

Тема:

# ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПИЩЕВОДА

выполнил: Рафаат Алихан  
специальность: Хирургия  
Группа : 712 – 02  
проверяла:

Алматы - 2018





На сегодняшний день именно хирургическое лечение остается **"ЗОЛОТЫМ"** стандартом при радикальном лечении злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), позволяющем надеяться на полное выздоровление.

# Современные принципы хирургии рака пищевода:



- 1) максимальная безопасность вмешательства: правильный выбор оперативного доступа и объема хирургического вмешательства;
- 2) онкологическая адекватность: мобилизация «острым путем» по принципу от сосуда к пораженному органу, правильная последовательность мобилизации пораженного органа с целью профилактики интраоперационной диссеминации, моноблочной лимфодиссекции;
- 3) высокая функциональность: выбор рационального метода пластики, формирование технически простого антирефлюксного анастомоза

# Показания к операции:

- распространенность опухоли
- локализация опухоли
- возраст пациента менее 70 лет
- общее состояние пациента

## Операция противопоказана:

- при отдаленных метастазах- N2 (чревные, шейные или надключичные) или паренхиматозные органы (печень, легкие)
- при пенетрации в прилежащие органы (возвратный гортанный нерв, трахеобронхиальное дерево, аорта, перикард)
- при тяжелых сопутствующих заболеваниях, которые могут создать угрозу жизни в ходе операции (ОФВ1 менее 1,2 л и фракция выброса левого желудочка менее 40% являются относительными противопоказаниями к операции)

Объем хирургического вмешательства может быть точно определен только во время операции:

1. **Радикальные операции** предусматривает удаление пищевода с одномоментным пластическим замещением его трубкой, выкроенной из большой кривизны мобилизованного желудка, или толстой кишкой.
2. **Паллиативные лечение** предпринимают для устранения дисфагии без удаления опухоли:
  - установка расширяющего металлического или полимерного стента
  - проведение лучевого лечения в случаях, когда хирургический вариант не может быть использован
  - лазерная терапия и электрокоагуляция выступающей в просвет органа (экзофитной) части опухоли
  - фотодинамическая терапия

**0 СТАДИЯ** (рак in situ): рак развивается в пределах слоя плоских клеток выстилающих внутреннюю поверхность пищевода.

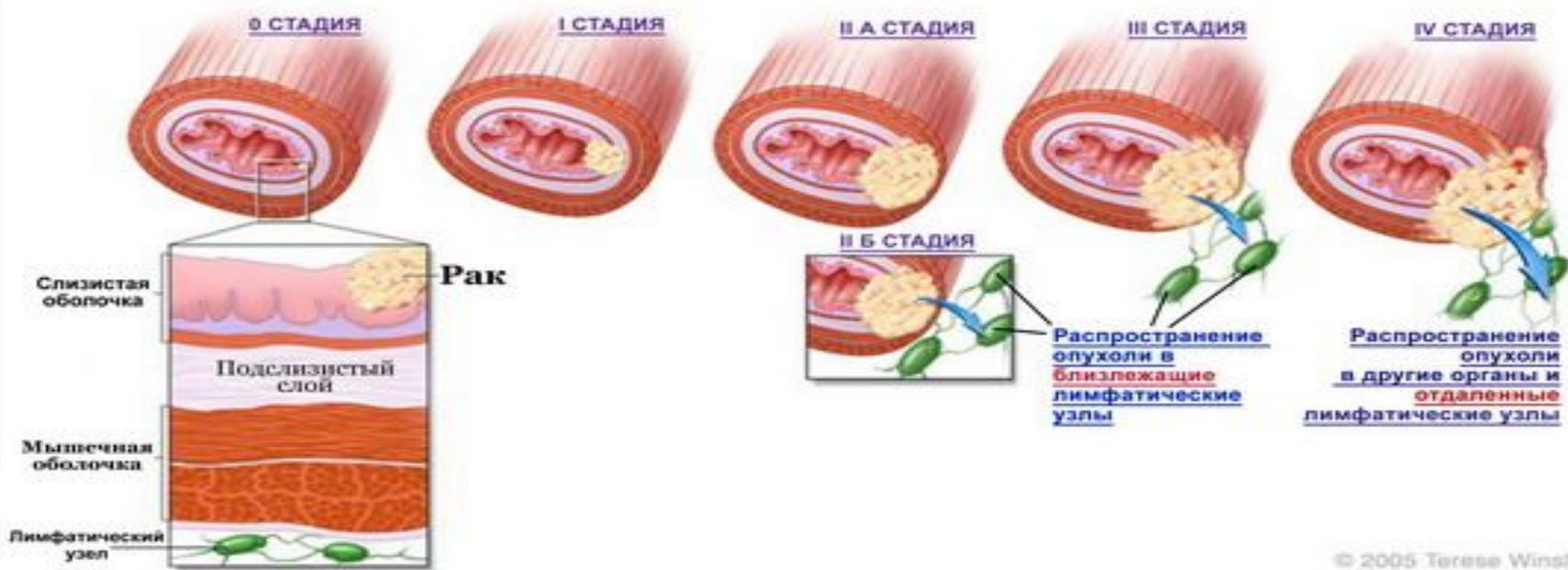
**I СТАДИЯ:** распространяется вглубь слизистого слоя.

