

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Е.И. Сигал, В.А. Чернышев, А.Р. Уткузов

*Клинический онкологический диспансер (главрач — канд. мед. наук Р.Ш. Хасанов)
МЗ РТ, г. Казань*

Оперативное лечение рака гортаноглотки с распространением на шейный отдел пищевода и рака шейного отдела пищевода с переходом на гортаноглотку имеет свои особенности. Единственной операцией при этой патологии является удаление шейного отдела пищевода вместе с гортаноглоткой, гортанью и частью трахеи. Подобного рода операция — ларингофарингоэзофагэктомия была разработана уже давно [8] и получила признание. Тем не менее число рецидивов в культе пищевода оставалось высоким. По данным Ю.Л. Гамбурга [1], из 17 больных раком шейного отдела пищевода с поражением гортаноглотки, которым было произведено хирургическое и комбинированное лечение (лучевая терапия и шейная ларингофарингоэзофагэктомия), у 13 возникли рецидивы опухоли в культе пищевода. На этом основании Ю.Л. Гамбург считает, что при поражении шейного отдела пищевода удалять последний следует целиком. Им и его сотрудниками приведены данные о 8 операциях — полном удалении гортаноглотки и пищевода двумя бригадами хирургов. Пластику пищевода выполняли на втором этапе, спустя несколько месяцев, как правило, с помощью тонкой кишки. Подобного мнения придерживался и В.Н. Казанский [2], который считал, что при оперативном лечении рака пищеводно-глоточного отдела методом выбора является тотальное удаление пищевода вместе с гортанью и гортаноглоткой. Последующее или даже одномоментное пластическое воссоединение пищеводной трубки выполняется антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка по Гаврилию. Fairman и John [5], основываясь на малоутешительных результатах циркулярной резекции гортаноглотки, предложили расширенную

ларингэктомию с круговой резекцией гортаноглотки и резекцией всего пищевода с одномоментной кишечной пластикой. В России в 1970 г. была выполнена первая операция — расширенная ларингэктомия с круговой резекцией гортаноглотки, субтотальной тиреоидэктомией, тотальной эзофагэктомией и одномоментной пластикой пищевода антиперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка [1].

В связи с большой травматичностью, объемом удаляемых тканей, необходимостью второй бригады торакальных хирургов подобную операцию в России и странах СНГ долго не выполняли. Развитие методик трансхиатального выделения пищевода (без торакотомии), использование для одномоментной пластики пищевода изоперистальтического стебля из большой кривизны желудка или части ободочной кишки и создание надежных фарингеальных анастомозов позволили по-новому взглянуть на эту проблему. В зарубежных клиниках эта операция стала называться тотальной ларингофарингоэзофагэктомией. По данным зарубежных авторов [4—7], послеоперационная летальность колебалась от 3—5% до 10%. Частота несостоятельности фарингеального анастомоза составляла 5—10%. По мнению большинства онкологов, при тотальной эзофагэктомии риск операции не увеличивался, частота осложнений значительно не возрастала, через 6—10 дней восстанавливалось питание через рот, и на 19—21-й день больных выписывали домой. Одномоментное восстановление пищеводного пути за счет желудочной трубки является методом выбора при тотальной ларингофарингоэзофагэктомии.

В отечественной литературе имеются единичные описания тотальной ла-

рингофарингоэзофагэктомии с одномоментной эзофагофарингопластикой желудочным трансплантатом [1, 2], поэтому мы хотим поделиться опытом выполнения 20 подобных операций в период с 1993 по 1999 г. До настоящего времени четко не определены показания к таким обширным операциям и не разработаны детали восстановительного этапа операции.

Мы считаем, что показаниями к тотальной ларингофарингоэзофагэктомии с одномоментным восстановлением пищевого пути являются обширные опухоли гортани и гортаноглотки с поражением шейного отдела пищевода, рак устья пищевода и шейного отдела пищевода, синхронные опухоли пищевода и гортаноглотки, рак шейного отдела пищевода с врастанием в трахею и щитовидную железу, рак щитовидной железы с врастанием в пищевод и трахею, рецидивные опухоли гортани и гортаноглотки после комбинированного лечения.

У всех наших больных был местно распространенный рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода $T_4N_0-2M_0$ (TNM-98). У 8 больных определялся продолженный рост рака гортаноглотки и устья пищевода после проведенных лучевой и химио-лучевой терапии. У 5 больных рак гортаноглотки сочетался с поражением устья пищевода, выраженной дисфагией, нарастающей кахексией, что явилось противопоказанием к лучевой терапии, у 3 — с раком шейного отдела пищевода с поражением его устья после лучевой терапии, у 3 — с рецидивом рака гортани с поражением устья пищевода после нескольких курсов лучевой терапии и операции (резекции и экстирпации гортани). У одного больного был синхронный рак гортаноглотки II стадии и средней трети пищевода III стадии.

