

УДК 616.329-006.6-089.15

Ю.В. Товкач,

Л. Д. Назарук

Вищий державний навчальний заклад
України "Буковинський державний
медичний університет", м. Чернівці

ОПЕРАТИВНІ ДОСТУПИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ СТРАВОХОДУ

Ключові слова: рак стравоходу,
торакатомія, лапаротомія,
доступ.

Резюме. *Описані сучасні проблеми вибору оперативного доступу при хірургічному лікуванні раку стравоходу. Розглянені переваги та недоліки традиційної правосторонньої торакатомії та деяких інших методів хірургічного втручання при новоутвореннях стравоходу.*

Рак стравоходу займає 10 місце найбільш розповсюджених локалізацій пухлин та є однією з основних причин смертності від злоякісних пухлин [1]. Частіше всього зустрічається в чоловіків, жінки хворіють у 2-3 рази рідше. В Україні захворюваність на рак становить в чоловіків приблизно 7 випадків на 100 тис. населення, у жінок 1 на 100 тис. Показник смертності становить у середньому 3 випадки на 100 тис. [2].

Лікування раку стравоходу є однією з найскладніших проблем сучасної клінічної онкології. Оскільки стравохід розташовується в трьох анатомічних ділянках і має безпосередній контакт з багатьма життєвоважливими органами, які при пухлинній інфільтрації неможливо видалити, що обумовлює проблеми оперативного лікування раку стравоходу. Захворюваність значно ускладнюється тим, що пухлина при швидкому рості викликає порушення прохідності їжі. Синдром дисфагії викликає кахексію і наносить хворому значну психоемоційну травму.

Перші операції при раку стравоходу були проведені при пухлинах його шийного і черевного відділу з використанням, відповідно, цервіко- чи лапароскопії. В 1888 р. петербурзький професор І.І. Насилов вперше застосував задній позаплевральний транскостальний доступ до грудного відділу, але він майже не застосовувався через високу травматичність. Інший позаплевральний абдомінально-цервікальний доступ в 1913 р. розробив Денк, а в СРСР з 40-х рр. його продовжувачем став А.Г. Савиных, використавши тільки абдомінально-транسخіатальну частину цього доступу. В 1913 р. Терен використав лівосторонню торакатомію, а правосторонню - одночасно Франклін і Аллісон в 1942 р. В 1932 р. Осава запропонував комбінований лівосторонній торакоабдомінальний доступ, доповнений діафрагмотомією, котрий в 1946 р. виконав Гарлок. В останні 25 років, у зв'язку з стрімким розвитком відео-ендоскопічної техніки, роблять чисельні спроби заміни

одного із пластичних розрізів (торакатомії, лапаро- і діафрагмотомії) відео-ендоскопічним втручанням. Яке знаходить як прихильників, так і противників [4].

Визначають два основних типи захворювання: -плоскоклітинна карцинома - виникає з клітин епітелію, які покривають слизову стравоходу; -аденокарцинома - розвивається із залоз стравоходу або з слизової, зміненої за типом кишкової метаплазії і розташованої в нижній частині стравоходу (ця ділянка носить назву стравоходу Барретта). Більшість новоутворень зустрічається саме в нижній ділянці стравоходу [5].

Правостороння торакатомія рекомендується при локалізації ушкодження у верхньо-, середньо- та нижньогрудному відділі стравоходу. В 1946 р., Льюїс вперше виконав резекцію стравоходу з пухлиною і внутрішньоплевральну пластику стравоходу шлунка. Операція була двоментною: спочатку верхньосередина лапароскопія і мобілізація шлунка, а через 2 тижні - правостороння торакатомія, резекція стравоходу з пухлиною, транслокація шлунка і накладання стравохідно-шлункового анастомозу. В останні 2-3 десятиліття операція Льюїса в багатьох клініках стала практично домінуючою. Проводять правосторонню торакатомію по 5 міжребер'ю від довгих м'язів спини до краю реберної дуги. Суттєвим недоліком правосторонньої торакатомії є неможливість доступу до органів черевної порожнини, так як цьому перешкоджає печінка [6].

Лівостороння торакатомія була першим трансплевральним доступом, через який вдалося виконати радикальну екстирпацію грудного відділу стравоходу з пухлиною (Торен, 1913 р.). L.C. Cougaud виконав 280 радикальних операцій лівостороннім доступом, при цьому у 22% пацієнтів вік перевищував 70 років. Післяопераційна летальність становила 7%. Перевагою доступу є можливість додатково проводити діафрагмотомію (без лапаротомії), що дозволяє маніпулювати на

органах верхнього відділу черевної порожнини [7]. Важливим недоліком лівосторонньої торакотомії є розташування дуги аорти спереду і зліва від стравоходу, що суттєво погіршує умови для мобілізації середнього і верхнього його відділу, а також при накладанні високого стравохідно-шлункового анастомозу.

