

## ЕЗОФАГОГАСТРЕКТОМІЇ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

**Р.В.Сенютович, В.Д.Бабін, В.П.Унгурян, Е.В.Олійник**

*Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Випадки поєданого раку шлунка і стравоходу дуже рідкісні. При оперативному лікуванні раку кардії значні труднощі виникають під час видалення пухлини, коли вона проростає в суміжні органи черевної порожнини і високо поширюється на стравохід. Вибір оперативного доступу під час подібних операцій завжди складний як для хірурга, так і хворого. Лапаротомія з правобічною торакотомією з метою радикального видалення пухлини стравоходу не завжди сприятлива для технічного виконання операції (проростання в ніжки діафрагми, ліву стінку перикарда). У цих ситуаціях хірурги нерідко змушені використовувати одночасно як торакоабдомінальний, так і правобічний торакальний доступи [1-4].

**Мета дослідження.** Проаналізувати показання і методику проведення езофагогастректомій.

**Матеріал і методи.** За останні 10 років у клініці онкології Буковинського медуніверситету лікували 5 хворих з поєданим ураженням шлунка і стравоходу. Один з них оперований. Другому хворому езофагогастректомія виконана з приводу раку кардіальної частини шлунка.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Наводимо виписки з історій хвороб оперованих хворих.

1. Хворий Ч., 1943 року народження (історія хвороби № 2637), госпіталізований 02.11.93 р. зі скаргами на порушення прохідності стравоходу, біль за грудиною, слабкість, схуднення. Хворіє протягом 6 місяців. Стан хворого задовільний, дефіцит маси тіла – 10 кг. Органи грудної порожнини без особливих змін, живіт м'який, не болючий. Пухлина в животі не виявляється. При рентгеноскопії стравоходу і шлунка виявлено рак грудної частини стравоходу в ретрокардіальному сегменті. Шлунок без змін. При езофагоскопії – ракова пухлина на відстані 21 см від різців, проникнути нижче пухлини езофагоско-

пом не вдається. Гістологічний висновок біопсії: плоскоклітинний незроговілий рак. Хворому виконано операцію Люїса (02.11.93 р.). Верхньосереднім доступом розітнута черевна порожнина. У кардіальній частині шлунка виявлена пухлина розміром 4x5 см з поширенням на дно і тіло шлунка. Проведена мобілізація шлунка з перев'язкою лівої шлункової, правої шлунково-сальникової та коротких шлункових артерій, передню діафрагмотомію. Тупо виділений нижній сегмент грудної частини стравоходу. У ретрокардіальному сегменті стравоходу виявлена пухлина, яка звужує його просвіт (рис. 1). Правобічна торакотомія по V міжребер'ю, мобілізація грудної частини стравоходу з пухлиною. Стравохід перерізаний вище v. azygos. Плевральна порожнина зашита, операція продовжена з черевної порожнини. Мобілізований стравохід зведено в черевну порожнину, шлунок вирізано на 5 см вище воротарної частини, сформована пілоростома і шийна езофагостома (рис. 2). Післяопераційний період упродовж чотирьох днів задовільний: відновилися перистальтика кишечника, хворий через пілоростому почав вживати рідкі харчові суміші. На восьмий день хворий помер внаслідок емболії легеневої артерії.

2. Хворий Я., 1948 року народження (історія хвороби № 117), госпіталізований 12.01.98 р. з діагнозом: рак нижньої третини стравоходу. Прооперований 22.01.98 р. Комбінованим торакоабдомінальним доступом по VII міжребер'ю розітнута плевральна і черевна порожнини з пересіканням реберної дуги і діафрагми. Виявлено рак кардіальної частини шлунка. Пухлина проростає у підшлункову залозу, ніжки діафрагми, нижній край лівої легені, поширюючись на стравохід до рівня дуги аорти (рис. 3). Мобілізовано стравохід і шлунок. Стравохід перерізано нижче дуги аорти. Дистальна частина стравоходу і шлунок видалені, виконано крайову резекцію підшлункової залози, нижньої частки

