороннего торакоабдоминального доступа. У 14 пациентов с поражением ретрокардиального и бронхиального сегментов произведена операция по Льюису с созданием анастомоза на уровне от непарной вены до купола плевры из правостороннего торакального доступа. Данные операции были наиболее травматичными и сопровождались значительным числом осложнений; из 32 больных умерли 9. Причиной смерти в 4 случаях явилась эмпиема плевры вследствие несостоятельности швов анастомоза, в 1 - кровотечение из острой язвы желудка, в 1 - пневмония, в 1 - тромбоз эмболии легочной артерии и в 2 случаях - легочно-сердечная недостаточность.

При гастроэзофагеальном раке со значительным поражением желудка у 27 пациентов была выполнена гастрэктомия с резекцией пищевода из комбинированного левостороннего лапароторакотомного доступа. Умерли 7 человек. Причиной смерти у 2 больных послужила эмпиема плевры вследствие несостоятельности швов анастомоза, у 1 - панкреонекроз, у 1 - подпеченочный абсцесс, у 1 - инфаркт миокарда, у 1 - пневмония и у 1 - легочно-сердечная недостаточность.

За последние 5 лет в клинике по сравнению с предыдущими годами отмечено значительное снижение летальности после всех видов хирургического вмешательства при раке пищевода (в 2 раза). После последних 32 одномоментных операций умерли лишь 4 больных. Это связано с улучшением реанимационно-анестезиологического обеспечения, совершенствованием техники операций и повышением профессионализма сотрудников. Применение пищеводно-кишечного анастомоза по Сигалу-Бондарю и пищеводно-желудочного анастомоза по оригинальной методике ОНЦ РАМН [1] позволило значительно снизить частоту возникновения несостоятельности внутриплевральных анастомозов (1 случай на 16 операций). При формировании анастомозов на шее использовался прецизионный однорядный шов. Все виды радикальных оперативных вмешательств при раке пищевода и кардии обязательно включали в себя двухзональную расширенную лимфодиссекцию брюшной полости и средостения.

В отдаленном послеоперационном периоде у 12% больных развились рубцовые стриктуры анастомозов. Все пациенты были излечены при помощи эндоскопической электрокоагуляции зоны сужений с последующим бужированием. Необходимости в повторных операциях не возникло.

Больным раком пищевода III стадии и с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов проводилась послеоперационная лучевая и химиотерапия. Отдаленные результаты лечения в настоящее время анализируются.

Основываясь на данных литературы и собственном опыте, представляется целесообразным следующий подход к выбору оперативного вмешательства при раке нижней и средней трети пищевода и кардиоэзофагеальном раке с переходом на грудной отдел пищевода:

1. При раке нижней и средней третей грудного отдела пищевода без выхода опухоли за пределы стенки органа, а также при кардиоэзофагеальном раке предпочтительнее произвести экстирпацию пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочным стеблем из абдомио-цервикального доступа и формированием анастомоза на шее. Данная операция является наименее травматичной и сопровождается меньшей летальностью по сравнению с внутриплевральными вмешательствами.
2. При раке нижней и средней третей грудного отдела пищевода со значительной протяженностью опухоли и признаками ее инвазии в соседние органы возникают показания к торакотомии с формированием шейного анастомоза, а при недостаточной длине трансплантата - внутриплеврального анастомоза.
3. Операция Добромислова-Торека сохраняет свое значение при раке ниже- и среднегрудного отделов пищевода как операция резерва и при противопоказаниях к выполнению одномоментных вмешательств.

Литература

1. Давыдов М.И.// *Вопр. онкол.* - 2002. - №4-5. - С. 468-479.
2. Лукомский Г.И., Шулуток А.М., Мусеев А.Ю.// *Хирургия.* - 2001. - №6. - С.22-23.
3. Мамонтов А.С., Верецагин В.Г., Решетов И.В.// *Рос. онкол. журнал.* - 1998. - № 3. - С. 30-33.
4. Тазиев Р.М., Сигал Е.И., Чернышев В.А.// *Рос. онкол. журнал.* - 2002. - № 1.- С. 9-13.
5. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. *Хирургия пищевода: Руководство для врачей.* - М.: Медицина, 2000.
6. Чиссов В.И.// *Вопр. онкологии.* - 2002. - № 4-5. - С. 463-467.
7. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. *Хирургия пищеварительного тракта.* - Киев, 1987.

SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL CARCINOMA AND PARS CARDIACA VENTRICULI CANCER

A.A. Polezhaev, O.A. Semyonov

Vladivostok State Medical University, Primorsky Regional Oncological Health Center (Vladivostok)

Summary - The authors shows an experience of radical surgical treatment of 111 patients with cancer of esophagus and pars cardiaca ventriculi. Their opinion is expounded in the context of indications for the choice of access, volume and kind of surgical operations; multiple and single-stage ones, with forming of intrapleural or out-of-cavity esophageal anastomosis. Scientists have estimated the immediate results. The complications and perspectives of fight with them have been characterized, too. In the course of the work aforementioned physicians show diverse ways of transplant's conducting upon the neck and some variants of esophageal anastomosis with their comparative appraisal.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 69-71.