

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

А. Черноусов, академик РАМН, профессор,
Т. Хоробрых, доктор медицинских наук, профессор,
В. Левкин, кандидат медицинских наук,
П. Ногтев, А. Егоров, доктор медицинских наук, профессор,
Д. Вычужанин, кандидат медицинских наук,
П. Чомахидзе, кандидат медицинских наук, **М. Рогаль**
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: vichy@list.ru

В период с 2005 по 2010 г. в клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко по поводу рака желудка выполнена гастрэктомия 178 больным, из которых у 65 (35,6%) был кардиоэзофагеальный рак (КЭР). Всем больным КЭР операции выполняли с использованием трансиатального доступа. Послеоперационные осложнения развились у 23 (35,4%) пациентов. В структуре послеоперационных осложнений преобладали экстраабдоминальные – сердечно-легочные осложнения, выявленные у 13 больных, несостоятельность пищевода анастомоза отмечена у 6 больных. Помимо этого, встречались острый панкреатит (у 4), внутрибрюшной абсцесс (у 2), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (у 3), спаечная непроходимость и нагноение послеоперационной раны (по 2), перитонит (у 1). Летальный исход после операции наступил у 2 (3,1%) больных.

Ключевые слова: кардиоэзофагеальный рак, гастрэктомия, трансиатальный доступ, послеоперационные осложнения.

В последние десятилетия на фоне отчетливой тенденции к снижению частоты рака желудка во многих странах мира, включая Россию, отмечен заметный рост заболеваемости раком проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной области. По данным некоторых исследований, относительная частота поражения проксимальных отделов желудка достигает 37% всех случаев опухолевого поражения этого органа [1, 4, 9, 11, 12]. Рак пищевода-желудочного перехода занимает в настоящее время 6-е место в структуре смертности от рака во всем мире и 9-е – в общей структуре смертности [10, 12].

Хорошо известно, что операции при кардиоэзофагеальном раке (КЭР) характеризуются значительной сложностью, травматичностью и тяжестью и как следствие – высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Самым грозным из осложнений является несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза (ПКА). Согласно данным литературы, она развивается у 2–14% больных, а летальность при этом может достигать 100%. Острый панкреатит встречается у 1,8–21,8% [5, 7, 11] пациентов, внутрибрюшные абсцессы – у 2,6–9,2% [6, 13, 17, 19]. Поскольку оперативное вмешательство у больных КЭР затрагивает не только брюшную полость, но и грудную клетку (необходимость медиастиальной лифаденэктомии, анастомоз обычно накладывают в заднем средостении), нередко отмечают различные бронхолегочные осложнения, плевриты (до 20%) [4, 5, 11].

Также чаще, чем при стандартной гастрэктомии, отмечают осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и т.д. В целом общее число послеоперационных осложнений может достигать 50%. Таким образом, несмотря на определенные успехи хирургического лечения рака желудка и пищевода, целый ряд проблем хирургического лечения больных раком кардиоэзофагеальной области остается далеким от окончательного решения.

Из факторов, влияющих на частоту возникновения послеоперационных осложнений, следует прежде всего отметить расширенные и комбинированные оперативные вмешательства, особенно когда речь идет о дистальной резекции поджелудочной железы и высоком уровне пересечения пищевода, что обычно и выполняют у пациентов с КЭР. Большое значение имеют способ наложения ПКА и опыт оперирующего хирурга [10].

Как уже указывалось, самым грозным осложнением гастрэктомии является несостоятельность ПКА. К сожалению, использование различных видов швов, применение лазерной и электрохирургической техники существенно не снижает количество этих осложнений [3], поскольку важную роль в развитии несостоятельности анастомозов желудочно-кишечного тракта играют не только технические аспекты их формирования, но и те биологические условия, в которых оказывается сформированный анастомоз [2]. Исходя из этого, выделяют группу анастомозов «высокого риска» по развитию несостоятельности (на фоне глубоких нарушений обмена веществ, белково-дефицитных, иммунодефицитных состояний, что характерно для онкологических больных вообще, а для больных с КЭР – в особенности) [2, 3].

Большие надежды в отношении профилактики несостоятельности анастомозов ряд авторов связывают с применением биологических адгезивов, в частности криоприсепитата, повышающего «биологический герметизм» анастомоза и ускоряющий репаративные процессы в этой области [2].

