

ВОРОБЬЕВ Алексей Иванович

**ОПЕРАЦИЯ ЛЬЮИСА В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ПИЩЕВОДА**

14.00.27 – хирургия

14.00.14 - онкология

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Астрахань – 2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Научный руководитель: доктор медицинских наук,
профессор **Мустафин Дамер Гибатович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор **Кутуков Владимир Евгеньевич;**
доктор медицинских наук,

Иванов Вячеслав Михайлович

Ведущая организация: **ГОУ ВПО Волгоградский
Государственный медицинский университет**

Защита состоится «_____» _____ 2007 г. в _____ часов на заседании диссертационного Совета К.208.005.01 при Астраханской государственной медицинской академии (414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Астраханской государственной медицинской академии

Автореферат разослан «_____» _____ 2007г.

Ученый секретарь
диссертационного совета, кандидат
медицинских наук, доцент

Л.В.Заклякова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Лечение рака пищевода представляет собой сложную проблему хирургии и онкологии, остающуюся особенно актуальной для регионов Волго-Каспийского бассейна России (Астраханская область, Калмыкия) и Казахстана (Атырауская область), где заболеваемость достигает 17,3 на 100000 населения (К.Ж.Мусулманбетов, 1991; Я.Г.Райхман, 1994; В.И.Чиссов и В.В.Старинский, 2003; Р.В.Хайрудинов, 2006).

При раке грудного отдела пищевода методом выбора является резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочным трансплантатом (А.И.Пирогов, 1988; А.Ф. Черноусов с соавт., 1990; В.И.Чиссов, 1993; Б.И.Мирошников с соавт., 1997; М.И.Давыдов, 1988, 2006; А.С.Мамонтов с соавт., 2003; В.Л.Ганул, 2003; В.М.Субботин, 2003; Р.В.Хайрудинов, 2005; А.А. Чернявский, 2005; Н.Акијама, 1984; М.Оrringer, 1983; P.Lozaс'h, 1997; T.Huttle с соавт., 2002 и др.). При этом наибольшее распространение получил двухдоступный вариант операции с перемещением желудка в правую плевральную полость, в большинстве клиник носящий название операции Льюиса. С развитием хирургии пищевода, анестезиологии и онкологии центральные аспекты изучения этого вмешательства переместились от послеоперационных осложнений к реабилитационным проблемам, целый ряд которых требует дополнительного изучения. Не решен вопрос о влиянии формы и размеров трансплантата на безопасность ближайшего послеоперационного периода и качество жизни в отдаленные сроки. Не существует единого представления о закономерностях развития моторно-эвакуаторных расстройств перемещенного желудка (А.А.Чернявский и С.А.Домрачев, 1993; А.С.Ермолов и Л.Г.Харитонов, 1995; Ю.А.Рубайлов, 1995; Д.К.Джачвадзе, 2001; В.М.Субботин, 2003; М.Уоng, 2000; Н.Stein, 2005; N.-Plaisent, с соавт., 2005). Остается противоречивым мнение о целесообразности разгрузки внутригрудного желудка с помощью пилоромиотомии (А.А.Курыгин, 1997; S.Law, 1997; А.Holscher, 1998, М.Lanuti, 2007). Кроме этого, до настоящего

времени у данной категории больных неоднозначно оценивается роль до- и послеоперационной лучевой и химиотерапии (В.И.Столяров, 1986; И.С.Стилиди с соавт., 2003; К.В.Павелец, 2005; Р.М.Тазиев, С.Д.Фокеев с соавт., 2006; Le Prise, 1994; S.Purkiss, 1994).

Таким образом, опыт, накопленный в этом сложном разделе хирургии и онкологии, определяет необходимость проведения научно обоснованной комплексной оценки хирургических, онкологических, функциональных и реабилитационных аспектов операции Льюиса в современной системе лечения больных раком пищевода.

Цель исследования:

Улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных раком пищевода путем совершенствования методологических и технических аспектов операции Льюиса.

Задачи исследования:

1. Определить показания и оценить онкологическую адекватность операции Льюиса при различных стадиях рака грудного отдела пищевода.
2. Дать характеристику наиболее значимых интра- и послеоперационных осложнений операции Льюиса и оценить тактические и технические возможности их профилактики.
3. Изучить динамику ранних моторно-эвакуаторных нарушений, развивающихся при операции Льюиса.
4. Оценить значимость различных проявлений «болезни оперированного пищевода» при операции Льюиса и изучить ее отдаленные функциональные результаты.
5. Провести оценку отдаленных результатов применяемых методик при хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода с изучением выживаемости и качества жизни.