Мужчин было 12, женщин — 8 в возрасте от 31 года до 63 лет. Средний возраст больных составил 52,5 года. Все больные имели гистологически подтвержденный диагноз плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки. У 4 больных обнаружены метастазы в регионарных лимфатических узлах шеи.

Стандартной операцией была ларингофарингоэзофагэктомия с одномоментной эзофагофарингопластикой изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка, проведенным в заднем средостении, и фарингогастростомозом на шее. Одному больному эзофагофарингопластика выполнена левой половиной ободочной кишки. Всем больным была произведена двусторонняя шейная лимфаденэктомия. Оперировали две бригады хирургов (схема операции представлена на рисунке).

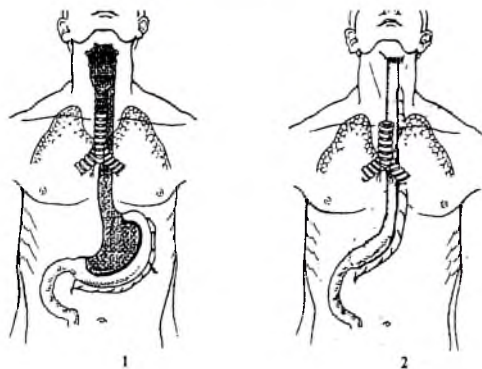


Схема тотальной ларингофарингоэзофагэктомии с одномоментной пластикой пищевода и глотки изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка:

1 (выделенная область) — удаляемые ткани и органы; 2 — изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка, проведенный в заднем средостении и подшитый к ротоглотке.

Хирурги первой бригады после Т-образного разреза кожи на шее выполняли расширенную экстирпацию гортани и гортаноглотки, особо не отличавшуюся от описания подобной операции в отечественных монографиях [1—3]. Трахею пересекали на уровне 3—4 полукольца, если же возникала необходимость более низкого пересечения, то прибегали к продольной стернотомии. При прорастании опухоли в щитовидную железу ее резецировали — гемитиреоидэктомия или субтотальная (у одного тотальная) тиреоидэктомия. Одним из отличий этого этапа являлось то, что мы не пересекали шейный отдел пищевода, а наоборот, как можно ниже в средостении производили мобилизацию грудного отдела пищевода тупым путем. Хирурги второй бригады при установлении резектабельности опухоли на шее

производили верхнесрединную лапаротомию с коррекцией доступа четырьмя РСК-10. После сагиттальной диафрагмотомии по А.Г. Савиных пищевод транسخиатально выделяли до верхней грудной апертуры. Пищевод пересекали над кардией и выводили на шею, где после пересечения глотки удаляли весь препарат.

Далее пластику пищевода и глотки выполняли изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка с сохранением правых желудочно-сальниковых сосудов с помощью аппаратов УО-60. Особенно тщательно выделяли устья левых желудочно-сальниковых сосудов для более полного сохранения большой перигастрической дуги и максимально возможной длины трансплантата с использованием всей большой кривизны желудка вплоть до кардии. При соблюдении описанных выше деталей трансплантат получался достаточной длины и с хорошим кровоснабжением вплоть до верхушки.

Для установления адекватности кровоснабжения трансплантата использовали ангиотензометрию по М.З. Сигалу. Затем желудочный трансплантат укладывали в заднем средостении и выводили на шею, где формировали одномоментно фарингогастроанастомоз. Мы считаем этот этап также одним из самых ответственных. С учетом различных диаметров сшиваемых органов варианты наложения фарингеальных анастомозов могут быть различными. В последнее время мы формируем анастомоз с левой полуокружностью глотки и желудочным трансплантатом открытым способом и раздельным сшиванием слизистых оболочек. Предварительно правую полуокружностью глотки ушиваем двухрядным швом. При оперировании данным методом последних 4 больных у одного из них произошла небольшая несостоятельность фарингеального анастомоза.

Во время операций существенных осложнений не было. Кровопотеря в среднем составила 300—400 мл и была компенсирована вливанием плазмозамещающих растворов. Продолжительность всей операции составила 3,5—4 часа.

У 8 больных в связи с прорастанием опухоли в щитовидную железу были

выполнены резекции щитовидной железы (у 6), субтотальная (у 1), тотальная (у 1) тиреоидэктомия. У 2 больных из этой группы произведена низкая резекция трахеи (5—7 полуколец) с частичной продольной стернотомией.