**II СТАДИЯ:**• **IIА стадия:** рост опухоли в мышечный слой вплоть до полного прорастания всей толщи стенки пищевода. • **IIБ стадия:** наличие метастазов в близлежащих л/у, опухоль может вращать в мышечный слой пищевода, но не прорастает его насквозь.

**III СТАДИЯ:**- прорастание опухолью всех слоев пищевода в сочетании с наличием метастазов в близлежащих л/у

- вращание опухоли в окружающие органы независимо от наличия метастазов в близлежащих л/у

**IV СТАДИЯ:** выявляются метастазы в отдаленных от первичной опухоли л/узлах и/или метастазы в других органах



Выбор методики проведения радикальной операции зависит от уровня поражения пищевода:

- Трансторакальная эзофаготомия (ТТЭ)
- Трансхиатальная эзофаготомия (ТХЭ)

# Способы оперативных вмешательств:

- Резекция н/3 пищевода и кардии
- Субтотальная резекция (Операция Льюиса)
- Экстирпация пищевода в 2 этапа (Операция Торека-Добромыслова)
- Цервико-абдоминальная экстирпация грудного отдела пищевода

# При локализации рака в абдоминальном и нижнегрудном отделах- резекция н/3 пищевода и кардии

- из левостороннего торакоабдоминального доступа
- производят одномоментное удаление пищевода, регионарных лимфатических узлов и мобилизацию желудка
- после удаления опухоли производят пластику пищевода желудком, который перемещают в плевральную полость и соединяют пищеводно-желудочным анастомозом (внутриплевральный)