Другое распространенное осложнение – острый панкреатит, частота развития которого может достигать 21%, причем в 20% этих случаев развиваются деструктивные формы панкреатита. Летальность от панкреонекроза достигает 80% [5, 7, 11]; кроме того, острый деструктивный панкреатит может стать причиной ряда других осложнений – начиная с формирования внутрибрюшных абсцессов и заканчивая развитием несостоятельности швов ПКА. Важную роль в профилактике этого осложнения играют щадящая техника оперирования, медикаментозная профилактика (цитостатики, аналоги сандостатина, ингибиторы протеаз и т.д.), а также своевременные его диагностика (динамическое УЗИ) и лечение [7].

К развитию внутрибрюшных абсцессов могут приводить неадекватное дренирование брюшной полости, инфицирование внутрибрюшных гематом и сером, панкреатит, микронесостоятельность ПКА и ряд других факторов, в связи с чем первостепенное значение в этой связи приобретает динамический УЗИ-контроль в послеоперационном периоде.

Наиболее частая причина послеоперационного перитонита после гастрэктомии – несостоятельность ПКА; реже его вызывают панкреонекроз, прорыв абсцесса в свободную брюшную полость и т.д.

Так как при операциях по поводу КЭР манипуляции проводят не только на органах брюшной полости, но и на груд-

ной клетке (средостение, плевральная полость), у больных, прооперированных по поводу КЭР, часто наблюдаются бронхолегочные осложнения, плевриты и сердечно-сосудистая недостаточность [4, 11, 12]. Летальность от этих осложнений выше, чем при стандартной гастрэктомии.

Таким образом, лечение больных КЭР – сложная проблема современной онкохирургии.

Мы поставили перед собой задачу улучшить непосредственные результаты лечения больных КЭР с помощью комплекса мер, направленных на профилактику развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

В период с 2005 по 2010 г. в факультетской хирургической клинике им. Н.Н. Бурденко по поводу рака желудка выполнена гастрэктомия 178 больным, из которых у 65 (35,6%) был КЭР. Всем больным раком кардиоэзофагеальной области выполнили гастрэктомию из трансхиатального доступа с резекцией абдоминального и нижнегрудного отделов пищевода и расширенной лимфаденэктомией. Больные с проксимальной субтотальной резекцией желудка не вошли в это исследование.

47 пациентам наложен ручной эзофагоэноанастомоз (12 – однорядный, 35 – двухрядный). 18 больным этот анастомоз сформирован с помощью сшивающих аппаратов: СПТУ – у 6 человек, CDH – у 10 и ILC – у 2. Выбор способа формирования анастомоза определялся предпочтениями оперировавшего хирурга. При наложении ручного анастомоза линию шва дополнительно обрабатывали фибриновым клеем у 9 из 12 больных с однорядным швом и у 21 из 35 – с двухрядным.

Фибриновый клей состоит из 2 компонентов: 1-й компонент представляет собой около 5 мл концентрата фибриногена, выделенного из 250 мл криоплазмы (он содержит не только более 60 г/л фибриногена, но и различные факторы репарации и роста); 2-й компонент – приготавливаемый непосредственно перед употреблением раствор 400 ЕД тромбина в 3 мл 10% раствора хлорида кальция. Соединение указанных компонентов вызывало образование в течение нескольких секунд фибринового сгустка, фиксированного на поверхности анастомоза.

В число больных, прооперированных по поводу КЭР, вошли 36 мужчин и 29 женщин (средний возраст пациентов – $63,8 \pm 8,9$ года, от 41 до 80 лет). Большую часть этих пациентов составили больные с распространенными стадиями заболевания: III и IV стадии диагностированы соответственно у 18 и 22 больных; I стадия опухолевого процесса выявлена у 8, II – у 17.

Поскольку преобладали больные старше 60 лет (70,77%), сопутствующие, а по сути дела, конкурирующие заболевания – в основном сердечно-легочные – были у 38 (58,2%) пациентов (табл. 1).

У 49 пациентов (более 1/2 прооперированных по поводу КЭР) операции носили характер комбинированных и сочетанных (табл. 2).

Мы пользовались классификацией КЭР А. Русанова [8], согласно которой выделяют рак кардиальный, гастрокардиальный, КЭР и гастроэзофагеальный. Классификация учитывает топическую локализацию процесса и границы распространения поражения на пищевод и желудок.