Научная новизна

- Впервые хирургические, онкологические и функциональные аспекты операция Льюиса в системе лечения больных раком пищевода рассматриваются как единое целое, начиная с обоснования методики и заканчивая отдаленными функциональными результатами.
- Дано научное обоснование усовершенствования технических приемов резекции пищевода с одномоментной гастропластикой, направленное на предупреждение функциональных моторно-эвакуаторных нарушений и болезней искусственного пищевода.
- Показаны преимущества применения в качестве гастротрансплантата «тубулизованный» желудка в сочетании с пилоромиотомией.

Практическая ценность работы

Обоснованный выбор показаний к операции Льюиса у больных раком грудного отдела пищевода и выполнение её на базе универсальных принципов хирургической онкологии с использованием ряда усовершенствованных технических приемов позволяют снизить частоту несостоятельности пищеводно-желудочных анастомозов с 8 до 3,2%, послеоперационную летальность с 12,9 до 6,3%, увеличить пятилетнюю выживаемость на 18,1% и обеспечить хорошее качество жизни у 86% больных.

Основные положения, выносимые на защиту:

- Применение методики операции Lewis при раке грудного отдела пищевода позволяет выполнить двухзональную лимфодиссекцию с формированием надежного пищеводно-желудочного анастомоза и обеспечивает хорошие непосредственные и отдаленные функциональные результаты.
- Внутригрудная эзофагопластика «тубулизованным» желудком, дополненная частичной пилоромио-

томией, имеет преимущества в плане предупреждения функциональных моторно-эвакуаторных нарушений.

- Во время формирования желудочного трансплантата при локализации опухоли в нижнегрудном отделе пищевода показано выполнение резекции кардии и субкардии с малой кривизной желудка.

Внедрение результатов работы в практику:

Результаты работы внедрены в хирургических торакальных отделениях Александро-Мариинской областной клинической больницы и областного онкологического диспансера г. Астрахани. Материалы работы используются при обучении студентов, клинических ординаторов, курсантов факультета последипломного образования АГМА.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на Российской научно-практической конференции «Торакальная онкология» (Краснодар, 2004), заседании областного научного общества хирургов (Астрахань, 2005), итоговой научной сессии Астраханской медакадемии (2005), на Всероссийской конференции хирургов (Астрахань, 2006), съезде хирургов ЮФО (Ростов-на-Дону, 2007г.), на межкафедральной конференции Астраханской медицинской академии (2007).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 16 научных работ.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 124 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 6 разделов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа содержит 24 таблицы, иллюстрирована 16 рисунками и копиями рентгенограмм, выписками из двух историй болезни. Список литературы включает 208 ис-

точников, из них 119 отечественных и 89 иностранных авторов.

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Астраханской медакадемии (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор В.М. Мирошников) на базе Александрo-Мариинской областной клинической больницы (главный врач – засл. врач РФ, к.м.н. Н.И. Кабачек) и областного онкологического диспансера (главный врач – заслуженный врач РФ Ю.В. Оганесян)

Связь с планом научных исследований

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Астраханской государственной медицинской академии в рамках отраслевой научно-исследовательской программы на 2001-2005 гг. «Хирургия». Госрегистрация № 01.9.50.001441.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. За период с 1989 по 2007 г.г. в клиниках факультетской хирургии и онкологии Астраханской медицинской академии по поводу рака средней и нижней трети пищевода было оперировано 192 пациента. Предпочтение было отдано операции типа Льюиса: она выполнена 125 больным. Операции Льюиса было подвергнуто 106 (74,4%) мужчин и 19 (15,6%) женщин в возрасте от 38 до 76 лет. Серьёзная сопутствующая патология выявлена нами у 92 больных. Ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией страдали 46 человек. Хронический гепатит и цирроз печени обнаружен у 6 пациентов, бронхит курильщика – у 24 больных, сахарный диабет – у 8.

Локализация была среднегрудной у 70 (56%) больных и нижнегрудной - у 40 (32%) больных. В 15 случаях (12%) опухоль с преимущественным поражением нижнегрудного отдела распространялась на среднегрудной отдел. Протяженность опухоли среднегрудной локализации составила 3,5-5 см (4,7±0,3 см), нижнегрудной - от 5 до 11 см (7,6±1,4 см). Уровень ин-

вазии опухоли, по нашим наблюдениям, находился в прямой зависимости от ее протяженности. Распределение больных по размеру и стадии опухоли представлено в таблицах 1, 2.