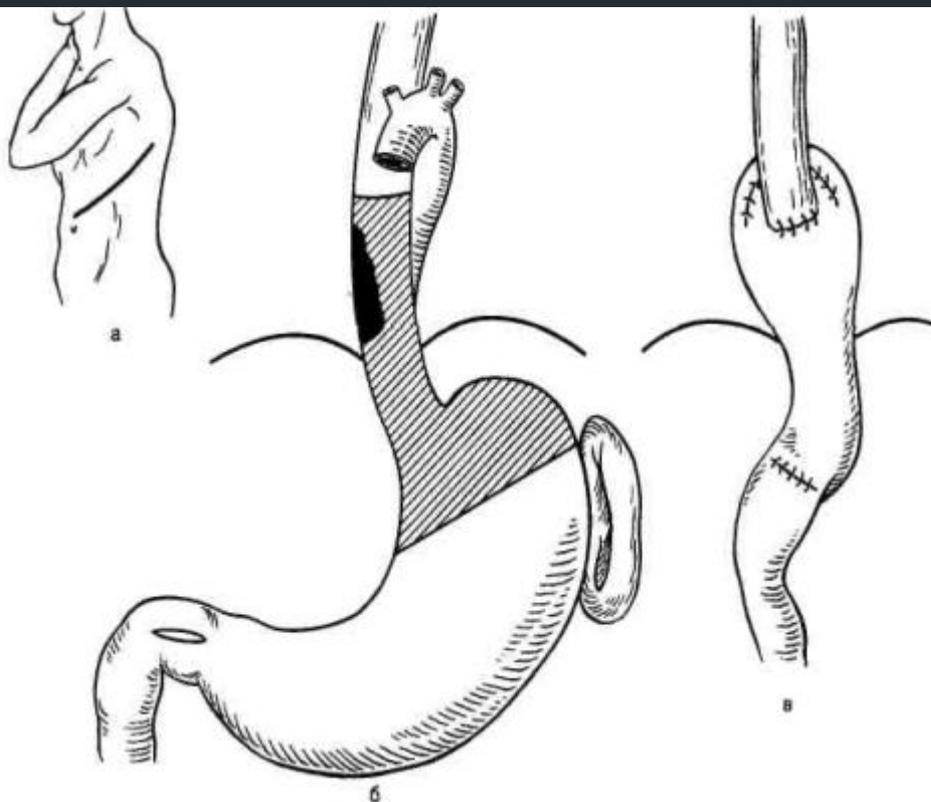


Рис. 7.9. Одномоментная резекция нижней трети пищевода и кардии с эзофагопластикой.  
а — операционный доступ; б — уровень резекции пищевода и желудка; в — наложение эзофагогастроанастомоза.

## При локализации рака в среднегрудном отделе- субтотальная резекция- ОПЕРАЦИЯ ЛЬЮИСА

- правосторонний торакоабдоминальный разрез или отдельно торакальный, затем абдоминальный разрезы
- мобилизуют пищевод вместе с окружающей клетчаткой и региональными лимфатическими узлами
- мобилизуют желудок, удаляют грудной лимфатический проток на всём протяжении и лимфатические узлы (пароззофагеальные, верхние и нижние (бифуркационные), трахеобронхиальные, паратрахеальные)
- После удаления пищевода производят одномоментную пластику его мобилизованным желудком с наложением пищеводно-желудочного анастомоза в плевральной полости (**внутриплевральный**)

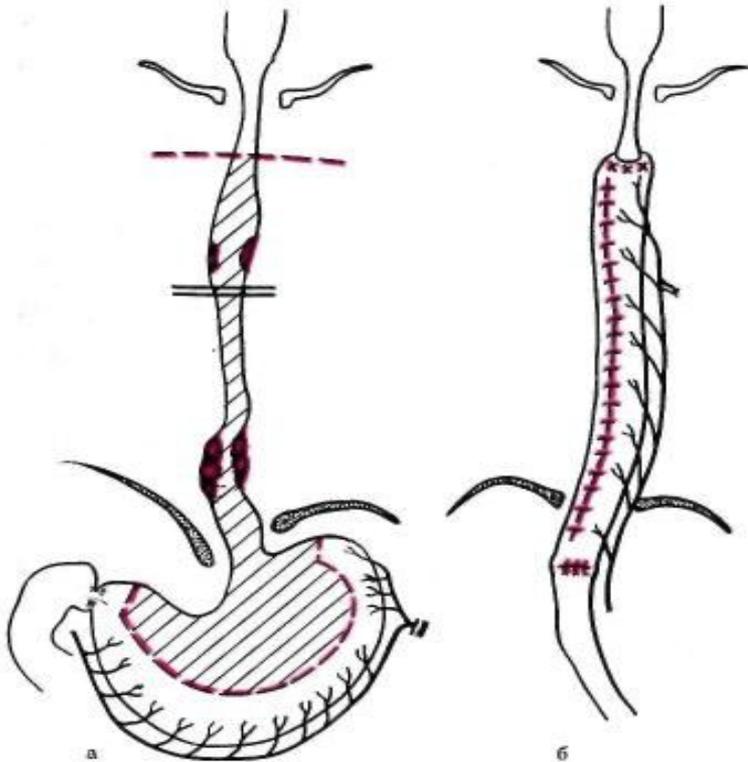


Рис. 7.10. Пластика пищевода изоперистальтической желудочной трубкой.

а — уровень резекции пищевода и выкраивание из желудка; б — завершение операции эзофагопластикой.

