

## ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА И РАКА ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД

Академик НАМН Украины Г. В. БОНДАРЬ,  
чл.-корр. НАМН Украины Ю. В. ДУМАНСКИЙ, докт. мед. наук А. В. СИДЮК,  
проф. А. Ю. ПОПОВИЧ, Ю. А. ПОПОВИЧ, Е. Е. СИДЮК, П. П. ТРОЯН,  
канд. мед. наук А. Н. ЗАЙКА

ККЛПУ «Донецкий областной противоопухолевый центр»,  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Представлены непосредственные и функциональные результаты хирургического лечения 363 больных раком пищевода и раком желудка с переходом на пищевод, получавших лечение в Донецком областном противоопухолевом центре с 2005 по 2012 г. Показаны варианты разработанных и используемых в клинике эзофагоэнтеро- и эзофагогастроанастомозов. Доказана надежность применяемых методик (частота несостоятельности анастомозов – 0%) и их функциональность (рефлюкс-эзофагит – 8%, рубцовый стеноз – 6%).**

*Ключевые слова:* рак пищевода, рак желудка с переходом на пищевод, хирургическое лечение.

Метаанализ отечественной и зарубежной литературы за последние 15 лет показал, что наиболее значимым прогностическим фактором в лечении гастроэзофагеального рака является R0-резекция опухоли в сочетании с адекватной лимфаденэктомией [1–4].

Для обеспечения необходимых условий требуется доступ, который позволит хирургам под визуальным контролем выполнять вмешательство в радикальном объеме [4, 5]. На сегодняшний день в торакоабдоминальной хирургии гастроэзофагеального рака применяются такие оперативные доступы: срединная лапаротомия с правосторонней торакотомией (по Льюису), косая торако-лапаротомия слева (по Гэрлоку), левосторонняя торакотомия (по Свиту), срединная лапаротомия с сагиттальной диафрагмотомией (абдомино-медиастинальный доступ), срединная лапаротомия с правосторонней торакотомией и шейным доступом слева (абдоминоторакоцервикальный доступ), срединная лапаротомия и шейный доступ слева (абдоиноцервикальный доступ) [2, 4, 5].

В клинике Донецкого областного противоопухолевого центра наиболее часто применяются доступы Льюиса, Гэрлока, абдоино-медиастинальный и абдоиноторакоцервикальный, которые при различных локализациях опухолей в пищеводе и желудке позволяют провести адекватную лимфаденэктомию и удаление опухоли в пределах здоровых тканей (R0-резекцию). Абдоино-цервикальный доступ в последние годы нами не используется из-за невозможности выполнения полноценной лимфаденэктомии.

При кардиоэзофагеальном раке мы используем в своей практике общепризнанную в мире классификацию Зиверта [4, 6]. Традиционно при 1-м типе выполняем операцию Льюиса с лимфаденэктомией

D2 + 2F, при 2-м и 3-м типах проводим оперативное вмешательство из левостороннего торакоабдоминального доступа по Гэрлоку с лимфаденэктомией D2 + 2S. Считаем возможным выполнение оперативного вмешательства из абдоино-медиастинального доступа при распространении опухоли на пищевод до 2 см с обязательным интраоперационным исследованием проксимального края резекции (при наличии опухолевой ткани в крае резекции используем торакоабдоминальный доступ) и лимфаденэктомией D2 + 2S.

Важным фактором, по данным литературы, является также формирование соустья между пищеводом и тонкой кишкой либо желудком. Анастомоз должен отвечать следующим требованиям: быть максимально надежным, простым в исполнении и функциональным для минимизации количества ранних и поздних послеоперационных осложнений [1, 3, 7].

При анастомозировании пищевода и тонкой кишки мы используем метод академика Г. В. Бондаря, разработанный в 1970-х гг., который более чем за 40 лет его применения доказал свою надежность и функциональность (частота несостоятельности < 1%) (рис. 1).