Таблица 1
Распределение больных по размерам опухоли и уровню инвазии

Протяженность	Число больных	Инвазия			
		T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
До 1 см	3	3	-	-	-
1-2 см	13	-	13	-	-
2,1-5 см	62	-	23	37	2
5,1 – 10 см	36	-	1	28	7
Более 10 см	11	-	-	1	10

Таблица 2
Распределение больных по стадиям опухоли

Стадия опухоли (TNM)		Число больных	%
I стадия	Всего	3	2,4
	T ₁ N ₀	3	
II стадия	Всего	37	29,6
	из них T ₁ N ₁	5	
	T ₂ N ₀	32	
III стадия	Всего	85	68
	из них T ₂ N ₁	8	
	T ₃ N ₀	18	
	T ₃ N ₁	40	
	T ₄ N ₁	19	15,2

Плоскоклеточный рак был выявлен у 110 (92%) больных, аденокарцинома - у 6, недифференцированный рак – у 2, карциносаркома – у 2 пациентов. Форма роста опухоли у 52 (41,6%) была полипозной, у 46 (36,8%) - язвенной, у 24 (19,2%) – инфильтративной. «Ранний» рак (с поражением только слизистой) выявлен у 3-х больных. Большую часть 85 (68%) больных составили пациенты с III стадией опухоли.

Частота поражения различных групп лимфоузлов в зависимости от локализации первичной опухоли, установленная в ходе операции, представлена в таблице 3. Нами использована классификация регионарных и отдаленных групп лимфоузлов, принятая японским обществом по изучению болезней пищевода (JSED, 1978).

Таблица 3
Поражение лимфоузлов при различной локализации опухоли

Группа узлов	Локализация опухоли	
	Среднегрудной отдел (n=70)	Нижнегрудной отдел (n=55)
Паракардиальные (N 1,2)	7	15
Малой кривизны (N 3)	5	7
Левой желудочной артерии (N 7)	3	5
Чревного ствола (N 9)	1	2
Ворот селезёнки (N10) и селезёночной артерии (N 11)	-	2
Бифуркационные (N 107)	10	6
Периэзофагеальные (N 105, 108, 110)	27	16
Паратрахеальные (N 106)	2	1
Заднего средостения (N 112)	9	4

Для оценки функции внешнего дыхания проведена спирография (Spiroanalyzer ST-35QR «Fukuda») до операции 63 больным и 24 больным - после операции. Степень компенсации выявленных изменений оценивали по С.Л. Лохвицкому (1974): достаточная компенсация с нормальными и незначительными отклонениями была отмечена у 81%, у остальных 19% оперированных нарушения легочной вентиляции были умеренными.

При местнораспространенных вариантах рака средне- и нижнегрудного отдела пищевода у 24 больных лечение было

комбинированным. В группе комбинированного лечения использовали интенсивно концентрированное облучение в суммарной очаговой дозе до 35 Гр аппаратом «Рокус» с проведением операции в интервале одной недели. Ещё 14 больным проведено лучевое лечение после перенесенной резекции пищевода.

Всем больным выполняли верхнесрединную лапаротомию с применением ретракторов Сигала. Желудок мобилизовали с сохранением правой желудочной и правой желудочно-сальниковой артерий с соблюдением известных правил и приемов формирования желудочных трансплантатов (Э.Н. Ванцян, 1969; А.Ф. Черноусов, 1990; М.И. Давыдов, 1998; P.Lozac'h, 1993). Особое внимание уделяли сохранению адекватного кровоснабжения дна желудка, стараясь максимально щадящее лигировать короткие желудочные артерии и не нарушить при этом целостность капсулы селезенки. 86 больным выполняли дозированную пилоромиотомию (типа Ramshtedt), 25 больным - пальцевое расширение привратника. После правосторонней диафрагмокуротомии и мобилизации наддиафрагмального отрезка пищевода осуществляли контроль гемостаза и ушивали лапаротомную рану. Затем в V межреберье справа выполняли боковую торакотомию с пересечением непарной вены, мобилизацией и резекцией пищевода. Для эзофагопластики в 33 случаях нами был использован целый желудок, от которого отсекали только часть кардии. В остальных 92 случаях применяли «тубулизацию» желудка: с помощью аппарата УО-60 формировали широкую желудочную трубку, удаляя кардию и субкардию с малой кривизной. На переднюю стенку желудочного трансплантата, отступя на 3 см от линии аппаратного шва, накладывали пищеводно-желудочный анастомоз. Последний формировали двухрядным узловым атравматическим швом, создавая из желудка «муфту» по типу операции Nissen. Желудок фиксировали к медиастинальной плевре и дренировали плевральную полость; вводили декомпрессионный назо-гастральный зонд. Абдоминальный и торакальный этапы операции сопровождалась удалением увеличенных лимфоузлов с их

