

По результатам проведенного исследования определена значимость MUC1/MUC13 как серологического маркера для уточняющей диагностики у пациентов с опухолями кишечника, что позволяет сделать вывод о возможности его применения как раннего биологического маркера в морфологических и серологических исследованиях у пациентов с высоким клиническим риском развития новообразований кишечника.

ЛИТЕРАТУРА

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30817589>
2. Behera S.K. Exploring the role and diversity of mucins in health and disease with special insight into non-communicable diseases / S.K. Behera, A.B. Praharaaj, B. Dehury, S. Negi // Glycoconj. J. – 2015. – 32, P. 575-613.

РОЛЬ И МЕСТО ТРАНСХИАТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Гривачевский А.С., Божко Г.Г., Камарец А.М., Каравай А.В., Кеда В.В.,
Угляница К.Н.

Гродненская университетская клиника

Актуальность. Рак пищевода (РП) относится к опухолям с агрессивным течением и, по данным ВОЗ занимает 8-е место среди онкологических заболеваний и 6-е – среди причин онкологической смертности. Несмотря на достигнутые успехи, результаты лечения РП все еще остаются неудовлетворительными. РП имеет один из самых высоких индексов агрессивности опухоли (соотношение числа умерших к количеству заболевших) равный 0,87. Одногодичная летальность при РП находится на первом месте среди онкологических пациентов, достигая 65-80%. Относительная 5-летняя выживаемость не превышает 10-15%. У 65-75% пациентов к моменту начала лечения устанавливается III-IV стадия[1].

Оперативное лечение в настоящее время является основным. Открытые хирургические резекции при РП остаются стандартом лечения в большинстве клиник. На протяжении последних десятилетий отмечено существенное снижение послеоперационной летальности до 5-10%. Данный результат, несомненно, обусловлен развитием анестезиологии и реаниматологии, а также совершенствованием хирургической техники. Однако уровень послеоперационных осложнений по-прежнему остается высоким, достигая 35-50% [1]. Выбор хирургического доступа определяется локализацией опухоли, планированием выполнения лимфодиссекции и состоянием пациента. По-прежнему существуют различные мнения по поводу хирургического доступа, объема лимфодиссекции, локализации и способа формирования анастомоза.

Данные мнения базируются на противоречивых результатах множества проведенных исследований, а также личных предпочтениях хирургов и традициях, сложившихся в клиниках [1,2].

Цель. Оценить результаты и правомочность трансхиатальной эзофагэктомии (ТХЭ) при хирургическом лечении рака грудного отдела пищевода.

Методы исследования. За 15-летний период с 2004 по 2018г. в онкологическом отделении №5 прооперированы 128 пациентов с РП и раком пищеводно-желудочного перехода. У 88 больных одним из этапов хирургического доступа являлась торакотомия (операции Lewis, McKeown, Harlock). У 40 пациентов эзофагэктомия с одномоментной пластикой пищевода выполнялась трансхиатально из шейно-абдоминального доступа без торакотомии. Среди пациентов, перенесших ТХЭ, было 5 женщин и 35 мужчин, в возрасте от 47 до 72 лет. По гистологическому типу преобладал плоскоклеточный рак – 36 человек (90,0%), аденокарцинома – у 4 пациентов (10,0%). У 31 больного опухоль локализовалась в нижней трети грудного отдела пищевода, у 9 имелось поражение средней трети. Одномоментную эзофагопластику предпочитали выполнять используя желудочную трубку из большой кривизны (36 пациентов), у 4 больных, перенесших ранее операции на желудке, искусственный пищевод сформирован из толстой кишки.

Ретроспективно изучены непосредственные и отдаленные результаты ТХЭ с одномоментной пластикой и первичным анастомозом на шее.

Результаты и их обсуждение. За 15-летний период выполнено 40 ТХЭ с одномоментной пластикой и первичным анастомозом на шее. Решение о выполнении ТХЭ принималось у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, значительным истощением, респираторными нарушениями, когда торакальный доступ представлялся непереносимым.

После срединной лапаротомии выполнялась ревизия брюшной полости с оценкой региональных лимфоузлов и печени, после сагиттальной диафрагмотомии мобилизовали грудной отдел пищевода до шеи вместе с опухолью и клетчаткой средостения до уровня бифуркации трахеи. Затем проводили мобилизацию желудка с лимфодиссекцией в объеме D2 и формирование желудочной трубки из большой кривизны либо толстокишечного трансплантата. Следует отметить, что на этапе освоения операции в 80-90 годы, при мобилизации грудного пищевода избегали повреждения плевральных листков. По мере накопления опыта убедились, что широкая резекция медиастинальной плевры с обеих сторон, перикарда, диафрагмы, не приводят к увеличению числа легочных осложнений. На втором этапе операции выполнялась цервикотомия, мобилизация шейного отдела пищевода, перевод трансплантата на шею и его анастомоз с культей пищевода конец в конец.