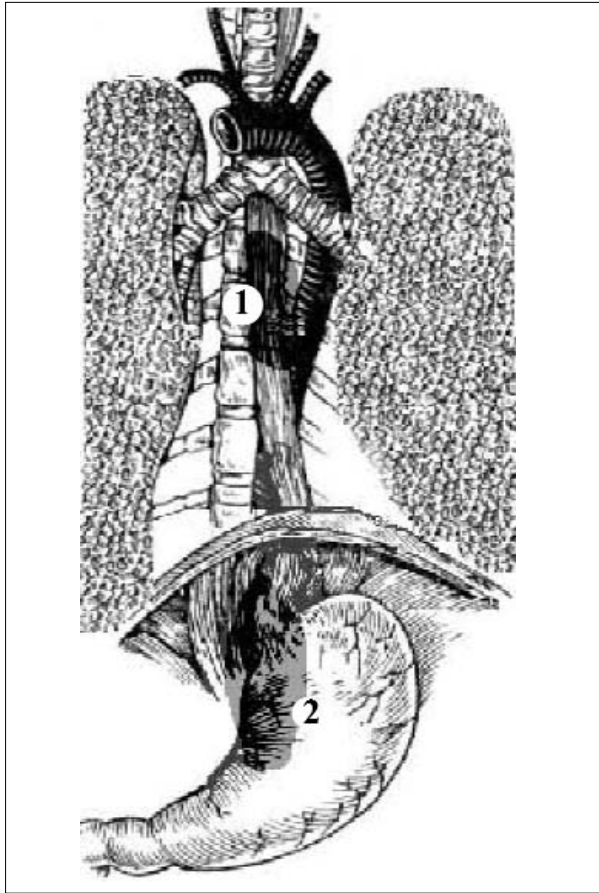


Рис. 1. Схема ураження стравоходу та шлунка у хворого Ч.  
1 – пухлина стравоходу; 2 – пухлина шлунка.

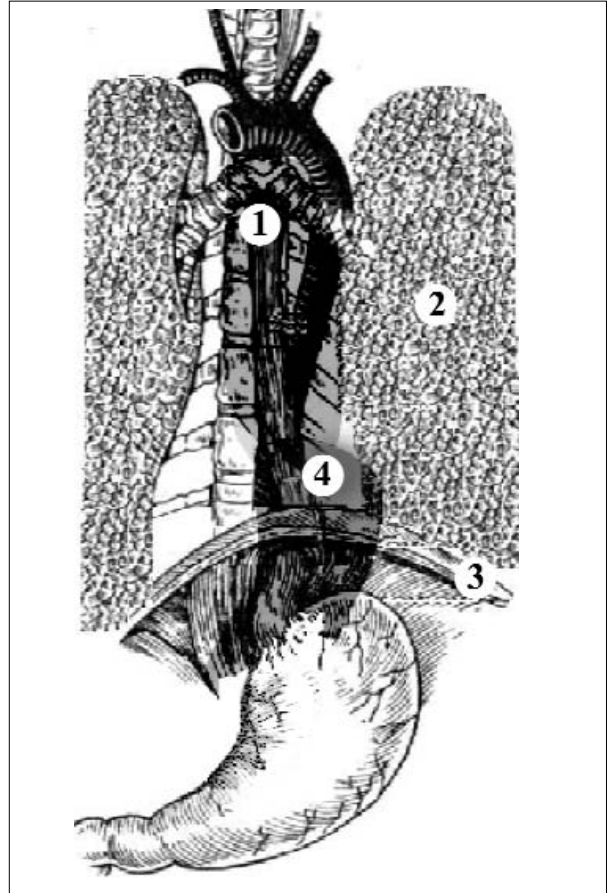


Рис. 3. Рак кардії з проростанням у шлунок, верхній край підшлункової залози, ніжки діафрагми та ліву легень у хворого Я.  
1 – стравохід; 2 – ліва легеня; 3 – діафрагма; 4 – пухлина шлунка і стравоходу.

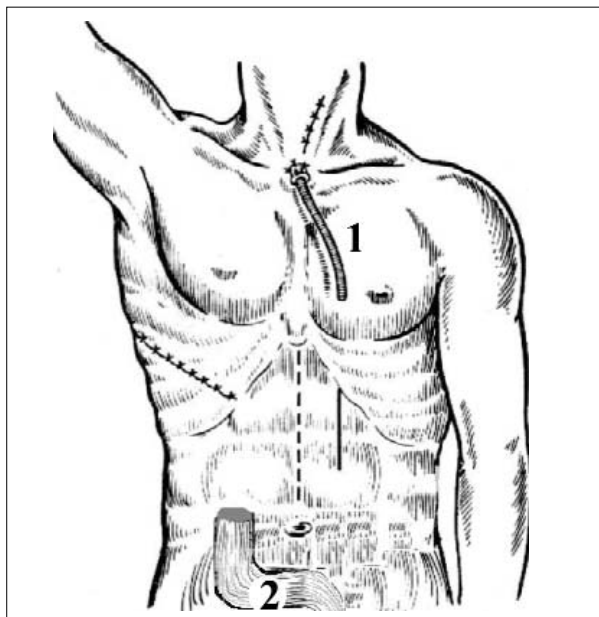


Рис. 2. Езофагостома (1) та пілоростома (2) у хворого Ч. після езофагогастректомії.