гистологическим исследованием. Продолжительность операции составляла $4,6 \pm 1,2$ часа. С 3-х суток начинали зондовое питание, которое продолжалось до 7 суток. Клинико-функциональную оценку перенесенной операции проводили перед выпиской и продолжали в сроки от одного месяца до двух лет. Стационарно обследовано 48 пациентов, амбулаторно – 45 больных.

Моторно-эвакуаторная функция желудка изучалась на аппарате «Phillips Diadnost-56». 46 пациентам проведена фиброгастроскопия, в 12 случаях - с биопсией и гистологическим исследованием. Проводилось микробиологическое исследование желудочной слизи с определением *Helicobacter pylori* по методике Г.Г.Коротько и Л.А.Фаустова (2002). У 24 больных выполнили компьютерную внутрижелудочную рН-метрию с помощью аппарата «Гастроскан-3».

Расчет характеристик выживаемости осуществляли с помощью рекомендуемого для этих целей ВОЗ (WHO Handbook №48,1979) актуриального метода, адаптированного для применения в нашей стране и известного под названием динамического (Д.Т.Березкин, 1982; В.В.Дворин,1983,1985). При оценке отдаленных результатов изучены трех- и пятилетний период без рецидива и метастазирования, а также качество жизни у 78 больных через два года после операции Льюиса с использованием варианта 100-бального индекса Карновски, адаптированного А.Panella (1994) для оценки результатов лечения болезней пищевода.

Статистическая обработка результатов проводилась методом вариационной статистики с использованием программ «Microsoft Excel-7,0»; оценка достоверности статистических различий осуществлялась с помощью критериев Стьюдента и Фишера: различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Операцию Льюиса считали показанной больным с раковым поражением средней и нижней трети пищевода, возраст которых не превышал 75 лет. Принципиально важным при оценке функциональной операбельности считали определение степени компенсации вентиляционных нарушений. Следует отметить, что показатель среднего возраста пациентов, оперированных с 199 по 2007 гг., составил 59,6 лет, тогда как во время начального периода работы (1989 – 1998 гг.) он составлял 56,6 лет. Несколько увеличилась и доля пациентов пожилого возраста: она составила соответственно 9,5 против 4,8% (рис. 1). При среднегрудной локализации опухоли мы считали необходимой субтотальную резекцию пищевода, с верхней границей не ниже 7см от глоточно-пищеводного сфинктера. У 10 больных отделение пищевода от аорты и бифуркации трахеи осуществлялась острым путем, операцию при этом считали паллиативной. У 15 пациентов были выполнены частичная резекция плевры, перикарда, рубцово измененной парааортальной клетчатки. Всего выполнено 106 радикальных и 19 паллиативных резекций пищевода.

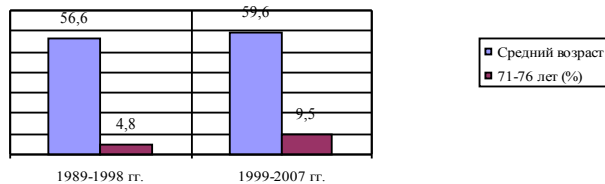


Рис. 1. Динамика возраста пациентов, оперированных в различные периоды работы

Во всех случаях уровень лимфодиссекции соответствовал 2F по Ide с соавт. (1988). Соотношение числа удаленных внутригрудных и абдоминальных лимфатических узлов составило 61/39%. Раковое поражение внутригрудных лимфоузлов

было гистологически подтверждено в 75 (60%) случаях, абдоминальных – в 47 (39%). При раке среднегрудного отдела пищевода преобладало поражение внутригрудных узлов (64%), при нижнегрудной локализации опухоли – абдоминальных (66%).

Эзофагопластике «целым» желудком отдавали предпочтение при раке среднегрудного отдела пищевода (32 случая из 33). У 92 больных (73,6%) использован «тубулизованный» желудок: у 47 больных при наличии увеличенных паракардиальных лимфоузлов, у 45 больных – без визуальных признаков их поражения.