Для анастомозирования пищевода и желудка мы применяем методику, предложенную акад. Г. В. Бондарем, заключающуюся в формировании инвагинационного эзофагогастроанастомоза, который отличается максимальной надежностью и за счет формирования желудочной «муфты» вокруг пищевода препятствует забросу содержимого желудка в пищевод (рис. 2).

С 2005 по 2012 г. в клинике Донецкого областного противоопухолевого центра проведено 363 радикальных и паллиативных операций при раке пищевода и раке желудка с переходом на пищевод.

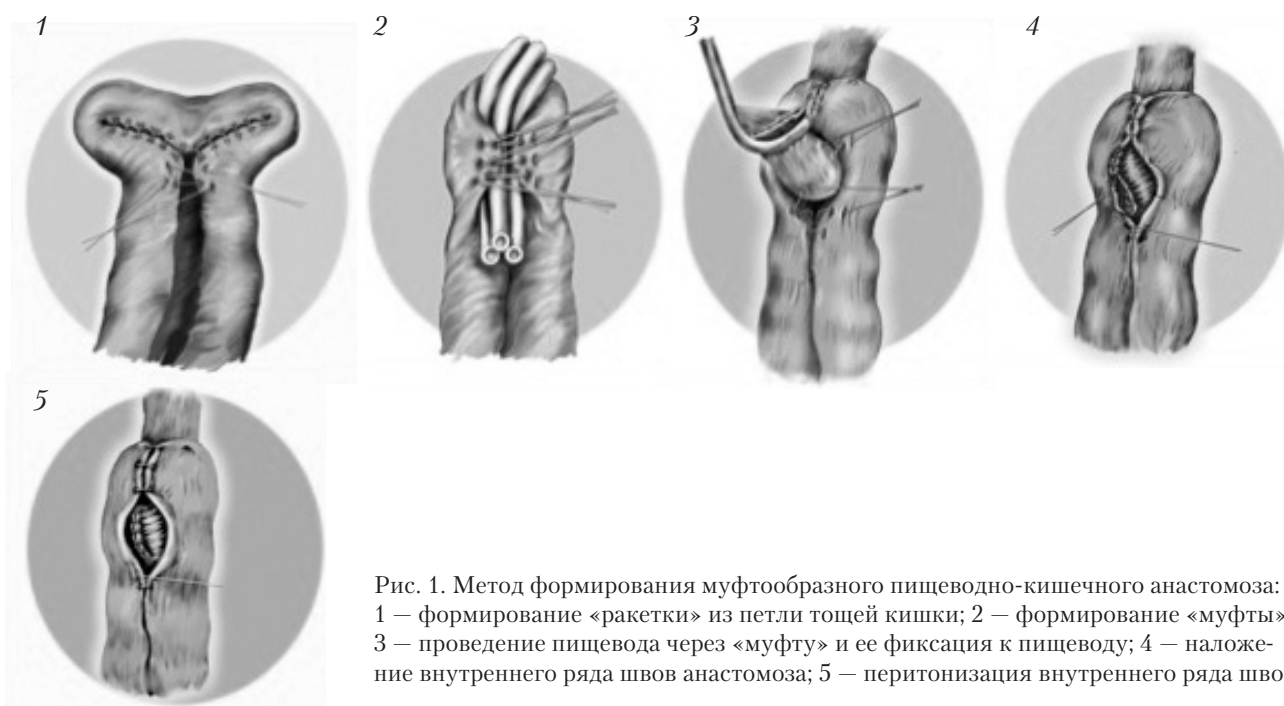


Рис. 1. Метод формирования муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза: 1 — формирование «ракетки» из петли тощей кишки; 2 — формирование «муфты»; 3 — проведение пищевода через «муфту» и ее фиксация к пищеводу; 4 — наложение внутреннего ряда швов анастомоза; 5 — перитонизация внутреннего ряда швов

Распределение больных по видам выполненных оперативных вмешательств представлено в табл. 1.

Среди оперированных больных преобладали пациенты мужского пола с локализацией опухоли в пищеводе и гистологической структурой плоскоклеточного рака (табл. 2).

