

Н.Х. МУСАБАЕВ, Е.М. ИМАНТАЕВ, Л.В. БЕЛЬЧЕНКО, С.З. РАХМОНОВ, А.Д. СВЕТЕНКОВ, А.Н. СЕРИКБЕКОВ,
Н.В. СЛОНЕВА, Ж.А. СУЙРҚҰЛ, Ж.А. ХАЙДАРБЕКОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЭКСТИРПАЦИИ И РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА

Одной из сложных проблем хирургии является лечение больных с заболеваниями пищевода (Давыдов М.И. и соавт., 1991; Черкасов М.Ф., 1999; Черноусов А.Ф. и соавт., 2000; Оноприев В.И. и соавт., 2003). Основным методом лечения большинства из них остается хирургическое лечение (Черноусов А.Ф. и соавт., 1990-2009; Абакумов М.М. и соавт., 2003; Bailey S. et al., 2003). Малая травматичность доступов, ранняя реабилитация больных обеспечили экономическую целесообразность и способствовали широкому внедрению видеоэндохирургических методов экстирпации и резекции при раке и рубцовых стриктурах пищевода. По мнению Марийко В.А. и соавторов (1999-2006), Оскреткова В.И. и соавторов (1999-2010), Черкасова М.Ф. (1999-2007), Peracchia A. (1997) основными преимуществами таких вмешательств кроме меньшей травматичности являются: хороший визуальный контроль, раннее восстановление легочных функций, малый болевой синдром и снижение числа послеоперационных осложнений. Целью исследования является выбор хирургической тактики при видеоэндохирургической экстирпации и резекции при раке и рубцовых стриктурах пищевода.

Ключевые слова: экстирпация, резекция, пищевод.

Актуальность проблемы. Одной из сложных проблем хирургии является лечение больных с заболеваниями пищевода (Давыдов М.И. и соавт., 1991; Черкасов М.Ф., 1999; Черноусов А.Ф. и соавт., 2000; Оноприев В.И. и соавт., 2003). Основным методом лечения большинства из них остается хирургическое лечение (Черноусов А.Ф. и соавт., 1990-2009; Абакумов М.М. и соавт., 2003; Bailey S. et al., 2003). До настоящего времени широкий диапазон вопросов, касающихся выбора оперативного вмешательства на пищеводе остается дискуссионным (Черкасов М.Ф. и соавт., 2001; Blazeby J.M., 2000).

Рубцовые сужения (стенозы) пищевода как поздние осложнения ожогов пищевода, занимают второе место среди заболеваний этого органа у пациентов трудоспособного возраста. Восстановительная хирургия пищевода по-прежнему является наиболее трудоемким, завершающим этапом лечения данной категории больных. При этом послеоперационные осложнения (несостоятельность швов пищеводных анастомозов, некроз трансплантата, стенозы анастомозов, пептические язвы искусственного пищевода и т.д.) составляют 24-42%, а послеоперационная летальность в зависимости от вида вмешательств варьирует от 4 до 25% (Вусик М.В. и соавт., 2002; Марийко В.А. и соавт., 2002; Сильвестров В.С., 2003; Jiang Y.G. et al., 2005).

Хирургическое лечение рака пищевода, имеющее долгую историю (Байдала П.Г., 2008), продолжает непрерывно развиваться и совершенствоваться. При этом пятилетняя выживаемость больных с этим заболеванием составляет 5% (Мустафин Д.Г. и соавт., 2005; Фокеев С.Д. и соавт., 2006; Fujita H. et al., 1995; Swisher S.G. et al., 2000), и только хирургическое вмешательство оставляет надежду на улучшение ситуации (Стилиди И.С. и соавт., 2003; Murakami M. et al., 2000).

Малая травматичность доступов, ранняя реабилитация больных обеспечили экономическую целесообразность и способствовали широкому внедрению видеоэндохирургических методов лечения в клиническую практику. Большинство исследователей особое внимание уделяет анализу результатов операций, произведенных с помощью этой техники, изучению ошибок и осложнений. По мнению В.А. Марийко и соавторов (1999-2006), В.И. Оскреткова и соавторов (1999-2010), М.Ф. Черкасова (1999-2007), Peracchia A. (1997) основными преимуществами таких вмешательств кроме меньшей травматичности являются: хороший визуальный контроль, раннее восстановление легочных функций, малый болевой синдром и снижение числа послеоперационных осложнений. Недостатками авторы считают большую длительность вмешательства и сложность проведения тактильной оценки, которая требует определенного опыта.

