

материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 55-57.

6. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Медпрактика, 2001. - С. 56-64.

7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. - М., 1984.

8. Хубезов Д.А., Воронков Д.В. Использование «тахокомба» для лечения хронических анальных трещин // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 116-119.

9. Черкасов М.Ф., Грошилин В.С. Эффективность использования раствора глицерина тринитрата в комплексном лечении анальных трещин // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России. - Уфа, 2007. - С. 122-124.

10. Ammari F.F., Bani-Hani K.E. Faecal incontinence in patients with anal fissure: a consequence of internal sphincterotomy or a feature of the condition? // Surgeon. - 2004. - Vol. 4(2). - P. 225-229.

11. Cho D.Y. Controlled lateral sphincterotomy for chronic anal fissure // Dis. Colon. Rectum. - 2005. - Vol. 5(48). - P. 1037-1041.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СТАРШЕ 60 ЛЕТ

**Р.Г. Бадыков, В.В. Лобода, В.Ф. Чижиков,  
Р.Р. Бадыков, Р.В. Сафиуллин, О.Г. Яковлева**

ГБУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер, г. Уфа

**Бадыков Рашид Газизович,**

зав. I хирургическим отделением РКОД, д-р мед. наук,

**Лобода Владимир Витальевич,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Чижиков Валерий Федорович,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Бадыков Руслан Рашидович,**

врач хирург-онколог I хир. отделения РКОД, канд. мед. наук,

**Сафиуллин Рим Валиевич,** врач I хир. отделения РКОД,

**Яковлева Олеся Геннадьевна,** врач-терапевт I хир. отделения

450054, Россия, Республика Башкортостан,

г.Уфа, пр. Октября, д. 73/1,

тел. 8 (347) 237-36-33,

e-mail: badykov-ufa@mail.ru

Представлен 15-летний опыт лечения 328 больных раком пищевода в возрасте 60 лет и старше, находившихся в отделении торакальной онкологии РКОД МЗ РБ. Освещены сопутствующие заболевания, результаты функциональных исследований. Приведены данные о хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода. Рассмотрены типы операций, варианты резекции и пластики пищевода. Представлены непосредственные и отдаленные результаты лечения.

**Ключевые слова:** пищевод, рак, хирургическое и комбинированное лечение, больные старше 60 лет.

## SURGICAL AND COMBINED TREATMENT OF CANCER OF THE THORACIC ESOPHAGUS IN PATIENTS OVER 60 YEARS OLD

**R.G. Badykov, V.V. Loboda, V.F. Chizhikov,  
R.R. Badykov, R.V. Safiullin, O.G. Yakovleva**

Republican Clinical Oncological Dispensary, Ufa

*Results of surgery performed over a 15-year period on 328 patients over 60 years old with cancer of the thoracic esophagus are analyzed. Concomitant diseases, results of functional observation are reported. Data of surgical and combined treatment of cancer of the esophagus are presented. Types of operation, modification of resection and esophagoplasty are considered. Direct and remote results of treatment are considered.*

**The key words:** *esophagus, cancer, surgical and combined treatment, patients over 60 years old.*

### **Введение**

В связи с ростом числа пожилых людей в составе населения вследствие увеличения продолжительности жизни все более важное значение приобретает лечение больных раком пищевода в возрасте 60 лет и старше.

В лечении рака пищевода за последние годы достигнуты определенные успехи, которые тесно связаны, прежде всего, с развитием хирургических методов, а также с достижениями анестезиологии реанимации.

Внедрение функциональных и надежных анастомозов расширенной лимфодиссекции обусловило повышение радикализма хирургического вмешательства. Появились возможности существенно расширять показания к операции у пожилых больных при снижении функциональных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем вследствие совершенствования предоперационной подготовки и интенсивной терапии в послеоперационном периоде.

