

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

*Прохоров А.В.<sup>1</sup>, Лабунец И. Н.<sup>1</sup>, Мавричев В.Ю.<sup>2</sup>, Жилинский Н.С.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> УЗ «Минский городской клинический онкологический центр»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Основным методом лечения рака желудка и пищевода, включая зону гастроэзофагеального перехода, до сих пор является хирургический. Наиболее эффективными в зависимости от локализации опухоли являются операции в объеме гастрэктомии, проксимальные резекции желудка и комбинированные операции типа Осава-Гэрлока и Льюиса. Важным элементом остается и реконструктивный этап операции, заключающийся в использовании адекватного варианта гастро- или еюнопластики, завершающим этапом которых является формирование надежного пищеводно-кишечного либо пищеводно-желудочного соустья.

До недавнего времени наиболее частой причиной летальных исходов в послеоперационном периоде после подобных операций была несостоятельность швов пищеводного анастомоза, которая встречалась с частотой до 10-20% и с летальностью до 60-80% [1]. Особенностью настоящего периода является изменение спектра послеоперационных осложнений. Основными факторами, определяющими структуру осложнений и летальности, являются расширение возрастных рамок оперированных пациентов с раком желудка и пищевода, наличием у них большого количества сопутствующих заболеваний на фоне отягощённого анамнеза и алиментарного истощения [2, 3, 4].

**Цель.** Целью настоящего исследования явился анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с раком проксимальных отделов желудка и грудного отдела пищевода, в том числе, гастроэзофагеальной локализации и определение возможных путей их улучшения.

**Материалы и методы.** В основу работы положен анализ результатов 1347 операций, произведенных у пациентов, страдающих раком желудка и пищевода, произведенных в Минском городском клиническом онкологическом центре за период с 2003 по 2019 гг. Оперированы лица в возрасте от 28 до 85 лет, средний возраст которых составил 62,8 года. Выраженная сердечно-легочная сопутствующая патология имела у 852 (62,3%) оперированных лиц. Выполнялись следующие виды операций: 769 пациентам произведена гастрэктомия по Савиных, 79 пациентам - проксимальная резекция желудка по Савиных. Гастрэктомия по Осава-Гэрлоку выполнена у 227 пациентов, субтотальная проксимальная резекция желудка с нижней третью пищевода по Осава-Гэрлоку – 153 пациентам. Субтотальная резекция пищевода с

одномоментной гастроэзофагопластикой по Льюису произведена у 129 пациентов. В качестве пластического материала, используемого для замещения пищевода после его резекции, применялась тонкая кишка — 996 (73,9 %) случая. Пластика желудочным трансплантатом выполнена у 361 пациентов (26,7 %), из них у 232 — дистальным отделом желудка после его проксимальной резекции. В 1174 случаях (83,4%) выполнены стандартные операции с лимфодиссекцией в объеме D1- D2, в 183 (13,6%) — комбинированные операции с резекцией пораженных смежных структур, а именно: у 86 пациента симультанно была выполнена резекция диафрагмы в зоне прорастания опухоли, в 49 случаях - резекция поджелудочной железы, в 37 наблюдениях - спленэктомия, в 5 - резекция печени и/или левосторонняя гемигепатэктомия, в 6 - резекция поперечно-ободочной кишки. По данным гистологического исследования операционного материала радикальными (R0) признаны 1135 хирургических вмешательств (83,5%), 222 операций (16,5%) - паллиативными (R1, R2). При формировании пищеводно-желудочного и пищеводно-тонкокишечного анастомозов предпочтение мы отдаем формированию соустья по типу «конец пищевода в переднюю стенку желудка или тощей кишки» однотипной инвагинационной методикой путем наложения ручных отдельных узловых швов атравматичной нитью в минимальном количестве (15-17 нитей).