В настоящее время для каждого вида эндохирургического вмешательства выработаны стандартные точки установки троакарров. Нередко объективные обстоятельства требуют коррекции расположения троакарпортов с учетом анатомической изменчивости и локализации патологического процесса. Данный факт особенно важен в условиях манипуляций в ограниченном пространстве при отсутствии тактильного контроля. Это обуславливает необходимость поиска закономерностей расположения портов для видеоэндохирургических операций. При исследовании данного вопроса многие авторы опираются на фундаментальный труд А.Ю. Созон-Ярошевича (1954). В настоящее время отечественные хирурги (Шнитко С.Н., Стринкевич А.Л., 1999; Ламден Д. К., 2000; Бондарев А. А. и соавт., 2003; Устинов О. Г. и соавт., 2003; Гиллер Д.Б., 2009) модифицировали терминологию, сохраняя при этом существующий принцип. Установлены допустимые пределы каждого из критериев.

Цель исследования: выбор хирургической тактики при видеохирургической экстирпации и резекции при раке и рубцовых стриктурах пищевода.

Видеоэндохирургические экстирпации и резекции пищевода.

Торакоскопическая экстирпация пищевода. Экстирпация пищевода – тотальная резекция всего пораженного пищевода с последующим его замещением желудочным или кишечным трансплантатом.

Показания. Рак, рубцовые стриктуры пищевода, ахалазия кардии и кардиоспазм IV ст.

Техника. Операцию производят из правостороннего торакоскопического доступа в положении больного на левом боку под эндотрахеальным наркозом с отдельной интубацией бронхов.

После введения троакарров рассекают легочно-диафрагмальную связку в режиме электрокоагуляции, легкое высвобождают из спаек и отводят кпереди. Сначала рассекают медиастинальную плевру над нижней третью пищевода вверх до дуги непарной вены, а затем выше. Стенку пищевода захватывают зажимом Бэбкокка и,

выполняя тракцию пищевода вправо и влево, мобилизуют его на всем протяжении, освобождая от фасциальных отростков спереди и сзади (Рисунок 1). Выделение пищевода при раке обязательно производится с удалением средостенных лимфатических узлов в объеме F2. После мобилизации выше и ниже дуги непарной вены пищевод захватывают ниже дуги и, осуществляя тракцию в краниокаудальном направлении, рассекают фасциальные отростки, соединяющие дугу непарной вены и пищевод.

Выделение пищевода в месте пересечения его дугой непарной вены является наиболее ответственным этапом операции.

В ряде случаев (при расположении опухоли в средней трети грудного отдела пищевода, наличии хронического склерозирующего медиастинита вследствие периззофагита при рубцовых стриктурах) дугу непарной вены необходимо пересекать после предварительной интракорпоральной перевязки и наложения двух рядов титановых скрепок, для этой цели может быть использован также линейный сшивающий аппарат. При торакоскопическом выделении пищевода обычно не отмечается массивных кровотечений.

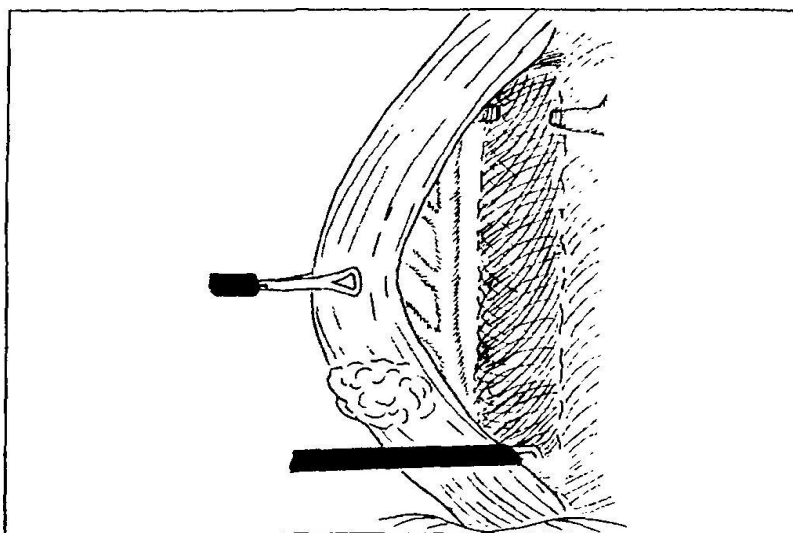


Рисунок 1 - Торакоскопическая экстирпация пищевода

Затем больного укладывают на спину, выполняют верхнесрединную лапаротомию. При раке пищевода производят лимфаденэктомию, идентичную лимфаденэктомии, выполняемой при раке кардиального отдела желудка.