### **Материалы и методы**

Наш опыт основан на хирургическом и комбинированном лечении 328 пациентов раком пищевода в возрасте 60 лет и старше в отделении торакальной онкологии Башкирского республиканского клинического онкологического диспансера за 15 лет в период с 1997-2011 гг.

Среди 328 оперированных больных пожилого и старческого возраста было 225 (68,6%) мужчин, 103 (31,4%) женщины. Больных в возрасте свыше 70 лет было 57 (17,4%). Наибольшее число составили больные с поражением средне-грудного отдела пищевода – 193 (58,8%), нижней трети - 132 (40,2%), в верхней трети – 3 (0,9%) больных.

Протяженность опухоли - от 2,5 см до 9 см. У всех диагноз подтвержден морфологически, преобладали умеренно-дифференцированные формы плоскоклеточного рака – 309 (94,2%).

Оперативному лечению подвергались большей частью больные II-III стадий.

Одной из основных особенностей при лечении рака пищевода у больных старше 60 лет заключается в том, что у этих пациентов имеется большое количество сопутствующих заболеваний на фоне отягощенного анамнеза и вредных привычек, алиментарное и паранеопластическое истощение. Большинство пациентов – это курильщики с выраженными в различной степени obstructивными заболеваниями легких. У 259 (78,9%) больных зафиксированы легочная патология, эмфизема легких, пневмосклероз, ХОБЛ.

У 232 (70,7%) больных отмечена патология сердечно-сосудистой системы, снижающая функ-

циональные резервы системы кровообращения и повышающая риск осложнений: ишемическая болезнь сердца, в том числе II-III функционального класса, инфаркт миокарда в анамнезе, нарушение ритма и проводимости, гипертоническая болезнь. Варикозное расширение вен нижних конечностей у пациентов старше 60 лет наблюдалось в 31 (9,8%) случае.

У некоторых больных было несколько сопутствующих заболеваний. Среди них преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы в сочетании с патологией со стороны органов дыхания, которые имелись в 40,2 % случаев.

Инфаркт миокарда в анамнезе был у 9 больных. Особое место занимает 31 больной, у которых наблюдалось варикозное расширение вен нижних конечностей. В предоперационном периоде и после операции серьезное внимание уделялось профилактике тромбоэмболических осложнений. Они заключались в максимально ранней активизации больных и сокращении длительности постельного режима, эластической компрессии нижних конечностей, использовании низкомолекулярного гепарина (клексан, фрагмин).

Высокий риск оперативных вмешательств при раке пищевода требует тщательного исследования функционального состояния жизненно важных органов и систем. В связи с этим предоперационное обследование было направлено как на уточнение местной распространенности опухолевого процесса, так и на выявление сопутствующих заболеваний, а также на определение степени компенсации вызываемых ими функциональных нарушений. Данные электрокардиографии изучены нами у всех 328 оперируемых больных. При этом у больных на ЭКГ выявлены различного характера отклонения от нормы. Изменения миокарда диффузного характера отмечены у 85,3% больных, признаки гипертрофии левого желудочка - у 37,3% , нарушение ритма – у 14,6% пациентов. Обнаружение на ЭКГ рубцовых изменений, фибрилляции предсердий, AV- блокаду I степени, экстрасистолии и нарушения процессов реполяризации миокарда расценивались как относительные противопоказания к операции, что служило поводом к углубленному исследованию и к корригирующей терапии.

В последние годы всем больным, оперируемым по поводу рака пищевода, выполняется ЭХО-кардиография, которая позволяет объективно оценить сократительную функцию миокарда. Объективная информация о состоянии кровообращения до операции, во время и после нее позволяет провести соответствующую коррекцию.

При исследовании функции внешнего дыхания с определением степени легочно-вентиляционной недостаточности у 81,4% больных выявлены компенсированные нарушения I-II степени, а у остальных - нормальные показатели внешнего дыхания.