Распределение больных в зависимости от локализации опухоли и границ распространения поражения на пищевод и желудок представлено в табл. 3.

Самыми частыми в послеоперационном периоде были осложнения со стороны легких и плевральной полости

(у 10 человек). Плеврит отмечен у 8 пациентов, пневмония – у 3 (у 2 – как следствие тромбоэмболии легочной артерии – ТЭЛА). В 2 наблюдениях левосторонний плеврит был следствием панкреатита, в 1 – реакцией на абсцесс левого поддиафрагмального пространства, еще в 1 случае он сочетался с пневмонией. Антибактериальная терапия, санационные бронхоскопии, отхаркивающие средства, в случае плеврита – пункции и дренирование плевральной полости (у 1 больного) позволили добиться излечения во всех наблюдениях. У 1 больной потребовалась длительная искусственная вентиляция легких через трахеостому. Высокая частота осложнений со стороны легких и плевральной полости обусловлены, с одной стороны, имевшимися у больных исходными заболеваниями легких, с другой – вмешательством в области заднего средостения. Летальных исходов, связанных с указанными осложнениями, не было.

Таблица 1
Конкурирующие заболевания у больных КЭР

Конкурирующие заболевания	Число больных
Хроническая обструктивная болезнь легких	6
ИБС, стенокардия	16
Постинфарктный кардиосклероз	8
Нарушение сердечного ритма	6
Артериальная гипертония	27

Таблица 2
Характер комбинированных вмешательств при КЭР
(у 1 пациента может быть удалено несколько органов)

Операция	Число больных
Резекция пищевода	65
Спленэктомия	39
Холецистэктомия	13
Резекция печени	8
Резекция диафрагмы	12
Резекция поджелудочной железы	5
Резекция мезоколон	3
Адреналэктомия	1
Нефрэктомия	1
Резекция плевры	1

Таблица 3
Распределение оперированных больных по локализации опухоли

Локализация опухоли	Число больных
Кардиальный рак	6
Гастрокардиальный рак	19
КЭР	29
Гастроэзофагеальный рак	11
Всего	65

Среди осложнений 2-е место по частоте заняла несостоятельность ПКА, развившаяся у 6 из 65 пациентов. Чаще всего это осложнение возникало у больных с однорядным ПКА. У пациентов с двухрядным ручным швом и дополнительной аппликацией фибринового клея случаев несостоятельности швов анастомоза, доказанных рентгенологически и клинически, не было. Группы больных с двухрядным ручным швом без аппликаций фибринового клея и механическим швом по частоте развития несостоятельности ПКА заняли промежуточное положение (табл. 4).

По частоте этого осложнения статистически достоверных различий между группами не выявлено (критерий Пирсона – χ^2 , точный критерий Фишера) вследствие небольшого числа наблюдений, однако отмечена положительная тенденция в группе двухрядного шва с применением фибринового клея; этот показатель был сходен с таковым в группе механического шва.

Следует отметить, что однорядный шов мы применяли вынужденно, в случаях высокого пересечения пищевода (у 12 больных КЭР), когда наложить второй ряд глубоко в средостении технически не представлялось возможным, а гастрэзофагэктомия эти больные бы не перенесли в силу тяжести сопутствующих заболеваний. У большинства больных с несостоятельностью ПКА (у 5 из 6) последняя носила характер микронесостоятельности, которая проявлялась субклинически нитевидным затеком контрастного вещества при рентгенологическом исследовании. Исключение пассажа пищи через пищевод и другие консервативные мероприятия (антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, адекватная нутритивная поддержка, иммуномодулирующая терапия) позволили добиться выздоровления во всех случаях микронесостоятельности анастомоза. Повторные оперативные вмешательства не потребовались ни в одном случае и летальных исходов у этих больных не было. У 1 пациентки с механическим швом анастомоза в 1-е сутки после операции был выявлен дефект передней полуокружности анастомоза, что проявилось поступлением ки-

шечного содержимого по дренажам. Несмотря на повторное вмешательство (санация и дренирование брюшной полости и средостения, ушивание дефекта в анастомозе), через 6 ч наступил летальный исход от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Интересно, что у всех больных с несостоятельностью ПКА операции носили комбинированный характер, средний возраст больных, за исключением 1 пациентки чуть моложе 60 лет, составил 68 лет. По данным гистологического исследования послеоперационного материала, у большинства пациентов (у 4 из 6) диагностирована IV стадия опухолевого процесса, т.е. операции у них носили циторедуктивный характер. Средний возраст больных без несостоятельности ПКА составил 64,2 года, комбинированные вмешательства у них выполнялись в 72% случаев, IV стадия выявлена у 30% пациентов, III – у 28% (табл. 5).