Комбінований лівосторонній торакоабдомінальний доступ рекомендований при локалізації ушкодження в нижньогрудному і середньогрудному відділі стравоходу, а також при пухлинах кардіоезофагіальної зони. У положенні хворого на правому боці хірург проводить шкірний розріз вздовж 6 міжребер'я зліва від лівої лопаткової лінії до точки, розташованої на 3 см дистальніше реберної дуги. Після виконання торакотомії і пересічення реберної дуги розсікають черевну стінку до зовнішнього краю лівого прямого краю м'яза живота, а після частково розсікається діафрагма. В ході мобілізації стравоходу, останній видаляється по всій довжині, аж до глотки. Для полегшення мобілізації стравоходу на рівні дуги аорти, хірург вдається до розсічення парієтальної плеври над дугою аорти латеральніше лівої надключичної артерії: стравохід легше видаляється через утворений простір. Тривалість операції в середньому складає 5 год [8].

Одностороння цервікотомія застосовують тільки для формування шийного стравохідно-шлункового анастомозу. Розріз проводять вздовж переднього краю грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, після чого пересікається лівий лопатково-під'язиковий м'яз а далі розсікаються фасції шиї до претрахіальної включно [8].

Трансхіатальний доступ - це доступ до стравоходу без торакотомії завжди приваблював хірургів меншою травматичністю. Існує 2 способи: один із них передбачає тільки лапаротомію і сагитальну діафрагмотомію і був запропонований А.Г.Савиных. Інший спосіб - трансхіатальна езофагектомія включає в себе торакотомію з діафрагмо- і цервікотомією. Мобілізація стравоходу проводиться як знизу, через розсічену діафрагму, так і зверху, через розріз на шиї. Класичний метод передбачає "тупе" видалення пальцем. Після мобілізації стравоходу останній, як правило, витягується на шию разом з органом-трансплантантом (найчастіше шлунком), після чого видаляється стравохід і формується стравохідний анастомоз. Трансхіатальна езофагектомія найбільш часто виконується при раку кардіального та нижнього відділу стравоходу [9].

В останні роки різко зросла цікавість до виконання різних оперативних втручань за допомогою відео-ендоскопічних втручань. А. Cuschieri ствер-

джує, що це дає можливість видаляти пухлини середньої і нижньої третини стравоходу і виконати лімфаденектомію. Незважаючи на усі переваги, відео-ендоскопічний метод має багато недоліків. Через ускладнення в ході операції доводиться вдаватися до торакотомії. У зв'язку з високим відсотком ускладнень О.Д. McAnen вважає, що схожі методики ще не можна широко застосовувати [10].

Резекція стравоходу за І. Льюїсом (лапаротомія + правостороння торакотомія) - найбільш популярне хірургічне втручання при поразенні майже всіх частин грудного стравоходу. Його основні положення - правостороння торакотомія по 5 міжребер'ю з одномоментною лапаротомією, для мобілізації шлунка в ролі транспланта. Стравохідний анастомоз накладається внутрішньоплевралью [6].

Резекція стравоходу за Мак-Кеоном (правостороння торакотомія+лапаротомія+ цервікальний анастомоз) відрізняється від операції Льюїса накладанням стравохідного анастомозу на шиї. При видаленні шлунка в ролі транспланта часто використовують метод видалення дванадцятипалої кишки по Кохеру [6].

Торакоабдомінальний доступ за Осава-Гарлоком. Зазвичай оперують пухлини стравоходу, розташовані нижче рівня дуги аорти з накладанням внутрішньоплеврального анастомозу в лівій грудній порожнині. При цьому проводять часткову, за необхідності повну діафрагмотомію [7].

Мінімально інвазивні резекції стравоходу. Суть операції складає заміна лапаротомії лапароскопією при мобілізації шлункового транспланта і виконання торакокопії замість торакотомії. Основною перевагою такого втручання - зниження травматичності. Недоліки операцій: подовжений час операції, протипоказання (спайки в грудній та черевній порожнині), невеликі можливості при мобілізації місцево-розташованого процесу, більша кількість ускладнень [13].

Пластика стравоходу товстою кишкою. В 1911 р. Н. Vulliet і незалежно від нього G.E. Kelling запропонували для заміщення стравоходу трансплант із поперечної ободової кишки. В 1923 р. О. Roith вперше виконав тотальну езофагопластику правої половини товстої кишки з частиною клубової. Живлення мобілізованої кишки здійснюється за рахунок середньої ободової артерії. У наш час товстокишкову езофагопластику проводять у випадках неможливості використання шлунка в даних цілях [11].