Следует подчеркнуть, что практически все больные старше 60 лет имели те или иные сопутствующие заболевания, повышающие риск хирургического вмешательства. В предоперационном периоде значительному числу пожилых пациентов требовалась серьезная подготовка, направленная на улучшение показателей внешнего дыхания, функции сердечно-сосудистой системы, печени и т.д.

Считаем обязательным участие анестезиолога, терапевта, реаниматолога в предоперационной подготовке и ведении послеоперационного периода. Период предоперационной подготовки должен быть коротким и максимально использован для коррекции выявленных функциональных нарушений.

Большое внимание следует уделять коррекции гиповолемии, гипопроteinемии, анемии, электролитных расстройств, нормализации давления, улучшению трофики миокарда, подготовке систем дыхания, используя лечебные ингаляции, муколитики, бронходилататоры. Весьма важно в случаях дисфагии и потери массы тела более 20% от исходного использование энтерального, парентерального или смешанного питания.

Больным, результаты функционального обследования которых позволяли считать их функционально операбельными, выполнялись следующие виды операций: основным видом хирургического вмешательства при раке пищевода являлась операция типа Льюиса. Она была выполнена у 251 больного. Этот тип операции признан нами наиболее адекватным хирургическим вмешательством по объему удаления пораженного органа и регионарных лимфоузлов, поскольку позволяет визуализировать весь грудной отдел пищевода, лимфоколлекторы брюшной полости и средостения. Чаще других был поражен среднегрудной отдел пищевода.

У 11 больных раком нижней трети пищевода выполнена резекция пищевода с формированием пищеводно-желудочного соустья в левой плевральной полости – операция типа Гарлока.

Наше отношение к операциям типа Гарлока при раке нижнегрудного отдела пищевода остается сдержанным, так как данный метод не позволяет контролировать паратрахеальные коллекторы и выполнить весь необходимый комплекс оперативных действий в грудной полости.

В 40 случаях выполнялась субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой стеблем из большой кривизны желудка и формированием пищеводно-желудочного анастомоза в куполе правой плевральной полости.

Субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой левой половины толстой кишки с формированием пищеводно-толстокишечного анастомоза в правой плевральной полости выполнена трем больным. У двух больных экстирпация пищевода произведена из трансхиатального доступа, в одном

случае - с одномоментной пластикой желудочным стеблем, в другом - с пластикой толстокишечным трансплантатом. Трем больным произведена экстирпация пищевода чрезбрюшинным, чрезплевральным, цервикальным доступами с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой с формированием шейного анастомоза.

Резекция пищевода по Добромыслову-Тореку выполнена двум больным. Всего оперировано 328 больных. У 54 больных операция сочеталась с предоперационной лучевой терапией по схеме классического фракционирования до суммарной дозы СОД – 30 – 44 Гр.

Радикальное хирургическое лечение в самостоятельном виде проведено 269 больным, комбинированное с предоперационной лучевой терапией – 43 больным. У 16 больных операции ограничились либо пробной лапаротомией либо торакотомией.

Все операции выполнялись в условиях комбинированного эндотрахеального наркоза с применением фторотана, севофлюрана.

После операции больные в состоянии наркоза поступали в отделение реанимации. Для борьбы с послеоперационной болью успешно применяли длительную эпидуральную блокаду как местными анестетиками, так и наркотическими анальгетиками, преимущественно фентанилом. При наличии выраженной дыхательной недостаточности практически всем больным приходилось выполнять неоднократную санационную фибробронхоскопию.

### **Результаты и обсуждение**

Больные старше 60 лет составляют треть от общего количества оперированных больных по поводу рака грудного отдела пищевода. Возможность их хирургического лечения решается строго индивидуально с учетом распространенности опухолевого процесса и выраженности сопутствующих заболеваний. Предоперационная подготовка, коррекция нарушенных функций органов и систем у пожилых больных значительно уменьшает риск послеоперационных осложнений. Радикальная операция выполнена 312 (95,1%) больным, в том числе получившим предоперационную лучевую терапию.