У 77 (21,2%) больных операции носили комбинированный характер: спленэктомия — 42 случая, резекция хвоста поджелудочной железы — 24, субтотальная панкреатэктомия — 6, резекция диафрагмы и ее ножек — 16, резекция печени — 8, резекция толстой кишки — 6, резекция легкого — 5.

www.imj.kh.ua

Таблица 1

**Операции, выполненные по поводу рака пищевода и рака желудка с переходом на пищевод в Донецком областном противоопухолевом центре в 2005–2012 гг.**

Доступ	Операция	Пластика	Количество больных	
			абс. ч.	%
Льюиса	Субтотальная эзофагэктомия	Желудком	153	42,1
	Субтотальная эзофагэктомия с экстирпацией культи желудка	Левой половиной толстой кишки	1	0,3
Гэрлока	Гастрэктомия с резекцией пищевода	Тонкой кишкой	62	17,0
	Проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода	Желудком	38	10,4
	Экстирпация культи желудка с резекцией пищевода	Тонкой кишкой	2	0,6
Абдоминоцервикальный	Экстирпация пищевода	Желудком	9	2,5
	Экстирпация пищевода	Правой половиной толстой кишки	2	0,6
Абдоминоторако-цервикальный	Экстирпация пищевода	Желудком	21	5,8
	Экстирпация пищевода по Торему	—	2	0,6
Абдономедиастинальный (лапаротомия с сагиттальной диафрагмотомией)	Гастрэктомия с резекцией пищевода	Тонкой кишкой	73	20,1
Всего			363	100,0

Таблица 2

## Характеристика пациентов

Показатель	Количество больных
Пол	
мужской	218
женский	145
Возраст (средний), лет	62,4±2,6
Локализация опухоли	
пищевод	188
желудок с переходом на пищевод	175
Гистологическая структура	
плоскоклеточный рак	195
аденокарцинома	147
недифференцированный рак	21

В числе послеоперационных осложнений преобладали послеоперационные пневмонии — 12 (3,3%) случаев и экссудативные плевриты — 8 (2,2%) случаев.

Послеоперационная летальность составила 1,4% (5 пациентов). Причинами летальных исходов в двух случаях стала тромбоемболия легочной артерии, еще в двух случаях — панкреонекроз и в одном случае — острая сердечно-сосудистая недостаточность. Несостоятельности пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов отмечено не было.

При изучении функциональных результатов хирургического лечения рака пищевода и рака желудка с переходом на пищевод установлено, что частота рефлюкс-эзофагитов составила 8,0%, рубцового стеноза анастомоза — 6,0%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что разработанные в Донецком областном

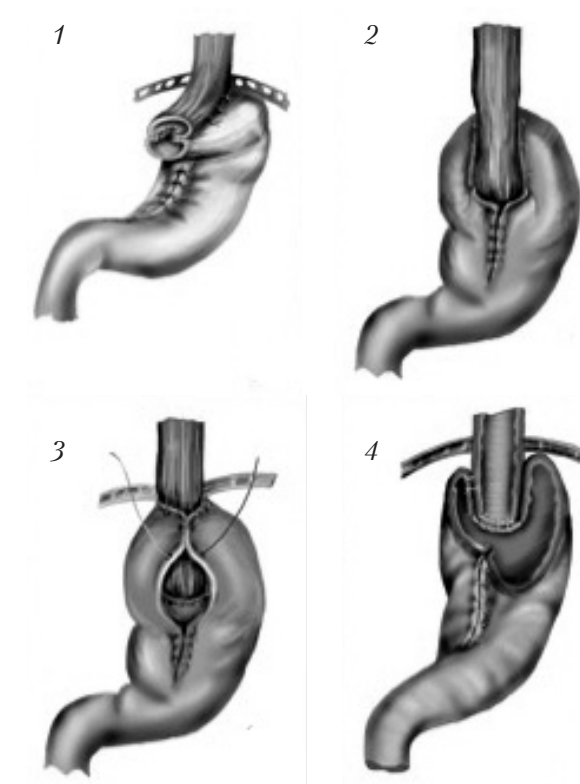


Рис. 2. Этапы формирования инвагинационного пищеводно-желудочного анастомоза: 1 — формирование задней губы анастомоза; 2 — инвагинация пищевода в стенку желудка; 3 — укрытие пищевода и линии швов анастомоза стенкой желудка; 4 — окончательный вид пищеводно-желудочного анастомоза (в разрезе)