Послеоперационный панкреатит отмечен у 4 больных. Критериями постановки диагноза острого послеоперационного панкреатита явились не только длительная, не менее 3–5 сут амилаземия и диастазурия, но и выявленное на УЗИ и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) изменение размеров и структуры поджелудочной железы. Во всех случаях речь шла об отечной форме панкреатита, деструктивных форм в нашем наблюдении не было. У 2 больных острый панкреатит развился на фоне дистальной резекции поджелудочной железы. У 1 пациента, как уже указывалось, острый панкреатит привел к развитию левостороннего реактивного плеврита. Своевременная диагностика и комплексная противопанкреатическая терапия позволили добиться выздоровления больных во всех случаях.

Послеоперационный перитонит отмечен у 1 пациента, абсцессы брюшной полости – у 2, внутрибрюшное скопление жидкости (серома) – у 1 больного. Причиной распространенного перитонита послужил дефект полуокружности механического анастомоза, приведший к летальному исходу, что уже было описано. Абсцессы брюшной полости

Таблица 4

Частота несостоятельности ПКА у больных, прооперированных по поводу КЭР

Показатель	Анастомоз			механический
	однорядный	двухрядный без фибринового клея	двухрядный с фибриновым клеем	
Число больных	12	14	21	18
Число случаев несостоятельности швов ПКА	2	2	0	2

Таблица 5

Характеристика больных с несостоятельностью ПКА и без таковой

Показатель	Несостоятельность ПКА, абс. (%)	Без несостоятельности ПКА, абс. (%)	p
Комбинированные операции	6 (100)	41 (69,5)	<0,05
Стадия опухолевого процесса:			
I	1 (16,7)	7 (11,9)	–
II	–	17 (28,8)	–
III	1 (16,7)	17 (28,8)	>0,05
IV	4 (66,6)	18 (30,5)	>0,05
Средний возраст больных, годы	68±5	64,2±8,05	>0,05

локализовались в левом поддиафрагмальном пространстве (так называемая область «ложа селезенки»). В 1 наблюдении это осложнение явилось следствием острого панкреатита, во 2-м – микронесостоятельности ПКА. Своевременная диагностика этих осложнений, а также дренирование под контролем УЗИ позволило добиться выздоровления. Неинфицированное скопление жидкости (серома) объемом >300 мл было излечено однократной пункцией под контролем УЗИ.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы отмечены у 3 пациентов. У 1 пациентки развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, приведшая к летальному исходу на 6-е сутки после операции. У 2 больных отмечена тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (подтверждено результатами МСКТ-ангиографии); на фоне антикоагулянтной и кардиотропной терапии наступило выздоровление.

Другие осложнения (спаечная непроходимость, нагноение послеоперационной раны) являются неспецифическими и отмечены соответственно у 2 и 4 пациентов.

Всего у 23 больных развилось 35 осложнений (табл. 6).

Летальность составила 3,1%: 1 пациентка умерла на 6-е сутки от острой сердечно-сосудистой недостаточности; у 2-й отмечена несостоятельность ПКА с развитием распространенного перитонита, летальный исход у нее наступил от ОНМК в 1-е сутки после релапаротомии.

Таким образом, у наших больных частота послеоперационных осложнений при КЭР составила 35,4% (у 23 пациентов из 65), по данным литературы – от 15,7 до 47,6% [6, 11]. Интраоперационных осложнений не было.

В структуре послеоперационных осложнений преобладали осложнения со стороны легких и плевры (15,3%); по данным мировой статистики, их частота составляет от 12,2 до 41% [14, 16, 15], т.е. наш показатель может быть признан хорошим. Своевременная диагностика и рациональная антибиотикотерапия в сочетании с пункциями плевральной полости позволили справиться с осложнениями во всех случаях.

Столь низкая частота легочных осложнений у больных с тяжелыми конкурирующими сердечно-легочными заболеваниями в первую очередь связана с тем, что мы отдаем предпочтение малотравматичному трансхиатальному доступу. Кроме того, для предупреждения легочных осложнений в раннем послеоперационном периоде мы проводим больным с хроническим бронхообструктивным синдромом плановые санационные бронхоскопии.