Послеоперационные осложнения были зарегистрированы у 34,4% больных (табл. 4).

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и летальность

Осложнения	Число больных	Число умерших
Частичный некроз желудка	2	2
Фистула анастомоза	5	5
Поддиафрагмальный абсцесс	2	-
Эвентрация	1	-
Плеврит	7	-
Пневмония	18	1
РДС	1	1
ТЭЛА	2	2
Инфаркт миокарда	2	1
Эмпиема плевры	1	-
Пневмоторакс	2	-
Всего:	43 (34,4%)	12 (9,6%)

В 12 (9,6%) случаях эти осложнения привели к летальному исходу. Наиболее грозным хирургическим осложнением операции Льюиса остается частичный некроз трансплантата и несостоятельность швов внутригрудного пищеводно-желудоч-

ного анастомоза. В 7 наших наблюдениях от этих осложнений, приведших к развитию гнойного медиастинита и эмпиемы плевры, умерли все 7 больных, несмотря на выполненную реторакотомию и укрепление швов анастомоза. Следует отметить, что совершенствование технических приемов наложения анастомоза, формирование его в виде муфты, переход к эзофагопластике «тубулизованным» желудком и использование атравматического рассасывающегося шовного материала дали нам возможность снизить частоту несостоятельности швов анастомоза и некроза дна желудка с 8% до 3,2% (табл. 5).

Таблица 5

Несостоятельность анастомоза и летальность в различные периоды работы

Период работы	Число операций	Летальность	Несостоятельность швов анастомоза и частичный некроз желудка
1988 – 1997 гг.	62	8 (12,9%)	5 (8%)
1998 - 2007 гг.	63	4 (6,3%)	2 (3,2%)

Другой серьезной проблемой послеоперационного периода при операции Льюиса являются легочно-плевральные осложнения. В наших наблюдениях они были констатированы у 31 (24,8%) больного и явились причиной летальных исходов у 4 пациентов. Ведущими причинами развития послеоперационной ателектатической пневмонии при операции Льюиса, наряду с продолжительностью операции и постторакотомическим болевым синдромом, являются гиповентиляция и вынужденное «сдавливание» правого легкого при выполнении торакального этапа операции, а также длительная ИВЛ.

Для профилактики этого осложнения 68 больным перед экстубацией после продленной ИВЛ проводилась санационная бронхоскопия.

Мы считаем, что профилактика развития легочно-плевральных осложнений при операции Льюиса должна быть перманентной, начиная с оценки функциональной операбельности больного при определении показаний к данному вмешательству. Ранняя активизация больных, стимуляция самостоятельного откашливания мокроты с выполнением ингаляций, вибромассаж груди, бронхоскопическая санация, а также коррекция гиперкоагуляции позволили нам снизить частоту послеоперационных бронхопневмоний с 14,4% до 7,2%.

Клинико-рентгенологическая оценка функционального состояния перемещенного желудка проводилась нами у всех больных в сроки через 8 дней после операции и непосредственно перед выпиской из стационара. В сроки 1-3 мес. после операции с использованием тубулизованного желудка преобладающим типом эвакуации оставался порционно-ускоренный со временем эвакуации 18-20 сек. У больных, перенесших эзофагопластику целым желудком, эвакуация оставалась непрерывно- и порционно-замедленной. В 2-х случаях это проявлялось гипотонией трансплантата с гастростазом. У большинства больных период функциональной адаптации не сопровождался клинически выраженными патологическими расстройствами; у 14 (14,3%) пациентов отмечались периодическая диарея и признаки демпинг-синдрома легкой степени.

Комплексное изучение функциональных результатов внутригрудной желудочной эзофагопластики в сроки 3 - 12 месяцев после выписки мы провели у 84 (74%) больных, 6 пациентов были обследованы в сроки от 10 до 17 лет. У всех 84 больных в течение 12 месяцев сохранялось снижение массы тела. За этот период у 16,6% больных были выявлены периодические расстройства стула с учащением его до 8 раз в сутки. У 19 больных с моментом расширения диеты и переходом на более твердую пищу совпадали первые проявления дисфагии, они были отмечены через 1,5-3 месяца. В таблице 6 представлены сведения о нарушениях функции перемещенного желудка. В результате эндоскопических исследований, проведенных нами у 36 больных в первые 3 месяца из-за возникших у них

явлений дисфагии, у 3 нами был выявлен катаральный анастомозит, у 7 - рефлюкс-эзофагит, у 7 – изменения слизистой желудка по типу гастрита. В биоптатах слизистой, взятых у 12 больных из зоны соустья, были обнаружены морфологические признаки хронического воспаления.