Послеоперационная летальность составила 2 случая (5,0%). У одного пациента развился ишемический некроз толстокишечного трансплантата, приведший к смерти от септических осложнений. Второй скоропостижно

скончался от острой сердечно-сосудистой недостаточности без каких либо хирургических осложнений.

У 8 пациентов (21,1%) развилась несостоятельность шейного эзофагогастроанастомоза, которая протекала без ухудшения общего состояния и признаков интоксикации. У всех пациентов проводилась консервативная терапия, приведшая к заживлению свища на шее в течение 1-4 недель.

Рубцовое сужение анастомоза развилось у 6 пациентов (15,8%) в сроки 4-7 месяцев после операции. Применяемые мероприятия (бужирование, эндоскопическое рассечение стриктуры и в одном случае стентирование протяженной стриктуры толстокишечного трансплантата) позволили добиться адекватного энтерального питания у всех пациентов.

Очевидно, (таблица) что основное влияние на продолжительность жизни оказывала распространенность процесса. Так, у всех 10 пациентов умерших до года, отмечена значительная протяженность опухоли (7-12 см). В тоже время при 1-2 стадии опухоли более 5 лет прожило 50,0%. У пациентов с III-IV стадией рака 5-летней выживаемости не достигнуто.

Таблица. – Отдаленные результаты лечения рака пищевода методом ТХЭ

Показатели	I-II стадия (n=12)	III-IV стадия (n=28)
Живы	8 (3-13,5 лет)	4 (1,8-2,3 года)
послеоперационная летальность	–	2
Выживаемость: -1 летняя	12 (100%)	16 (61,5%)
-2 летняя	9 (75,0%)	6 (23,1%)
-3 летняя	9 (75,0%)	1 (4,8%)
-5 летняя	6 (50,0%)	–

В настоящее время считается, что радикальная операция – это единственный метод лечения, позволяющий у ряда пациентов добиться полного выздоровления. Поэтому радикальная операция (чрезплевральная субтотальная резекция или экстирпация пищевода с 2-зональной лимфодиссекцией) является общепризнанным стандартом в лечении пациентов с резектабельным РП [1,3]. При селекции кандидатов для такой операции учитывается как распространенность опухолевого процесса, так и их соматический статус. Однако ряд авторов считают, что у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, значительным истощением, респираторными нарушениями, когда торакальный доступ представлялся непереносимым, альтернативу химиолучевому лечению может представлять ТХЭ[4,5].

Преимуществами трансиатального доступа является отсутствие торакотомии и, следовательно, низким уровнем послеоперационного болевого синдрома и развития сопутствующих тяжелых легочных осложнений, предупреждение медиастинита при несостоятельности анастомоза, меньшая

продолжительность и травматичность операции, снижение летальности [4,5]. Основным недостатком ТХЭ – технические сложности в выполнении широкой медиастиальной лимфодиссекции в бифуркационной зоне и верхнем средостении, а также высокая частота несостоятельности шейного анастомоза с последующим формированием стриктур и риском повреждения гортанного нерва. Однако, послеоперационные осложнения при ТХЭ не носят фатальный характер и легко устраняются консервативными мероприятиями.

И в тоже время проблема хирургического лечения РП далека от окончательного разрешения. Одни исследователи видят перспективы в улучшении результатов лечения в расширенных 2-х и 3-зональных лимфодиссекциях [2,3], другие – во внедрении минимально-инвазивных технологий, с использованием эндоскопической и робототехники [3]. ТХЭ предлагается использовать только при раннем РП, у ослабленных пациентов [3,4], а также в некоторых случаях в качестве шунтирующей операции в III-IV стадии заболевания [1,5]. Однако наш опыт подтверждает правомочность применения ТХЭ при раке грудного отдела пищевода с приемлемыми непосредственными и отдаленными результатами.

Выводы. 1. Выполнение ТХЭ при резектабельном раке грудного пищевода показано тяжелым пациентам с низкими функциональными резервами, поскольку она сравнительно легко переносится, дает небольшое число осложнений и низкую летальность.

2. Отдаленные результаты ТХЭ при I-II стадии РП не уступают трансторакальным вмешательствам с двухзональной лимфодиссекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов, М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди – 3 изд. – Москва: Медицина, 2007. – 392с.
2. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода. Руководство для врачей. / А.Ф. Черноусов. – Москва: Медицина, 2000. – 352с.
3. Стилиди, И.С. Результаты и перспективы хирургического лечения больных раком грудного пищевода / И.С. Стилиди [и др.] // Практическая онкология. – 2003. – Т.4, №2. – С. 70-75.
4. Meredith, K.L. Comparative Perioperative Outcomes by Esophagectomy Surgical Technique / K.L. Meredith // J.Gastrointest.Surg. – 2019. – Vol. 200(3). – P. 282-288.
5. Гривачевский, А.С. Паллиативная эзофагэктомия при местнораспространенном раке внутригрудного отдела пищевода / А.С. Гривачевский // Труды конференции ГОКБ, посвященные 10-летию последствий аварии на ЧАЭС: Сб. научн. трудов. – Гродно, 1996. – С. 67-68.