Частота несостоятельности ПКА на нашем материале составила 9,2%; по данным мировой литературы, она колеблется от 7,2 до 13,6% [15, 16, 18]. Лишь в 1 наблюдении несостоятельности анастомоза потребовалось повторное хирургическое вмешательство и наступил летальный исход.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, несмотря на наличие тяжелой кардиальной патологии почти у 1/2 наших пациентов, отмечены лишь в 3 случаях. Это обусловлено, с одной стороны, тщательной предоперационной подготовкой больных (при необходимости – в условиях специализированного кардиологического отделения), а с другой – применением относительно малотравматичного трансхиатального доступа. Следует подчеркнуть, что почти каждому 6-му из наших пациентов было отказано в операции в других лечебных учреждениях в силу тяжести сопутствующих заболеваний.

Таблица 6

Послеоперационные осложнения при КЭР

Осложнение	Число больных
Плеврит	8
Панкреатит	4
Несостоятельность ПКА	6
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	2
Абсцесс левого поддиафрагмального пространства	2
Перитонит	1
ТЭЛА	2
Пневмония	3
Нагноение раны	3
ОНМК	1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1
Внутрибрюшное скопление жидкости	1

Послеоперационный панкреатит развился у 4 (4,6%) пациентов, у всех – отечные формы, случаев острого деструктивного панкреатита не было. Основными проявлениями отечного панкреатита являлись повышение уровня амилазы в отделяемом из дренажей и крови, диастазурия, а также увеличение поджелудочной железы и изменение ее структуры по данным УЗИ и МСКТ. Относительно невысокую частоту развития острого панкреатита, несмотря на выполнение расширенной лимфаденэктомии, мы связываем с профилактическим применением синтетического аналога соматостатина октреотида (200 мг подкожно за 2 ч до операции). Введение препарата в дозе 100 мг 3 раза в сутки продолжали на протяжении не менее 5 дней после операции. Кроме того, интраоперационно и на протяжении 3–5 дней в послеоперационном периоде вводили цитостатические препараты (5-фторурацил в дозе 250–500 мг). Отсутствие деструктивных форм панкреатита мы объясняем ежедневным УЗ-мониторингом, позволяющим своевременно, не дожидаясь клинических проявлений, скорректировать терапию.

Частота послеоперационного перитонита у наших больных составила всего 1,5%: у 1 пациентки наступил летальный исход. По данным литературы, это осложнение развивается в 2,6 до 5% случаев, а летальность при нем может достигать 100% [5, 11, 19]. Небольшая частота развития перитонита обусловлена низкой частотой развития несостоятельности ПКА, отсутствием деструктивных форм послеоперационного панкреатита, своевременной диагностикой абсцессов и скопления жидкости в брюшной полости и их лечением с применением малоинвазивных технологий.

В ближайшем послеоперационном периоде из 65 прооперированных пациентов умерли 2 (3,1%). Этот показатель соответствует данным литературы, в которой указаны цифры от 3,8 до 16% [6, 7].

Таким образом, выбранная лечебная (операционная) тактика позволила успешно выполнить радикальные оперативные вмешательства у пациентов с КЭР, несмотря на высокую распространенность опухолевого процесса и тяжесть конкурирующих заболеваний у большинства пациентов.

Достигнута относительно невысокая частота послеоперационных осложнений (34,4%) и летальности (3,1%).

Изложенное позволяет заключить, что:

- КЭР выходит на лидирующие позиции в структуре опухолевых поражений желудка; операции при КЭР характеризуются значительной сложностью, тяжестью и травматичностью и как следствие — большой частотой послеоперационных осложнений и летальности;
- гастрэктомия из трансиатального доступа при КЭР менее травматична, чем операция из комбинированного доступа, т.е. возможно расширение показаний к выполнению радикальных операций у больных с отягощенным соматическим статусом;
- примененный комплекс пред- и интраоперационных мер (использование октреотида и фибринового клея), а также динамический УЗ-контроль в послеоперационном периоде способствуют улучшению непосредственных результатов гастрэктомий у больных КЭР.