У одного больного с синхронным раком гортаноглотки и средней трети пищевода транسخиатальный доступ был дополнен правосторонней торакотомией. У одного больного во время эзофагопластики выявлен перерыв большой перигастрической дуги в средней трети, поэтому ему была выполнена пластика пищевода и глотки левой половиной ободочной кишки в антиперистальтическом направлении.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 7 (35%) больных. У одного больного с торакотомией развился хилоторакс (потребовались реторакотомия на 6-й день и ушивание грудного протока), у одной — флегмона на шее с распространением в средостение, прорывом гноя в брюшную полость и развитием перитонита, у одного — кишечная непроходимость (выполнены релапаротомия и рассечение спаек с интубацией толстого кишечника), у одного — небольшая эвентрация кишечника на 13-й день (произведено ушивание брюшной стенки), у 2 — пневмония и у одного — явления легочно-сердечной недостаточности.

Несостоятельность фарингеального анастомоза развилась у 11 больных, причем у 9 свищ был небольшим и закрылся к исходу первого месяца после операции. У одного больного несостоятельность анастомоза сочеталась с частичным некрозом задней стенки трахеи и затеканием слюны и пищи в бронхи, что повлекло скорую смерть. У другого больного была почти полная несостоятельность фарингеального анастомоза, что потребовало перевода зонда в трансплантат на шею. Спустя 2 месяца этому больному была выполнена пластика передней стенки анастомоза местными тканями с хорошим результатом. В послеоперационном периоде умерли 4 пациента. Среди причин смерти были гнойный медиастинит и перитонит, легочно-сердечная недостаточность, пневмония.

У 16 больных прослежены отдаленные результаты на сроке от 5 месяцев до 6 лет. Выживаемость оценивали с помощью моментного, неинтервального метода Каплана—Майера. На 1 января 2000 г. 7 из 16 больных живы. Один больной жив свыше 5 лет без признаков рецидива и метастазов, один — более 2 лет, и у него выявлены метастазы в легкие, один — свыше года без рецидива и метастазов. Живы 4 человека, прооперированные в течение 1999 г., у 2 из них обнаружены метастазы на шее и удалены во время повторной операции. 3 из 4 больных, у которых были регионарные метастазы, умерли в сроки от 10 до 21 месяца. Общая 3-летняя выживаемость составила 33%, а 5-летняя — 11%. Основными причинами смерти были регионарные (у 5) и отдаленные (у 4) метастазы.

ВЫВОДЫ

1. Ларингофарингоэзофагэктомия является операцией выбора при хирургическом и комбинированном лечении больных местно распространенным раком гортаноглотки и шейного отдела пищевода.

2. Восстановление непрерывности верхнего пищеводного пути необходимо производить одномоментно изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка.

3. Шейную лимфаденэктомию следует выполнять одновременно с основным этапом операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбург Ю.Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода. — М., 1974.
2. Казанский В.И. Хирургия рака пищевода. — М., 1973.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М., 1983.
4. Azurin D.J., Go L.S., Kirkland V.L.// Am. Surg. — 1997. — Vol. 63. — P. 410—413.
5. Fairman H.D., John H.T.// J. Laryng. Otol. — 1966. — Vol. 80. — P. 1091.
6. Martins A.S.//Surgery. — 1999. — Vol. 125. — P. 357—362.
7. Miyazato H., Tamai O., Tomita S. et al.// Int. Surg. — 1997. — Vol. 82. — P. 319—321.

Поступила 28.02.00.

NEW APPROACHES IN THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THE LOCALLY WIDESPREAD CANCER OF THE LARYNGOPHARYNX AND ESOPHAGUS CERVICAL PART

E.I. Sigal, V.A. Chernyshev, A.R. Utkuzov

Summary

As many as 20 patients with the locally widespread cancer of the laryngopharynx and esophagus cervical part with T₄N₀—2M₀ were operated. The total laryngopharyngoesophagectomy with the one-moment esophagopharyngoplasty by the isoperistaltic petiole out of the greater curvature of the stomach and the imposition of the pharyngogastroanastomosis on the neck was performed to all the patients. Inefficiency of the pharyngogastroanastomosis was found in 11 patients. In the postoperative period four patients died of mediastinitis, peritonitis, pneumonia and pulmonary and cardiac insufficiency. The remote results were estimated by the Kaplan—Maier method. The three-year and five-year survival rates were 33% and 11%, respectively.