Таблица 6

Нарушения функции желудочного трансплантата после операции Льюиса

Вид нарушения	Число случаев	%
Анастомозит	12	14,3
Рефлюкс-эзофагит	7	8,3
Стеноз анастомоза	10	12
Демпинг-синдром	16	19

Изучение способности желудка к кислотопродукции после операции Льюиса, проведенное нами у 13 больных методом внутрижелудочной рН-метрии, показало стойкое снижение кислотообразующей функции: в 3 случаях с интервалом рН от 5 до 5,5 и в 10 случаях – от 5,6 до 7,0.

Наиболее серьезными из всех проявлений болезни оперированного пищевода являются стенозы пищеводно-желудочного анастомоза, которые степени были выявлены у 10 из 84 обследованных больных (12%). Средние сроки их возникновения - $3 \pm 0,5$ мес. У 2 больных стеноз возник после эзофагопластики целым желудком, у 8 – тубулизованным желудком. Считаем, что развитие данного осложнения в большей степени связано не с формой гастротрансплантата, а с техническими особенностями формирования анастомоза, опытом хирурга и применяемым шовным материалом. Так, в группе из 59 пациентов, оперированных наиболее опытными бригадами хирургов, стеноз возник только у одного больного.

Проявления демпинг-синдрома нами были выявлены у 16 (19%) обследованных больных. У 12 они были легкими, у 4 – средней степени тяжести. У 11 больных симптомы стали про-

являться через 3-4 недели, они были связаны с нарушением режима питания, преждевременным расширением диеты и корригировались больными самостоятельно. В сроки от одного года до двух лет у большинства пациентов отмечалось уменьшение выраженности моторно-эвакуаторных нарушений, у них не обнаруживались признаки длительного спазма привратника, исчезали проявления демпинг-синдрома.

При оценке эффективности пилоропластики нами было выявлено следующее. В раннем периоде после эзофагопластики целым желудком без пилоропластики у 4 больных по данным рентгеновского обследования установлены проявления спастического синдрома с задержкой эвакуации с последующим возникновением гастростаза. Через 6 месяцев отмечалось сглаживание моторно-эвакуаторных нарушений, исчезали явления спазма привратника у всех 4 больных, однако, у 2 больных, пилоропластика которым выполнена не была, сохранялся гастростаз. К этому времени проявления демпинга сохранялись лишь у 2 из 16 больных.

Таким образом, ранние моторно-эвакуаторные функциональные нарушения, выявленные нами у 32 (38%) больных, к концу адаптационного периода теряли свою клиническую значимость.

Основу лечения 10 больных со стенозом пищеводно-желудочного анастомоза I-II степени составило бужирование, которое было успешным у 9 из них. В 7 случаях достаточными были 1-2 амбулаторных сеанса бужирования, троим пациентам потребовалась госпитализация в стационар для выполнения 3-5 сеансов с использованием методики Э.Н.Ванцяна под рентгенотелевизионным контролем.

Отдаленные результаты (3-х и 5-летняя выживаемость) среди 113 выписанных больных изучены соответственно у 96 (85%) и 75 (66,4%) больных, оперированных до 2002 г. Показатель общей трехлетней выживаемости составил 44%, а пятилетней – 33,3%. При I-II стадии 3-х и 5-летняя выживаемость (68 и 48%) была достоверно выше, чем при III стадии (соответственно, 32 и 26%: $p < 0,05$) (рис. 2). Нами была проведена

оценка эффективности хирургического и комбинированного лечения рака грудного отдела пищевода III стадии у 75 больных.

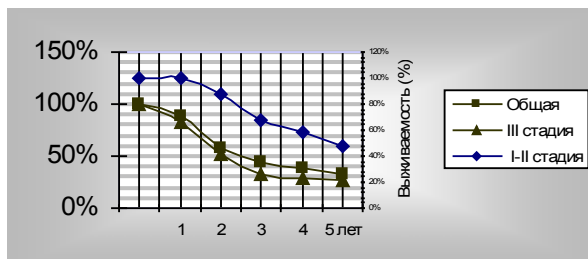


Рис. 2. Кривые выживаемости после операции Льюиса при раке пищевода.