Выкраивают трансплантат из большой кривизны желудка и отсекают пищевод от желудка (при раке пищевода производится также удаление кардиального отдела и дна желудка). Пищевод удаляют через разрез на шее по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Выкроенный трансплантат из большой кривизны желудка пощипывают в заднее средостение и выводят на шею, где соединяют с шейным отделом пищевода анастомозом конец в конец двухрядным швом. Плевральную полость дренируют в VII – VIII межреберье, обязательно производят дренирование брюшной полости и шейной раны. Операционные раны ушивают.

Торакоскопическая резекция пищевода. Обычно резекцию пищевода производят несколько ниже дуги непарной вены.

Показания. Рак желудка с переходом на пищевод, ограниченные рубцовые стриктуры нижней трети пищевода.

Техника. Оперативное вмешательство производят из правостороннего торакоскопического доступа. Рассекают легочную связку, легкое отводят впереди, визуализируют пищевод и рассекают медиастинальную плевру от диафрагмы до дуги непарной вены.

Стенку пищевода захватывают зажимом и, осуществляя тракции в разные стороны, освобождают пищевод со всех сторон в режиме монополярной и биполярной коагуляции. Электрохирургическими ножницами пересекают пищевод. В оставшуюся часть пищевода вводят головку циркулярного сшивающего аппарата диаметром 21 или 25 мм, накладывают и затягивают кисетный шов.

Бригада хирургов, оперирующая в брюшной полости, выделяет абдоминальный отдел пищевода и подготавливает желудок или тонкую кишку (в зависимости от объема вмешательства) к наложению анастомоза.

Рабочую часть степлера вводят в просвет желудка или тонкой кишки через отдельный разрез и соединяют с головкой аппарата в заднем средостении под торакоскопическим контролем (Рисунок 2). Наложение анастомоза является наиболее ответственным этапом операции. Отдельный разрез желудка или кишки ушивают.

Ниже анастомоза желудок (тонкую кишку) фиксируют отдельными узловыми швами к диафрагме. Плевральную полость дренируют.

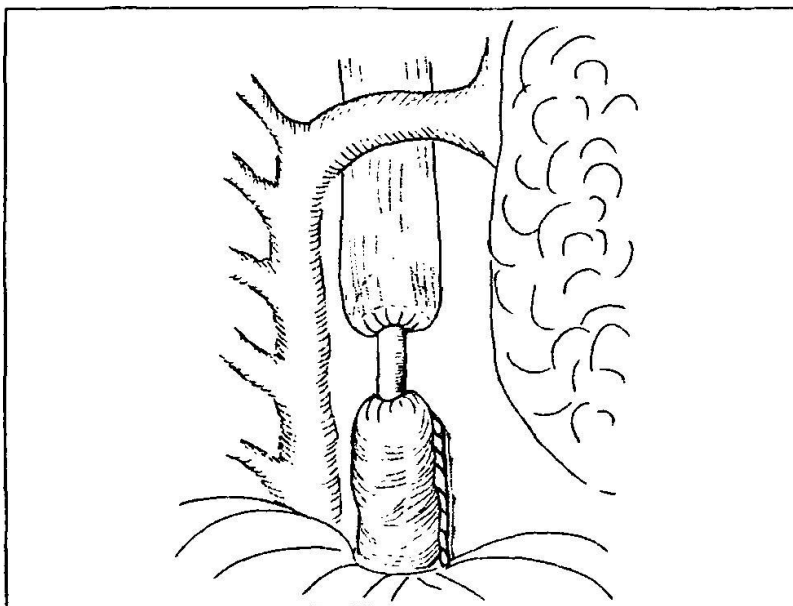


Рисунок 2 - Видеоторакокопическая резекция пищевода

Послеоперационное ведение больных. При видеоэндохирургическом лечении доброкачественных заболеваний пищевода пациенты могут подниматься с постели вечером в день операции или на следующий день. После резекций и экстирпаций пищевода больные нуждаются в пребывании в палате интенсивной терапии.

В послеоперационном периоде создается введенный во время операции назогастральный зонд, обеспечивающий декомпрессию и позволяющий проводить энтеральное питание.