**Результаты.** Осложнения после операции отмечены у 92 (6,8%) пациентов, явившиеся причиной смерти в 47 (3,5%) случаях. Наиболее часто наблюдались осложнения терапевтического профиля, не связанные непосредственно с хирургической техникой, а именно: послеоперационные пневмонии - 35 случая (38,0% всех осложнений), острая сердечно-сосудистая недостаточность (ОССН) - 9 случаев (9,8 %), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) - 5 случая – (5,4%). Всего от данных осложнений умерло 25 пациентов, что составляет 53,1% от общего числа летальных исходов. Осложнения хирургического профиля отмечены после операции у 57 пациентов. Наиболее частым отмечен послеоперационный панкреатит – 16 пациентов, из них у 4 – с исходом в панкреонекроз. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза (НША) наблюдалась в 11 случаях (12,0% всех осложнений). При этом непосредственной причиной смерти она явилась в 7 случаях (14,9% от общего числа умерших). Четкой зависимости частоты несостоятельности пищеводного соустья от вида и характера произведенной операции, её объёма и уровня резекции пищевода с внутриабдоминальным и внутриплевральным расположением пищеводного анастомоза, а также вида трансплантата (желудок, тонкая кишка) не выявлено. Некроз желудочного трансплантата констатирован в 6 случаях, послеоперационные кровотечения – 6 случаев, тромбоз брыжеечных и почечных сосудов – 5 случаев, перфорации острой послеоперационной язвы тонкой кишки – 4 случая, эвентрации – 3 случая, прочие – 6 случаев. Общая послеоперационная летальность составила 3,5 % (47 случая). Основными причинами смерти явились: послеоперационная

пневмония – 13 (27,6%) случаев, ОССН – 7 (14,9%), НША – 7 (14,9%) случаев и апикальный некроз желудочного трансплантата – 4 (8,5%) случаев, ТЭЛА, явившаяся причиной смерти 4 пациентов (8,5% от общего числа летальных исходов), а так же панкреонекроз – 3 (6,3%) наблюдения. Нами не установлено статистически значимых различий в показателях послеоперационных осложнений и летальности после радикальных (R0) и паллиативных (R1+R2) резекций и экстирпаций желудка и пищевода: количество осложнений при радикальных операциях составило 5,8%, при паллиативных – 7,8% с послеоперационной летальностью 3,5% и 3,6% соответственно ( $p > 0,05$ ). Выполнение комбинированных операций с резекцией пораженных опухолью смежных органов, с точки зрения непосредственных результатов, также оправданно: при стандартных операциях количество осложнений составило 6,8% с летальностью 3,5%, при комбинированных – 6,5% и 6,5% соответственно ( $p > 0,05$ ).

### **Выводы.**

1. В настоящее время в хирургии рака пищевода и желудка удалось достичь приемлемых результатов. Летальность после операций с учетом их тяжести, пожилого возраста большинства оперированных пациентов с наличием у них сопутствующей патологии, составила 3,5%.

2. Самыми частыми после операций встречаются осложнения терапевтического профиля, среди которых преобладают послеоперационные пневмонии (38% всех осложнений). Несостоятельность швов пищеводных анастомозов снижена до 0,8% (11 случаев на 1347 операций).

3. Частота несостоятельности пищеводно-желудочного и пищеводно-тонкокишечного анастомоза, выполненного с использованием однотипной инвагинационной методики путем наложения ручных отдельных узловых швов, составляет 0,8% от общего числа произведенных операций с летальностью от данного осложнения 0,5%.

4. Частота послеоперационных осложнений и процент летальности, а так же возможность развития несостоятельности пищеводного соустья не сопряжена с характером произведенной операции, её объёмом и уровнем резекции пищевода и полностью зависит от хирургической техники исполнения.

### **Литература.**

1. Афанасьев, С. Г. Результаты расширенных и комбинированных операций по поводу рака желудка и кардиоэзофагеального перехода / С. Г. Афанасьев, А. В. Августинovich, С. А. Тузиков // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – №6. – С. 36-41.

2. Дворецкий, С. Ю. Современная стратегия лечения рака пищевода (обзор литературы) / С. Ю. Дворецкий // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2016. – № 4. – С.102-107.

3. D'journo, X. B. Current management of esophageal cancer / X. B. D'journo, P. A. Thomas // J. Thorac. Dis. – 2014. – Vol.6. – P. 253 -264.

4. Short-term outcomes after conventional transthoracic esophagectomy / Yukiko Niwa [et al.] // Nagoya J. Medical Science. – 2016. – № 78. – P. 69 -78.