При поражении опухолью в/3 внутригрудного отдела,  
при значительном местном распространении опухоли,  
при сомнениях в радикальности вмешательства

## ОПЕРАЦИЯ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА ПО ДОБРОМЫСЛОВУ-ТОРЕКУ

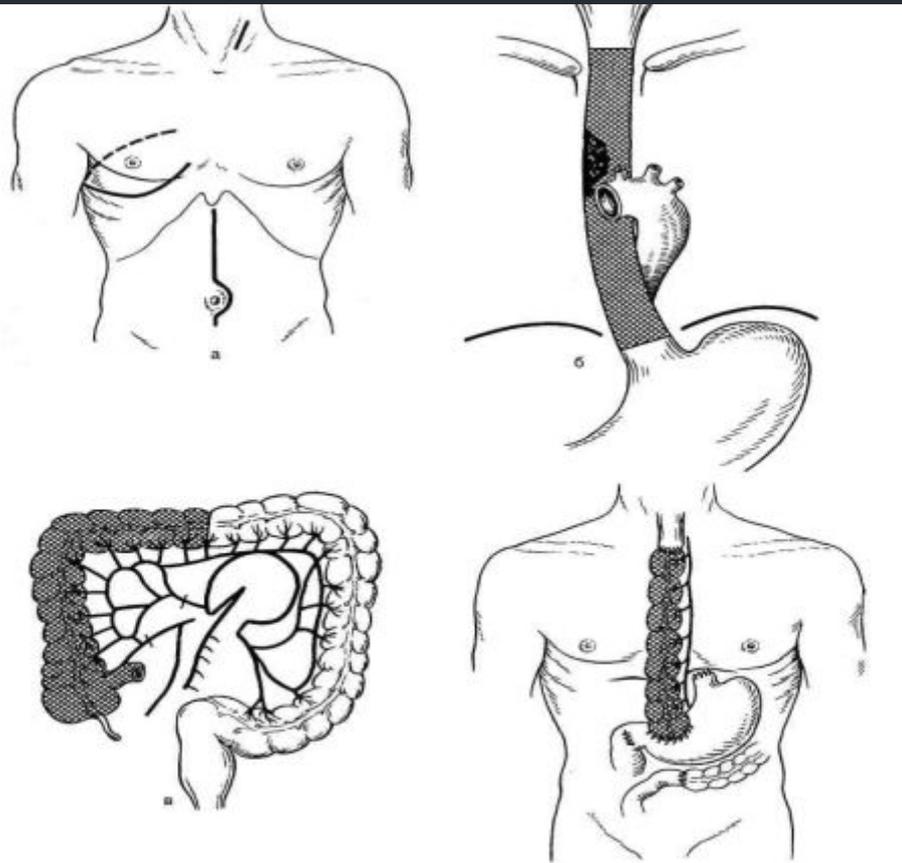


Рис. 7.13. Многоэтапная операция ДобромЫсло́ва—Торе́ка и создание искусственного пищевода из толстой кишки.  
а — операционный доступ; б — уровень резекции пищевода; в — выкраивание трансплантата из толстой кишки; г — эзофагопластика.

- Из правостороннего чресплеврального доступа удаляют грудной отдел пищевода
- Через абдоминальный разрез накладывают гастростому
- В последующем (спустя 3—6 мес) создают искусственный пищевод из толстой или тонкой кишки
- Трансплантат выводят на шею через подкожный тоннель или ретростернально и накладывают анастомоз с шейным отделом пищевода

# Недостатки чресплевральных доступов

- частота дыхательных осложнений и высокая летальность (15—30%)
- опасность расхождения швов анастомоза в плевральной полости и рецидивов рака на уровне анастомоза
- рефлюкс-эзофагит

# Причины смерти при трансторакальных доступах

- расхождение швов анастомоза (36%)
- пневмония (37%)
- кровотечение (9%)
- сепсис (6%)
- другие причины (12%)

При удалении пищевода через абдоминоцервикальный доступ с внеплевральным анастомозом на шее послеоперационная летальность и частота осложнений существенно снизились, а пятилетняя выживаемость возросла.