Пластика стравоходу цілим шлунком. Ідея замінити резектовану частину стравоходу шлунком належить М. Biondie (1895). В 1920 р. М. Kir-

schner розробив оригінальну методику пластики стравоходу, яка заключається в мобілізації цілого шлунка із зберіганням обох правих шлункових артерій. Після пересічення стравоходу в абдомінальному його відділі, останній з'єднали з товстою кишкою У-подібним анастомозом для відведення стравохідного секрету [12].

Отже, можна зазначити, що великої популярності набули відео-ендоскопічні методи, які є найменш травматичні і найчастіше використовуються на початкових етапах пухлинного процесу з інвазією в межах слизового шару стравоходу, в інших випадках основним методом лікування залишаються хірургічні методи. На сучасному етапі хірургічного лікування раку стравоходу залишається дуже багато невирішених проблем, зокрема оперативного доступу.

Література. 1. Кондрацкий Ю.Н. Паллиативное и радикальное лечение больных раком пищевода: результаты и прогноз / Ю.Н. Кондрацкий // Онкология. - 2004. - Т.6, №3. - С. 236-240. 2. Мельников О.Р. Рак пищевода: картина и стадирование заболевания / О.Р. Мельников // Практическая онкология. - 2003. - Т.4, №2. - С. 66-69. 3. Ганул В.Л. Тридцатилетний опыт хирургического лечения больных раком пищевода / Ганул В.Л., Киркилевский С.И., Крахмалев С.Н. // Онкология. - 1999. - 1, №1. - С. 65-68. 4. Насилов И.И. Эзофаготомия и иссечение пищевода внутри груди / Насилов И.И. // Врач. - 1888. - С. 25. 5. Watanabe H. Necessity of cervical lymph node dissection by retrospective analysis of submucosal cancer in mid- and lower thoracic esophagus / Watanabe H., Kato H., Tachimori Y. // Ann Thorac Cardiovasc Surg. - 1995. - №1. - С. 49-53. 6. Симонов Н.Н. Одномоментная чресплевральная или трансдиастиальная эзофагопластика при резекции пищевода по поводу рака / Симонов Н.Н., Рыбин Е.П., Ухваткин В.Г. // Вестн хирург. им. Грекова. - 1996. - 155(6). - С. 14-16. 7. Ганул В.Л. Рак пищевода. Руководство для хирургов и онкологов / Ганул В.Л., Киркилевский С.И. // Книга плюс. - 2003. - С. 199. 8. Аникин В. Экстирпация грудного отдела пищевода с использованием левостороннего торакоабдоминального и

шейного доступов / Аникин В., Макманус К., Лоури К., Макгвиган Д. // Хирургия. - 1998. - №11. - С. 22-24. 9. Fujimaki M. My device for operation of esophago-gastric and gastric cancer / Fujimaki M. // Nippon Geka Gakkai Zasshi. - 1997. - 98, №9. - С. 786-788. 10. Современные методы лечения рака пищевода и рака кардиального отдела желудка / Журнал АМН України. - 1999. - Т.5, №3. - С. 564-574. 11. Попов В.И. Восстановительная хирургия пищевода / Попов В.И., Филин В.И. // Медицина. - С. 311. 12. Гальперн Я.О. К вопросу о пластике пищевода / Гальперн Я.О. // Хирургия. - 1913. - 33. - С. 115-120. 13. Lewis J. The surgical treatment of carcinoma of the esophagus with special reference to a new operation for growths of the middle third / Lewis J. // Brit. J. Surg. - 1946. - 34. - С. 133.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Ю.В. Товчак, Л. Д. Назарук

Резюме. Изложены современные проблемы оперативного подхода при хирургическом лечении рака пищевода. Рассмотрены преимущества и недостатки традиционной правосторонней торакотомии и некоторых методов хирургического вмешательства при новообразованиях пищевода.

Ключевые слова: рак пищевода, торакотомия, лапаротомия, доступ.

OPERATIVE ACCESSES THE SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER

Yu. V. Tovkach, L. D. Nazaruk

Abstract. The modern problem of choosing surgical access in the surgical treatment of esophageal cancer. Viewed advantages and disadvantages of the traditional Right thoracotomy and some other methods of surgery with esophageal tumors.

Key words: esophageal cancer, thoracotomy, laparotomy, access.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi

Clin. and experim. pathol. - 2016. - Vol.15, №2 (56), ч.2. - P.91-93.

Надійшла до редакції 11.05.2016

Рецензент – проф. Б.Г. Макар

© Ю.В. Товчак, Л. Д. Назарук, 2016