противоопухолевом центре методы хирургического лечения рака пищевода и рака желудка с переходом на пищевод, являются надежными и функциональными, с удовлетворительными показателями послеоперационных осложнений и летальности.

## Список литературы

1. Проблемы в диагностике и хирургическом лечении рака желудка / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович [и др.] // Журн. Академії медичних наук України.— 2010.— Т. 16, № 2.— С. 262–270.
2. Re-organisation of oesophagogastric cancer care in England: progress, remaining challenges / T. R. Palser, D. A. Cromwell, R. H. Hardwick [et al.] // BMC Health Serv. Res.— 2009.— № 9.— P. 204.
3. Optimum lymphadenectomy for esophageal cancer / N. P. Rizk, H. Ishwaran, T. W. Rice [et al.] // Ann. Surg.— 2010.— № 251 (1)— P. 46–50.
4. Adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients / J. R. Siewert, M. Feith, M. Werner [et al.] // Ann. Surg.— 2000.— № 232.— P. 353–361.
5. Ginsberg R. Left thoracoabdominal cervical approach / R. Ginsberg // Pearson FG (ed.): Esophageal Surgery, 2<sup>nd</sup> ed.— Philadelphia, Churchill Livingstone, 2002.— P. 809–817.
6. Siewert J. R. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction / J. R. Siewert, H. J. Stein // Br. J. Surg.— 1998.— № 85.— P. 1457–1459.
7. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial / I. Songun, H. Putter, E. M. Kranenbarg [et al.] // Lancet Oncol.— 2010.— № 11 (5)— P. 439–449.

**ВАРІАНТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ  
І РАКУ ШЛУНКА З ПЕРЕХОДОМ НА СТРАВОХІД**

Г. В. БОНДАР, Ю. В. ДУМАНСЬКИЙ, А. В. СИДЮК, О. Ю. ПОПОВИЧ,  
Ю. О. ПОПОВИЧ, О. Є. СИДЮК, П. П. ТРОЯН, О. М. ЗАЙКА

Подано безпосередні й функціональні результати хірургічного лікування 363 хворих на рак стравоходу і рак шлунка з переходом на стравохід, які отримували лікування в Донецькому обласному протипухлинному центрі з 2005 до 2012 р. Показано варіанти розроблених і використаних у клініці езофагоентеро- і езофагогастроанастомозів. Доведено надійність застосованих методик (частота неспроможності анастомозів – 0 %) і їх функціональність (рефлюкс-езофагіт – 8 %, рубцевий стеноз – 6 %).

*Ключові слова: рак стравоходу, рак шлунка з переходом на стравохід, хірургічне лікування.*

**THE VARIANTS OF SURGICAL TREATMENT FOR ESOPHAGEAL CANCER  
AND GASTRIC CANCER INVOLVING THE ESOPHAGUS**

G. V. BONDAR, Yu. V. DUMANSKY, A. V. SIDYUK, A. Yu. POPOVICH,  
Yu. A. POPOVICH, E. E. SIDYUK, P. P. TROYAN, A. N. ZAIKA

Immediate and functional results of surgical treatment of 363 patients with esophageal cancer and gastric cancer involving the esophagus treated at Donetsk Regional Antitumor Center from 2005 to 2012 are presented. The variants of developed and used in the clinic esophagoentero- and esophagogastrostomy are shown. Reliability of the techniques (anastomosis failure – 0 %), and their functionality (reflux esophagitis – 8 %, scar stenosis – 6 %) was shown.

*Key words: esophageal cancer, gastric cancer involving the esophagus, surgical treatment.*

Поступила 29.10.2013