# Независимо от уровня поражения пищевода- трансхиатальная резекция пищевода-

## Цервикально-абдоминальная экстирпация пищевода

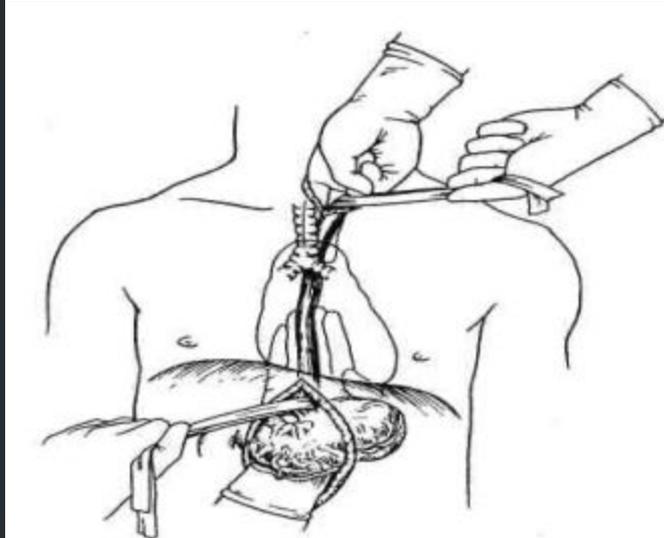
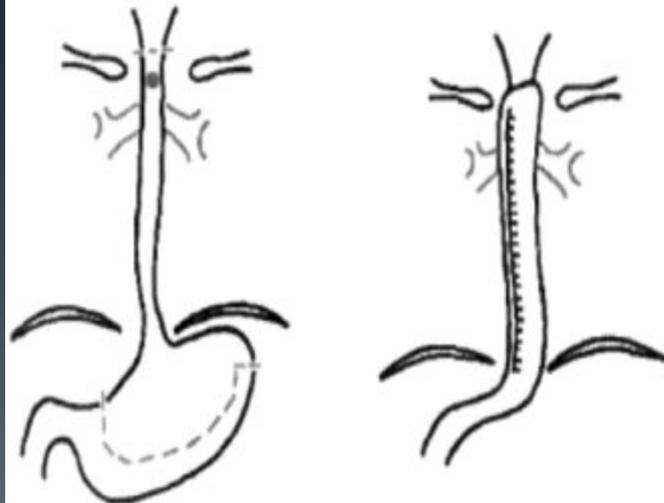


Рис. 7.11. Цервикально-абдоминальное удаление пищевода.



- Абдоиноцервикальный доступ без торакотомии- разрез на шее(кпереди от m.sternocleidomastoideus) и на животе (верхняя срединная лапаротомия)
- Независимо от уровня поражения пищевод удаляют полностью
- Для пластики пищевода используют трубку, выкроенную из большой кривизны мобилизованного желудка, или весь желудок, который выводится на шею через заднее средостение и соединяется анастомозом с оставшейся частью шейного отдела пищевода

- 
- Желудок мобилизуют по обычной методике с перевязкой левой желудочной и желудочно-сальниковой артерий и удалением лимфатических узлов в области чревного ствола и кардии.
  - Во избежание спазма привратника производят пилоромиотомию.
  - Пищевод мобилизуют снизу через диафрагмальное отверстие и сверху — через разрез на шее, затем пересекают его в шейном отделе и низводят грудной отдел в брюшную полость.
  - Выделенную из большой кривизны желудка трубку или толстую кишку через заднее средостение перемещают на шею и накладывают пищеводно-желудочный (внеплевральный) анастомоз
  - Недостатком трансхиатальной резекции пищевода является отсутствие возможности достаточно адекватной ревизии зон регионарного метастазирования в средостении и выполнения лимфаденэктомии соответствующего объёма.

# Используемая литература:

- Клинические рекомендации. Онкология.  
Под ред. В.И.Чиссова, 2012г
- Онкология. Учебник для студентов медицинских вузов  
Ш.Х.Ганцев, 2006г
- Онкология. Учебник под ред. В.И.Чиссова, 2007г
- Клиническая онкология. В.Г.Черенков, 2010г