Послеоперационные осложнения отмечены у 58 (17,7%) прооперированных, в том числе после радикальных операций – у 55 (17,6%).

Анализ показал, что после радикальных операций ведущее место в структуре заняли легочные осложнения. Они возникли у 26 (8,3%) пациентов: пневмония – у 16 (3,7%), эмпиема плевры – у 4 (1,2%), плеврит – у 2 (0,4%) и пневмоторакс, образовавшийся из-за разрыва буллы – у 4 (1,2%) больных.

На второе место по частоте вышли гнойно-воспалительные осложнения, наблюдавшиеся у 14 (4,5%) больных. Наиболее тяжелыми из них, явившимися основными причинами летальных исходов, были: несостоятельность анастомоза – у 3 (1%), некроз трансплантата – у 3 (1%), медиастинит – у 2 (0,6%) и панкреонекроз – у 1 (0,3%) больного. Нагноение послеоперационных ран имело место у 5 (1,6%) больных.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность развилась у 5 (1,6%) больных.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) наблюдалась у 3 (1%) пациентов. У двух из них - мелких и средних сосудов.

Также следует отметить, что среди больных с послеоперационными осложнениями внутриплевральное кровотечение возникло у 4, ОНМК – у 3 пациентов.

После операции умерли 11 (3,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 4% после операции типа Льюиса (10 больных из 251). После других видов одномоментной эзофагопластики умер 1 больной.

Несостоятельность анастомоза с последующим гнойным медиастинитом и эмпиемой плевры явилась причиной смерти 3 больных. 3 больных умерли от некроза трансплантата, 1 – от панкреонекроза, 1 – от гнойного медиастинита, 1 – от ОНМК, 1 – от пневмонии и один – от ТЭЛА.

Следует отметить, что риск осложнений после хирургического и комбинированного лечения больных раком пищевода в возрасте 60 лет и старше снизился. Послеоперационная летальность за период 1997 – 2001 гг. составила 10,2%, 2002 – 2006 гг. – 2,8%, а за период 2007 – 2011 гг. летальных исходов не было.

Наиболее частыми причинами смерти больных после операции в 1997-2001 гг. являлись гнойно-воспалительные осложнения.

Анализ послеоперационной летальности у пожилых больных по пятилетиям показал, что наряду с увеличением количества выполненных операций в 2007 – 2011 гг. отмечено снижение послеоперационной летальности до 0% в сравнении с предыдущим пятилетием, где она составляла 10,2%. Это связано с

тщательной предоперационной подготовкой, выбором оптимального доступа и объема хирургического вмешательства, расширенной лимфодиссекцией, усовершенствованием техники хирургических операций и расширенным комплексом реанимационных мероприятий в послеоперационном периоде.

#### **Заключение**

На основании результатов хирургического и комбинированного методов лечения больных пожилого и старческого возраста следует считать, что показанием к хирургическому лечению этих больных должны быть расширены.

Отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода у больных в возрасте 60 лет и старше с сопутствующими заболеваниями подтверждают целесообразность использования хирургических и комбинированных методов лечения данных больных, поскольку демонстрируют возможность у значительной их части достичь стойкого 5-летнего выздоровления, показатель которого среди радикально оперированных составляет 38,5%.

#### **Список литературы**

1. Давыдов М.Н., Стилиди И.С. Хирургическое лечение больных раком грудного отдела пищевода // Рак пищевода – М., Медицина – 2007. – С. 155 – 200.
2. Мирошников Б.И., Лебединский К.М. Хирургия рака пищевода. – Спб., 2002. - С. 304.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 111– 124.
4. Abo S., Kitamura M. et al. Analysis of results of surgery performed over a 20-year period on 500 patients with cancer of the thoracic esophagus // Surg. Today. – 1996. – Vol. 26. - №2. - P. 77-82.

## ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ “Креативная онкология и хирургия”



**Тел. для справок:  
8 (347)248-32-07**

**www.eoncosurg.com**