© CC Коллектив авторов, 2019
УДК 616.329-089.843-06-001
DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-1-67-69

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЦЕЛОСТНОСТИ ПИЩЕВОДА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЭЗОФАГОЕЮНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ЦИРКУЛЯРНЫМ СШИВАЮЩИМ АППАРАТОМ

М. Д. Ханевич, М. А. Гипарович, Е. Ю. Юрьев*, Н. А. Карасева, Р. В. Фадеев, Р. Я. Гунят

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 14.07.18 г.; принята к печати 26.12.18 г.

Гастрэктомия выполняется в среднем в 80 % резектабельных злокачественных опухолей желудка. Разрыв пищевода при формировании эзофагеальноеюнального анастомоза при гастрэктомии является одним из грозных осложнений, которое может возникнуть во время операции. В нашем клиническом наблюдении у больного возникло такое осложнение: при попытке заведения головки сшивающего аппарата в просвет пищевода произошел продольный разрыв его стенки, распространяющийся на абдоминальный и нижнегрудной отделы. Учитывая достаточную для проведения в грудную полость длину брыжейки поперечного отдела ободочной кишки, выполнена пластика с использованием трансплантата из толстой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан из стационара под наблюдение районного онколога. Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного использования поперечного отдела толстой кишки в качестве трансплантата при возникновении разрыва пищевода при использовании циркулярных сшивающих аппаратов для формирования эзофагоеюнальных анастомозов.

Ключевые слова: *пищевод, анастомоз, разрыв*

Ханевич М. Д., Гипарович М. А., Юрьев Е. Ю., Карасева Н. А., Фадеев Р. В., Гунят Р. Я. Вариант хирургической тактики при нарушении целостности пищевода при формировании эзофагоеюнального анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(1):67–69. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-1-67-69.

*** Автор для связи:** Евгений Юрьевич Юрьев, ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», 198255, Россия, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56. E-mail: volum08@mail.ru.

Variant of surgical tactics in case of the esophagus rupture when forming the esophagojejunum anastomosis using circular stapling apparatus

Mikhail D. Khanevich, Mikhail A. Giparovich, Evgenii Iu. Yurev, N. A. Karaseva, Roman V. Fadeev, Ruslan Ia. Guniat*

City Clinical Oncology Center, Russia, St. Petersburg

Received 14.07.18; accepted 26.12.18

Gastrectomy is performed in an average of 80 % of resectable malignant stomach tumors. Rupture of the esophagus at the formation of esophagojejunum anastomosis in gastrectomy is one of the terrible complications that can occur during surgery. In our clinical observation, the patient experienced such complication: when trying to place the head of the stapler apparatus into the esophageal lumen, there was a longitudinal rupture of its wall, extending to the abdominal and lower thoracic areas. Given the length of the mesentery of the transverse colon, sufficient for carrying into the thoracic cavity, plastic surgery was performed using a graft from the colon. The postoperative period proceeded without complications. The patient was discharged from the hospital under the supervision of a regional oncologist. This observation demonstrates the possibility of the successful use of the transverse colon as a graft in case of esophageal rupture when using circular staplers apparatus for the formation of the esophageal anastomoses.

Keywords: *esophagus, anastomosis, rupture*

Khanevich M. D., Giparovich M. A., Yurev E. Iu., Karaseva N. A., Fadeev R. V., Guniat R. Ia. Variant of surgical tactics in case of the esophagus rupture when forming the esophagojejunum anastomosis using circular stapling apparatus. *Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekov.* 2019;178(1):67–69. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-1-67-69.

*** Corresponding author:** Evgenii Iu. Yurev, City Clinical Oncology Center, 56 Veteranov street, St. Petersburg, Russia, 198255. E-mail: volum08@mail.ru.

Введение. В настоящее время гастрэктомия выполняется в среднем в 80 % резектабельных злокачественных опухолей желудка. Непосредственные результаты гастрэктомий в значительной степени зависят от выбора метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза [1–3]. Проблема как формирования, так и несостоятельности анастомозов при выполнении гастрэктомий в последние годы стала не так актуальна, как в 70-е, 80-е и даже 90-е годы XX столетия [2–4]. Это связано с наличием у хирургов большого арсенала разработанных надежных методик формирования соустий, внедрением в повседневную хирургическую практику циркулярных сшивающих аппаратов и атравматичного шовного материала. Однако сложности и непредвиденные ситуации могут встречаться. Приводим клиническое наблюдение способа устранения разрыва пищевода при формировании