Кормление пациентов через рот возможно на вторые-третьи сутки, а при наложении швов на стенку пищевода – с 5 – 7-х суток после операции (предварительно выполняют контрольную рентгенографию пищевода с контрастом). До начала питания пациенты нуждаются в комплексной терапии, направленной на коррекцию водно-электролитных, белковых нарушений.

Антибактериальная терапия целесообразна после экстирпаций и резекций пищевода, а также после операций, сопровождающихся вскрытием просвета пищевода. В послеоперационном периоде применение наркотических анальгетиков требуется обычно только после резекций и экстирпаций пищевода.

Конверсия в эндохирургии пищевода. При выполнении эндохирургических операций иногда хирургам приходится отказываться от эндохирургического метода и переходить к открытому, традиционному. Этот переход получил название «конверсия».

Показания к конверсии:

- 1) невозможность выполнения эндоскопической операции в связи с распространенностью патологического процесса или сложностями анатомических взаимоотношений органов.
- 2) осложнения, возникшие во время эндоскопической операции, которые невозможно исправить при помощи эндоскопической техники.
- 3) безуспешность развития операции в течение 30 – 40 минут.
- 4) технические неполадки аппаратуры, возникшие во время операции.

Успех видеэндохирургического лечения больных с заболеваниями пищевода зависит от четкого соблюдения показаний и противопоказаний и своевременного перехода к открытым операциям.

Современное развитие видеоэндохирургии пищевода. Внедрение видеоэндоскопической техники в хирургию пищевода открывает новые горизонты в лечении больных этой сложной и разнообразной патологией.

И если при лечении пациентов с доброкачественными заболеваниями пищевода видеоэндохирургия во многих случаях является операцией выбора, то при резекциях и экстирпациях пищевода остается еще много сложных и порой трудноразрешимых проблем.

Решению этих задач будет способствовать создание более совершенных инструментов и сшивающих аппаратов.

При выполнении видеоэндохирургических операций хирург лишен возможности пальпировать ткани. С этой задачей успешно могли бы справиться миниатюрные гибкие ультразвуковые датчики, которые позволят дифференцировать нормальные и патологические ткани.

Внедрение сшивающих аппаратов с изменяющейся геометрией рабочей части значительно облегчит выполнение резекций пищевода и наложение анастомозов в труднодоступных зонах.

Разработка и внедрение роботов и компьютеров сделают видеоэндохирургические операции на пищеводе менее травматичными и опасными и более доступными для хирургов, занимающихся проблемой лечения больных с заболеваниями пищевода.

Таким образом, видеоэндохирургические экстирпации и резекции при раке и рубцовых стриктурах пищевода по соответствующим показаниям являются выбором хирургической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев М.А., Жураев Ш.Ш., Баймаханов Б.Б. Применение эндовидеохирургической техники во время эзофагопластики у больных с послеожоговыми рубцовыми сужениями пищевода // 4-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М.: 2000. - С. 14-15.
- 2 Кузин Н. М., Аблицов Ю.А., Кашеваров С.Б. Торакоскопическая резекция пищевода // 5-й международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М.: 2001. - С. 59-60.
- 3 Марийко В.А., Нечай В.С., Гаврилов В.В. Видеоторакоскопическая экстирпация пищевода при рубцовых стенозах // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М.: 2002. - С. 215-216.
- 4 Марийко В.А., Нечай В.С., Гаврилов В.В. Возможности видеоторакоскопической эзофагэктомии при раке пищевода // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М.: 2002. - С. 217-218.
- 5 Оскретков В.И., Климов А.Г., Ганков В.А., Казарян В.М. Видеоторакоскопическая экстирпация пищевода при опухолевых и неопухолевых заболеваниях пищевода // 5-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М.: 2001. - С. 60-61.
- 6 Перескоков С.В., Буриков М.А. Возможности видеоэндохирургической техники при экстирпации и пластики пищевода // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.Н. Пирогова. - М.: - 2009. - Т.4. - №2. - С. 42-46.
- 7 Черкасов М.Ф., Перескоков С.В., Старцев Ю.М., Колесников В.Е. Ас-систированные видеоторакоскопические экстирпации и резекции пищевода // Эндоскопическая хирургия - М.: 2001. - №2. - С. 68.
- 8 Akaishi T., Kaneda I., Higuchi N. Thoracoscopic en bloc total esophagectomy with radical mediastinal lymphadenectomy // J. Thorac. Cardiovasc. surg. - 1996. - Vol. 112. - № 6. - P. 1533-1541.
- 9 Braghetto I.M., Burdiles P.P., Korn O.B. Esophagectomy and laparoscopic gastric mobilization with minilaparotomy for tubulization and esophageal replacement // Surg. Laparosc. endosc. percutan. Tech. - 2001. - Vol. 11. - №2. - P. 119-125.
- 10 Cuschieri A. Endoscopic subtotal oesophagectomy for cancer using the right thoracoscopic approach // Surg. oncol. - 1993. - Vol. 2. - № 1. - P. 3-11.
- 11 DePaula A.L., Hashiba K., Ferreira E.A.B. Transhiatal approach for esophagectomy. // In: Toouli J., Gossor D., Hunter J.G., eds. Endosurgery. - New York: Churchill Livingstone. - 1996. - P. 293-299.

