

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

*Малькевич В.Т., Петрушко Н.М., Приступа Д.В., Баранов А.Ю.,
Коробач С.С., Оситрова Л.И.*

*РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск
Государственное учреждение*

*«Республиканский научно-практический центр
онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Лечение рака пищевода является одной из наиболее сложных проблем в онкологии. Несмотря на значительные успехи в химиолучевой терапии рака пищевода, основным и наиболее эффективным остается хирургический метод лечения [1, 2, 4, 6]. Операция включает 2 этапа: резекционный – лечебный и реконструктивный – корректирующий анатомо-физиологические нарушения, вызванные резекцией. Наиболее распространенными вмешательствами в хирургии рака пищевода являются субтотальная резекция и экстирпация пищевода с одномоментной реконструкцией его желудочным стеблем или трансплантатом из толстой или тонкой кишки. Выбор пластики зависит от уровня поражения и резекции пищевода, характера заболевания, индивидуальных особенностей пациента, традиций клиники [1, 2, 3, 4, 5, 6,7]. Сложность, травматичность и длительность операций приводят к ряду интра- и послеоперационных осложнений. Частота послеоперационных осложнений после радикальных операций на пищеводе составляет 35-50%, послеоперационная летальность - 3-15%. Самыми грозными осложнениями являются некроз перемещенного трансплантата и несостоятельность швов анастомоза, которые приводят к развитию гнойно-септических осложнений (эмпиеме плевры и медиастиниту) [1, 2, 3].

Цель исследования. Проанализировать структуру и частоту ранних послеоперационных осложнений, летальность и выживаемость после хирургического лечения рака пищевода (субтотальной резекции и экстирпации пищевода с одномоментной реконструкцией пищевода желудочным стеблем или трансплантатом из толстой кишки), в отделении гастроэзофагеальной патологии ГУ «Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова» за период с 2016 г. по 2020 г.

Материалы и методы. Радикальное хирургическое лечение по поводу рака пищевода выполнено у 115 пациентов. Из них женщин было 13% (15/115), мужчин – 87% (11/115). Средний возраст пациентов составил 57±9 лет.

Преобладающей гистологической структурой был плоскоклеточный неороговевающий рак 87,8% (101/115), аденокарцинома составила 11,3% (13/115) случаев, первичная меланома пищевода – 0,9% (1/115). Наиболее часто опухоль локализовалась в среднегрудном и нижнегрудном отделах пищевода –

у 92,2% (106/115) пациентов, реже – в верхнегрудном отделе – у 7,8% (9/115). Поражение регионарных лимфатических узлов выявлено у 78,3% (90/115) пациентов: N1 – у 62, N2 – у 15, N3 – у 13. Отдаленные метастазы (в чревных лимфоузлах) выявлены у 2 пациентов. Распределение пациентов по стадиям опухолевого поражения следующее: I ст. – у 6, II ст. – у 48, III ст.– у 49, IV ст.– у 12.

Результаты. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой широким желудочным стеблем или эзофагоколопластикой была выполнена у 105 пациентов (103 и 2 пациента соответственно), в 3 случаях операция носила комбинированный характер (дополнительно выполнена атипичная резекция нижней доли правого легкого и плевры у 2 пациентов; резекция перикарда, купола диафрагмы, атипичная резекция нижней доли правого легкого и плевры - у 1 пациента). Осложнения выявлены у 19 (18,1%) пациентов: некроз перемещенного желудочного трансплантата – у 7 пациентов, несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза – у 6, острая перфоративная язва желудочного стебля – у 1, разрыв стенки трахеи – у 1, нагноение послеоперационной раны – у 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 2, двусторонняя пневмония – у 1. Для лечения послеоперационных осложнений экстренные хирургические вмешательства выполнены у 16 пациентов: у 10 – реторакотомия, резекция пищеводно-желудочного анастомоза, экстирпация пищевода, формирование концевой эзофагостомы на шее, релапаротомия, формирование еюностомы по Витцелю, у 1 – ушивание перфоративной язвы желудочного стебля, у 1 – ушивание разрыва трахеи, у 3 – реторакотомия, ушивание и дренирование зоны несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, релапаротомия, еюностомия по Витцелю, у 1 – формирование вторичных швов на торакотомную и лапаротомную раны. В послеоперационном периоде умерло 7 больных. Послеоперационная летальность составила 6,6%.

Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой узким желудочным стеблем или эзофагоколопластикой с анастомозом на шее выполнена у 10 пациентов (7 и 3 пациента соответственно), в 2 случаях операция носила комбинированный характер (дополнительно в 1 случае выполнена нижняя лобэктомия справа, спленэктомия, резекция перикарда; атипичная резекция нижней доли правого легкого и плевры – во 2 случае). Осложнения выявлены у 3 (30,0%) пациентов: левосторонний гемоторакс, ДВС-синдром – у 1 пациента, несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза – у 2. Для лечения послеоперационных осложнений выполнены экстренные хирургические вмешательства: у 1 пациента – видеоассистированная торакоскопия слева, ликвидация гемоторакса, у 1 – реторакотомия, резекция пищеводно-желудочного анастомоза, формирование концевой эзофагостомы, релапаротомия, формирование еюностомы по Витцелю, у 1 – резекция пищеводно-желудочного анастомоза с тампонированием пищеводно-глоточного отверстия лоскутом из кивательной

мышцы, релапаротомия, еюностомия по Витцелю. В послеоперационном периоде умерло 2 пациента.

Общая 1-летняя выживаемость составила 72,7%, 3-летняя - 43,4%, 5-летняя - 36,4%, медиана общей выживаемости 27,5 мес. (95% ДИ 19,2-35,7).

Выводы.

1. Наиболее часто выполняемым хирургическим вмешательством в отделении была субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой, что связано с хорошими пластическими качествами и удовлетворительным кровоснабжением желудка, позволяющими оптимально использовать его в качестве эзофаготрансплантата.

2. Общее количество послеоперационных осложнений составило 19,1% (22/115), послеоперационная летальность – 7,8% (9/115), что соответствует приведенным в литературе данным.

3. Активная хирургическая тактика лечения внутригрудных некрозов и несостоятельности пищеводных анастомозов позволяет существенно снизить риск послеоперационной летальности.

Литература.

1. Давыдов, М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2007. – 389 с.

2. Руководство по онкологии в 2т. Т.2. Кн. 1 /под ред. О.Г. Суконко – Минск: Беларус. Энцыкл. Імя П. Броўкі, 2016. – 632 с.

3. Соболев Д.Д. Результаты хирургического и комбинированного лечения больных раком грудного отдела пищевода. Опыт МНИОИ им. П.А. Герцена за 10 лет / Д.Д. Соболев, А.С. Мамонтов, В.М. Хомяков и др. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2018. – 4. – С. 4-14.

4. Vaghjani RG, Molena D. Surgical management of esophageal cancer. *Chin Clin Oncol.* 2017;6(5):47. doi:10.21037/cco.2017.07.05

5. Sohda M, Kuwano H. Current Status and Future Prospects for Esophageal Cancer Treatment. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2017;23(1):1-11. doi:10.5761/atcs.ra.16-00162

6. Smyth EC, Lagergren J, Fitzgerald RC, Lordick F, Shah MA, Lagergren P, Cunningham D. Oesophageal cancer. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Jul 27;3:17048. doi: 10.1038/nrdp.2017.48. PMID: 28748917; PMCID: PMC6168059.

7. Lordick F, Mariette C, Haustermans K, Obermannova R, Arnold D. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016; 27: 50–57.