Литература

1. Азимов Р.Х., Кубышкин В.А. Рак кардии. Выбор хирургической тактики // Хирургия. — 2004; 8: 66–71.
2. Антонов О.Н. Фибриновый клей в профилактике несостоятельности анастомозов «высокого риска» в плановой торакоабдоминальной хирургии. — Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006.
3. Власов А.П. Новые технологии в анастомозировании пищевода // В кн.: сб. научн. тр. Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии» / Ростов-на-Дону. — 2005; с. 157.
4. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза // Вестн. РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина. — 2003; 1: 82–8.
5. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е. Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3. Мат-лы IX Российского онкологического конгресса / М. — 2005; с. 41–3.
6. Крылов Н.Н., Латифова Л.В. Анализ потенциальных факторов риска панкреатита после операций с лимфаденэктомией по поводу рака желудка // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2010, 2: 39–47.
7. Латифова Л.В., Крылов Н.Н. Можно ли предупредить острый панкреатит после радикальных операций с лимфаденэктомией по поводу рака желудка (обзор литературы) // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2010; 4: 61–8.
8. Русанов А.А. Рак пищевода и кардиального отдела желудка // Хирургия. — 1978; 6: 96–101.
9. Стилиди И.С., Рябов А.Б., Бохан В.Ю. и др. Оптимизированный абдоминоэзофагеальный доступ в хирургии рака желудка с переходом на пищевод // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2006; 17 (4): 47–51.
10. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Вычужанин Д.В. и др. Хирургическое лечение местно-распространенного рака желудка // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2010; 1: 61–8.
11. Чернявский А.А., Лавров Н.А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода / Н. Новгород: ДЕКОМ. — 2008; 360 с.
12. Cameron A., Souto E., Smyrk T. et al. Adenocarcinomas of the Esophagogastric Junction: Association With Intestinal Metaplasia and Dysplasia // Am. J. Gastroenterol. — 2002; 97: 1375–80.
13. Budisin N., Budisin E., Golubovic A. Early complications following total gastrectomy for gastric cancer // J. Surg. Oncol. — 2001; 77 (1): 35–41.
14. DeMeester S.R. Adenocarcinoma of the Esophagus and Cardia: A Review of the Disease and Its Treatment // An. Surg. Oncol. — 2006; 13 (1): 12–30.
15. Hulscher J., van Lanschot J. Individualised Surgical Treatment of Patients with an Adenocarcinoma of the Distal Oesophagus or Gastro-Oesophageal Junction // Dig. Surg. — 2005; 22: 130–4.
16. Meyer W., Popp M., Klinger L. et al. Results of Surgical Therapy of Adenocarcinomas of the Esophagogastric Junction According to a Standardized Surgical Resection Technique // Dig. Surg. — 2002; 19: 269–75.
17. Sah B., Chen M., Yan M. et al. Reoperation for early postoperative complications after gastric cancer surgery in a Chinese hospital // World. J. Gastroenterol. — 2010; 16 (1): 98–103.
18. Siewert J., Feith M., Stein H. Biologic and clinical variations of adenocarcinoma at the esophago-gastric junction: relevance of a topographic-anatomic subclassification // J. Surg. Oncol. — 2005; 90 (3): 139–46.
19. Zilberstein B., da Costa Martins B., Jacob C. et al. Complications of gastrectomy with lymphadenectomy in gastric cancer // Gastric Cancer. — 2004; 7 (4): 254–9.

GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH CARDIOESOPHAGEAL CANCER: IMMEDIATE RESULTS

Professor A. Chernousov, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor T. Khorobrykh, MD; V. Levkin, Candidate of Medical Sciences; P. Nogtev; Professor A. Egorov, MD; D. Vychuzhanin, Candidate of Medical Sciences; P. Chomakhidze, Candidate of Medical Sciences; M. Rogal I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

In the period 2005 to 2010, the N.N. Burdenko Faculty Surgery Clinic carried out gastrectomy in 178 patients, of whom 65 (35,6%) had cardioesophageal cancer (CEC). Transhiatal operations were performed in all patients with CEC. Postoperative complications developed in 23 (35,4%) patients. The pattern of postoperative complications showed a preponderance of extraabdominal complications, including cardiopulmonary ones, identified in 13 patients; esophageal anastomotic incompetence was noted in 6. In addition, there was acute pancreatitis (n=4), intra-abdominal abscess (n=2), cardiovascular events (n=3), adhesive obstruction (n=2), postoperative wound suppuration (n=2), and peritonitis (n=1). A fatal postoperative outcome occurred in 2 (3,1%) patients
Key words: cardioesophageal cancer, gastrectomy, transhiatal approach, postoperative complications.