**Н.Х. МУСАБАЕВ, Е.М. ИМАНТАЕВ, Л.В. БЕЛЬЧЕНКО, С.З. РАХМОНОВ, А.Д. СВЕТЕНКОВ, А.Н. СЕРИКБЕКОВ,
Н.В. СЛОНЕВА, Ж.А. СУЙРҚҰЛ, Ж.А. ХАЙДАРБЕКОВА**
ӨНЕШТИҢ ЭКСТИРПАЦИЯ ЖӘНЕ РЕЗЕКЦИЯСЫНДА ХИРГИЯЛЫҚ ӘДІС

Түйін: Хирургияның ең маңызды мәселерінің бірі ол өңеш аурыларын емдеу болып табылады (Давыдов М.И. және авторласы, 1991; Черкасов М.Ф., 1999; Черноусов А.Ф. және авторласы, 2000; Оноприев В.И. және авторласы, 2003). Көптеген емдердің ішінде хирургиялық ем негізгі әдіс болып саналады. (Черноусов А.Ф. және авторласы, 1990-2009; Абакумов М.М. және авторласы, 2003; Bailey S. et al., 2003). Операциялардың аз мүлшерде жарақаттайтын тәсілдері, науқастардың ерте реабилитациясы экономикалық тұрғыдан үнемділігі қатерлі ісіктің экстирпациясымен резекциясында және де өңештің тыртықтық стриктураларында видеоэндохирургиялық тәсілдердің кеңінен қолданылуына жол ашты. Марийко В.А. және авторласы (1999-2007), Оскреткова В.И. және авторласы (1999-2010), Черкасова М.Ф. (1999-2007), Peracchia A.(1997) ойлары бойынша бұл хирургиялық тәсілдің аз травматикалық жарақаттауымен бірге жақсы визуалдық бақылау, өкпе функциясының ерте қалпына келуі, ауру сезімінің төмендігімен және де операциядан кейінгі асқынулардың аз болуы секілді артықшылықтары бар. Бұл зерттеудің мақсаты өңештің қатерлі ісігімен тыртықтық стриктуралары кезінде видеоэндохирургиялық экстирпациямен резекцияның хирургиялық тактикасын таңдау болып табылады.

Түйінді сөздер: экстирпация, резекция, өңеш.

**N.H. MUSABAEV, E.M. IMANTAEV, L.V. BELCHENKO, S.Z. RAKHMONOV, A.D. SVETENKOV, A.N. SERIKBEKOV,
N.V. SLONEVA, Zh.A. SUIRKUL, Zh.A. KHAIDARBEKOVA**
SURGICAL TACTICS OF ESOPHAGEAL EXTIRPATION AND RESECTION

Resume: Treatment of patients with esophageal diseases is one of the difficult surgery problems. (Davidoff M.I. et al., Cherkasov M.F., Chernousov A.F. et al., Onopriev V.I. et al., 2003). The main treatment for most of them is surgery (Chernousov A.F. et al., 1990-2009, Abakumov M.M. et al., 2003, Bailey S. et al., 2003). Small trauma, early rehabilitation of patients provide cost appropriateness and contributed to widespread adoption video endo surgery methods of hysterectomy an resection of cancer of the esophagus and scarring strictures. According to Mariyko V.A. et al., (1999-2006), Oskrtova V.I. et al., (1999-2010), Cherkassova M.F. (1999-2007), Peracchia A. (1997) the major advantages of such interventions in addition to lesser trauma is a good visual inspection, early recovery of pulmonary function, a small pain and fewer postoperative complications. The aim of the research is the choice of surgical tactics in video endo surgical resection and extirpation of esophageal cancer and scarring strictures.

Keywords: extirpation, resection, esophagus.