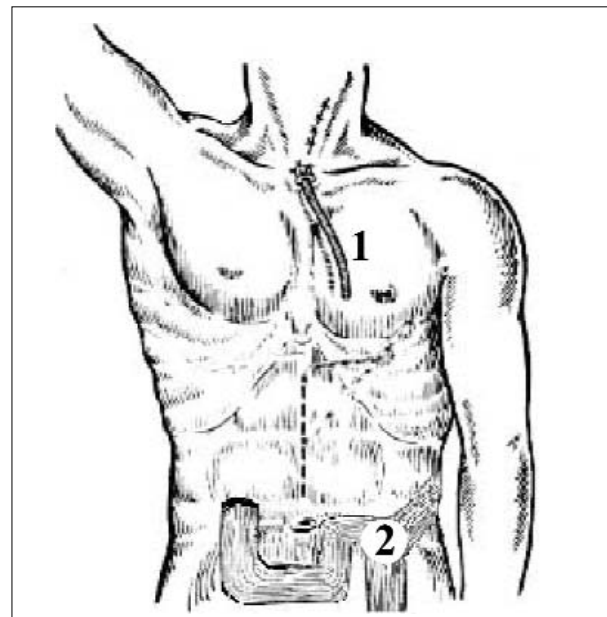


Рис. 4. Шийна езофагостома (1) та єюностома (2) у хворого Я. після езофагогастректомії.

лівої легені, 5x7 см діафрагми. Перемістити петлю порожньої кишки в плевральну порожнину і накласти езофагосюноанастомоз не вдалося. Стравохід мобілізований до купола діафрагми, виведений на шию. Після його резекції сформована шийна езофагостома. Тонка кишка перерізана на 25 см нижче зв'язки Трейтца, дистальний її кінець виведений у вигляді єюностоми (рис. 4). Накладено ентоероанастомоз "кінець у бік". Пошарово зашиті рани черевної та грудної порожнин. Післяопераційний період без ускладнень. Хворий оглянутий через шість місяців, продовження процесу немає. Прибавив у масі 8 кг. Харчується 5-6 разів на день рідкими харчовими сумішами через єюностому. Від реконструктивної операції відмовився. Повторно оглянутий через три місяці, стан задовільний, від реконструктивної операції знову відмовився.

Наведені випадки засвідчують можливість комбінованого видалення стравоходу і шлунка при місцевому поширенні раку. У першого хворого рак шлунка до операції не виявлений, що спричинило надмірну тривалість і зайву травматичність операції. При подвійній локалізації раку (стравохід + шлунок) вельми важливим є

точне визначення стадій пухлин та їх операбельності, що потребує обов'язкової лапароскопії. Операції варто починати з торакотомії та резекції стравоходу. При раку стравоходу треба пам'ятати про можливість поєданого ураження шлунка.

Езофагогастректомії потрібно закінчувати товстокишковою пластикою стравоходу, що потребує двох бригад хірургів, належного анестезіологічного забезпечення та застосування сучасних зшивальних апаратів. За відсутності таких умов реконструктивний етап втручання потрібно виконувати через кілька місяців після повної реабілітації хворого та відсутності метастатичного процесу.

**Висновки.** 1. При тотальному ураженні шлунка і стравоходу показана езофагогастректомія. 2. Реконструктивний етап операції раціонально проводити через кілька місяців після видалення пухлини.

**Перспективи наукового пошуку.** Результати аналізу хворих на поєднаний рак стравоходу і кардіальної частини шлунка можуть сприяти створенню диференційних лікувально-реабілітаційних програм для хворих з такою патологією.

### Література

1. Давыдов И.И. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей в торакоабдоминальной клинике // *Вопр. онкол.* – 2002. – Т. 48, № 4-5. – С. 468-479.
2. Столяров В.И., Симонов Н.Н., Щукин В.В. Результаты одномоментных резекций и эзофагопластики при раке пищевода на этапах клинического внедрения // *Вопр. онкол.* – 1998. – Т. 36, № 2. – С. 190-195.
3. Симонов Н.Н., Канаев С.В., Коритова А.А. и др. Лечение больных раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны на современном этапе // *Вопр. онкол.* – 1999. – Т. 39, № 2. – С. 124-128.
4. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. *Хирургия пищевода: Руководство для врачей.* – М.: Медицина, 2000. – 352 с.

### ЕЗОФАГОГASTРЕКТOMІЇ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Р.В.Сеніутович, В.Д.Бабін, В.П.Унгурян, Е.В.Олійник*

**Резюме.** Описані випадки езофагогастректомії з приводу поєданого раку стравоходу та кардії. Обговорені показання та методики операцій.

**Ключові слова:** рак, стравохід, шлунок, езофагогастректомія.

### ESOPHAGOGASTRECTOMY IN ONCOLOGIC PRACTICE

*R.V.Seniutovich, V.D.Babin, V.P.Ungurian, E.V.Oliynyk*

**Abstract.** Cases of esophagogastrectomies in case of combined cancer of the esophagus and cardia have been described. Indications and operation techniques have been discussed.

**Key words:** cancer, esophagus, stomach, esophagogastrectomy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 30.01.2004 р.,  
після доопрацювання – 14.04.2005 р.