У 24 (32%) пациентов с III стадией опухоли нами был использован вариант предоперационного интенсивно-концентрированного облучения с суммарной дозой 35 Гр с выполнением операции через 1 неделю. Еще 14 больным с распространенным раком нижнегрудного отдела пищевода, объем операции у которых был признан паллиативным, было проведено послеоперационное облучение заднего средостения и подключичных зон (доза 40-60 Гр). В данных группах пациентов 5 лет прожили 27% больных, которым было проведено только хирургическое, 25% - комбинированное лечение.

Частота возникновения рецидивов опухоли пищевода составила 44%. В 28% случаев наблюдались смешанные варианты рецидива (локорегионарный с отдаленными метастазами). Средние сроки возникновения первых проявлений местного рецидива у больных I-II стадией опухоли составили $13 \pm 1,1$ мес., а у больных III стадией – 6 мес. Среди 36 больных с опухолью среднегрудной локализации протяженностью $4,7 \pm 1,2$ см рецидивы возникли в анастомозе, у 6 - в культе пищевода. При нижнегрудной локализации опухоли при размерах $7,6 \pm 2,3$ см у 9 из 27 пациентов через 6 мес. возникли признаки рецидива с поражением кардии и малой кривизны желудка. У 29% больных были отмечены рецидивы в лимфатических узлах средо-

стения. Трехлетняя выживаемость после радикальных операций, выполненных в группе больных с N_0 (50 пациентов – 40% больных) составила 68%, а при наличии метастазов (N_1 – 75 пациентов, или 60%) – 28%, при этом у 24 (30%) больных рецидивы были обнаружены в течение первого года после операции.

При оценке эффективности лучевой терапии в качестве компонента комбинированного лечения среди 38 больных рецидивы были выявлены в 36,8% случаев, тогда как при «чисто хирургическом» лечении – в 40% случаев.

Нами было проанализировано влияние перенесенной операции на качество жизни 78 (64,6%) пациентов, у которых в течение 2-х лет после операции отсутствовали признаки метастазирования и местного рецидива заболевания. Для этого нами был использован вариант 100-бального индекса Карновски, разработанный и адаптированный к заболеваниям пищевода.

14% больных признали качество жизни удовлетворительным с суммарным значением индекса менее 80 баллов, 86,6% - хорошим, оцененным на уровне, превышающем 80 баллов (табл. 7).

Таблица 7

Результаты оценки качества жизни после операции Льюиса

Эзофагопластика	Число обследованных	Индекс Карновски	
		> 80 баллов	50-79 баллов
Целым желудком	22	17 (77%)	5 (23%)
Тубулизованным желудком	56	49 (87,5%)	7 (12,5%)
Всего	78	67 (86,6%)	11 (14%)

Помимо основных выводов, представленных в заключительном разделе работы, мы оставляем за собой право высказать мнение о том, что далеко не все резервы данного вмешательства являются исчерпанными, что определяет целесообразность совершенствования его методологических, технических, онкологических и реабилитационных аспектов.

ВЫВОДЫ

1. Субтотальная трансторакальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой (операция Льюиса), дополненная двухзональной лимфодиссекцией, является адекватным методом лечения при раке пищевода средне- и нижнегрудной локализации, а при местнораспространенных формах – основным этапом комбинированного лечения.

2. Выполнение данной операции в группе подготовленных больных с достаточной компенсацией внешнего дыхания, а также совершенствование ее техники позволило в условиях специализированного отделения снизить летальность с 12,9 до 6,3%, число несостоятельности швов анастомоза – с 8 до 3,2%, послеоперационных пневмоний – с 14,4 до 7,2%.

3. В раннем послеоперационном периоде при операции Льюиса в 14,3% случаев наблюдаются функциональные нарушения в виде пилороспазма, гастростаза, диареи, которые носят транзиторный характер.

4. Среди болезней оперированного пищевода после операции Льюиса наиболее клинически значимыми являются стенозы пищеводно-желудочных анастомозов (12%), рефлюкс-эзофагит (8,3%), демпинг-синдром (19%).

5. Наименьшими неблагоприятными последствиями с хорошим качеством жизни у 87,5% больных обладает эзофагогастропластика тубулизованным желудком с пилоромиотомией.

6. Трех- и пятилетняя выживаемость при I-II стадии рака пищевода составила соответственно 68% и 58%, при III стадии – 32 и 26% ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Операция Льюиса показана больным раком грудного отдела пищевода со стойко компенсированными показателями легочной вентиляции.

