

ВАРИАНТЫ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Терешко А.В., Нагла Ю.В., Тишкевич О.Г., Шимановский Г.М., Коннов Д.Ю., Тихманович Е.Е., Пономарев Д.М.

УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. В структуре онкологической заболеваемости рак пищевода составляет 2.1%, свыше 70% больных выявляют в 3-4 ст. заболевания. Одногодичная летальность составляет 71%. Наиболее частым осложнением местного роста опухоли является дисфагия и афагия. Хирургическое лечение является основным методом при резектабельном раке пищевода и предполагает резекцию или экстирпацию пищевода и обязательной пластикой пищевода. При радикальном хирургическом лечении 5-летняя выживаемость составляет 25-30

Цель. Изучить возможные варианты пластик пищевода при стандартных и нестандартных ситуациях.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2010 год в отделении онко 4 прооперировано 178 пациентов с раком пищевода в возрасте от 41 до 74. Показанием к операции являлся резектабельный рак верхнее -,

средне - и нижнегрудного отдела пищевода. По локализации опухоли: в/грудной 19, с/грудной 93, н/грудной 66. По стадиям: 1-6, 2-51, 3-77, 4-44. Виды операций:

1) Экстирпация пищевода абдомино-торако-цервикальным доступом с пластикой изоперистальтическим желудочным трансплантатом на питающих сосудах - 74.

2) Экстирпация пищевода абдомино-цервикальным доступом с пластикой изоперистальтическим желудочным трансплантатом на питающих сосудах -16.

3) Операция типа Добромыслова-Торека-10

4) Экстирпация пищевода с пластикой антиперистальтическим желудочным стеблем на питающих сосудах-3.

5) Операция типа Льюиса -57.

6) СПРЖ с резекцией нижнегрудного отдела пищевода -10.

7) Экстирпация пищевода с первичной пластикой левой половиной ободочной кишки (загрудинной) -8.

8) Отсроченная пластика пищевода левой половиной ободочной кишки после операции типа Добромыслова-Торека -7.

Результаты и обсуждения. Послеоперационная летальность составила после всех операций 5,5 % (4,3% после стандартной пластики желудком, 10 % после пластики ободочной кишкой). Послеоперационные осложнения возникли у 22% больных после всех операций (21% после стандартной пластики желудком, 34% после пластики ободочной кишкой). Наиболее физиологичный вариант это пластика желудком изоперистальтическим и антиперистальтическим лоскутом. Толстокишечная пластика хуже в физиологическом плане – чаще наблюдались эпизоды аспирации, вес больных стабилизировался на более низком уровне.

Выводы:

Хирургический метод лечения рака пищевода с первичной пластикой желудочным трансплантатом является наиболее приемлемым. Состояние после резекции желудка по Бильрот 2 не является противопоказанием для использования его как пластического материала. Использование в качестве пластического материала ободочной кишки в связи с анатомическими особенностями желудка (варианты кровоснабжения) или отсутствием желудка сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений, ухудшает качество жизни пациента.

Литература:

1. Мирошников Б.И., Лабазанов М.М., Павелец К.В., Каливо Э.А. Методика формирования желудочного транспланта для эзофагопластики // Вестн. хир. – 1995. – № 2. – С. 24_28.

2. Мирошников Б.И., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. – 304 с.

3. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода. – М.: Медицина, 2000. – 350 с.
4. Роман Л.Д., Карачун А.М. Методы реконструкции пищевода // Практическая онкология – Т.4 - №2 - 2003. - С. 99_108.
5. Matsubara T., Veda M., Vchida C., Takahashi T. Modified Stomach Roll for safer Reconstruction After Subtotal Esophagectomy // J. Surg. Oncol. – 2000. – Vol. 74, № 12 – P. 1115_1117.
6. Schilling M., Redaelli C., Zbaren P. et al. First clinical experience with fundus rotation gastropasty as a substitute fo the esophagus // Brit. J. Surg. – 1997. – Vol. 84. – P. 126_128.