2. Для достижения лучших онкологических и функциональных результатов при формировании желудочного трансплантата целесообразно резецировать малую кривизну и часть кар-

диального отдела желудка даже при отсутствии их видимого поражения.

3. Мерами профилактики несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза являются: сохранение «мостика» из стенки желудка между анастомозом и линией пересечения малой кривизны шириной не менее 3 см, фиксация трансплантата в средостении, пилоромиотомия с последующей зондовой декомпрессией желудка в течение 5 суток.

4. В течение первого полугодия после операции необходимо соблюдение режима питания, дополненного приемом ферментных препаратов при легких проявлениях демпинг-синдрома.

5. Больным с опухолью пищевода III стадии операцию целесообразно дополнять облучением заднего средостения.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Ошибки и осложнения хирургического лечения рака пищевода// Тезисы Всесоюз. конф. по хирургии пищевода. - М., 1983. - С. 24-25. Соавт.: Мустафин Д.Г., Андреева Н.А.
2. Чрезплевральная резекция при кардиоэзофагеальном раке// Акт. вопр. хирург. - Астрахань, 1994. - С. 63-64. Соавт.: Мустафин Р.Д., Колесников В.Ф.
3. Хирургия рака пищевода и кардии в Астраханской области (опыт специализированного отделения)// Акт. вопр. хирургии. - Астрахань, 1995. - С. 3-7. Соавт.: Мустафин Р.Д., Колесников В.Ф., Злыгостев П.Н.
4. Чрезплевральные операции при кардиоэзофагеальном раке// Грудная хирургия. - 1995.- № 5. - С. 55-57. Соавт.: Мустафин Р.Д., Панькова М.Р., Малиновский Е.Г.
5. Выбор и результаты резекции пищевода с желудочной эзофагопластикой// Грудная хирургия.- 1995.- № 1. - С. 55-58. Соавт.: Мустафин Р.Д., Злыгостев П.Н., Мустафин Д.Г., Пятков В.А.
6. Результаты хирургического лечения рака грудного отдела пищевода// Вопросы практической онкологии – Астрахань, 1996. - С. 107-112. Соавт.: Мустафин Р.Д., Злыгостев П.Н., Малиновский Е.Г.

7. Сравнительная оценка вариантов эзофагопластики при раке пищевода// Казанский медицинский журнал.- 1997.- № 4. - С. 259-264. Соавт.: Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н., Малиновский Е.Г., Мустафин Р.Д.
8. Применение перфторана в хирургии пищевода// Акт. вопросы медицины – Астрахань, 2003. - С. 95-96. Соавт.: Мустафин Д.Г., Скрижалин В.О., Злыгостев П.Н.
9. Сравнительная оценка различных вариантов желудочной эзофагопластики при раке пищевода// Торакальная онкология – Краснодар, 2004.- С.35-36. Соавт.: Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н., Малиновский Е.Г.
10. Применение перфторана в восстановительной хирургии пищевода// Междунар. хирургич. конгресс Новые технологии в хирургии - Ростов-на-Дону, 2005. - С. 169-170. Соавт.: Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н., Скрижалин В.О.
11. Операция Льюиса при раке грудного отдела пищевода ближайшие и отдаленные результаты// Грудная хирургия. – 2005.- № 2. - С. 44-47. Соавт.: Мустафин Р.Д., Злыгостев П.Н., Булгаков Е.В.
12. К 60-летию операции Льюиса при раке пищевода// Актуальные вопросы современной хирургии – Астрахань, 2006. – С. 22-23. Соавт.: Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н., Малиновский Е.Г.
13. Операция Льюиса в системе лечения рака пищевода// I съезд хирургов ЮФО – Ростов-на-Дону, 2007. - С. 123-124. Соавт.: Мустафин Д.Г., Злыгостев П.Н.
14. Состояние легочной вентиляции у больных раком грудного отдела пищевода при планировании операции Lewis // Материалы итоговой научной сессии АГМА. – Астрахань, 2007. – С. 45.
15. Ранние моторно-эвакуаторные расстройства и типы перистальтики внутригрудного желудка при операции Lewis // Там же.- С. 48. Соавт.: Аббасова Ф.И., Мустафин Д.Г., Булгаков Е.В.
16. Комбинированное и лучевое лечение рака пищевода // Там же. – С. 49. Соавт.: Григорьева Т.А., Борисов А.А.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
www.gastroscan.ru/literature/