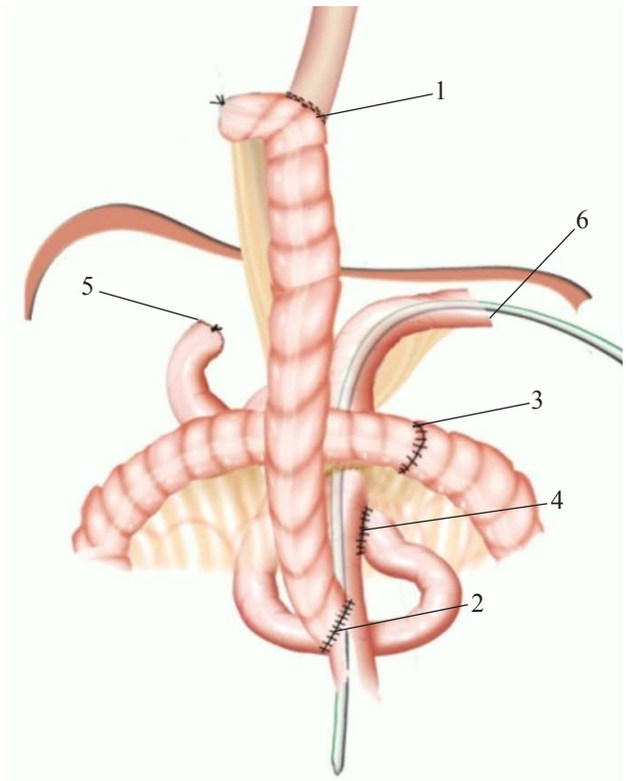


Рис. 1. Схема кишечных соустий:

1 – пищеводно-толстокишечное; 2 – толсто-тонкокишечное; 3 – толсто-толстокишечное; 4 – тонко-тонкокишечное; 5 – заглушенный конец двенадцатиперстной кишки; 6 – питательная еюностома

Fig. 1. Scheme of intestinal anastomoses:

1 – esophageal and colonic; 2 – colonic and small intestinal; 3 – colonic and colonic; 4 – small intestinal and small intestinal; 5 – the closed end of the duodenum; 6 – nutritional jejunal stoma

эзофагоеюнального анастомоза с использованием циркулярного сшивающего аппарата.

Цель – определение тактики лечения разрыва пищевода при формировании эзофагоеюнального анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом.

Больной К., 57 лет, в течение 20 лет страдал язвенной болезнью желудка, регулярно получал противоязвенное лечение и наблюдался у гастроэнтеролога. В августе 2016 г. при очередном обследовании выявлен рак тела желудка.

При фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) (02.08.2016 г.) было установлено, что в средней трети тела желудка, ближе к большой кривизне, имеется опухолевая инфильтрация диаметром 4,5 см с изъязвлением в центре, кроме того, в крае изъязвления определены два тромбированных сосуда, свидетельствующие о риске возникновения желудочного кровотечения. Гистология биопсийного материала (08.08.2016 г.): аденокарцинома желудка Grade 3 с наличием перстневидных клеток. По данным компьютерной томографии (КТ) груди и живота (15.08.2016 г.) отдаленных метастазов, а также местного распространения опухолевого процесса на соседние органы и структуры не выявлено. Лимфатические узлы, подозрительные на метастатические, не выявлены.

При рентгеноскопии желудка (29.08.2016 г.) установлено, что его свод деформирован и утолщен до 2,0 см. Изменения в стенке распространяются на верхнюю и среднюю треть тела. По большой кривизне визуализируются инфильтративные изменения, распространяющиеся на протяжении 6,7 см. В верхней трети желудок ригидно сужен до 2,8 см. Заключение рентгеноскопии: «Инфильтративно-язвенный рак желудка».

Из сопутствующих заболеваний следует отметить наличие мочекаменной болезни, хронического двустороннего пиелонефрита в стадии ремиссии.

Учитывая высокую вероятность возникновения желудочного кровотечения, комиссионно принято решение о хирургическом лечении. Больной госпитализирован в СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер». В плановом порядке 06.09.2016 г. пациенту произведена гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2. Планировалось формирование эзофагоеюнального анастомоза по Ру с помощью одноразового циркулярного сшивающего аппарата № 25. Однако при попытке заведения головки сшивающего аппарата в просвет пищевода произошел продольный разрыв его стенки, распространяющийся на абдоминальный и нижнегрудной отделы.

Интраоперационным консилиумом рассматривались три варианта завершения операции:

1) ушивание дефекта стенки пищевода из абдоминального или торакального доступа с формированием эзофагоеюнального анастомоза;

2) резекция поврежденного участка пищевода из абдоминального или торакального доступа с формированием эзофагоеюнального анастомоза;

3) резекция поврежденного участка пищевода из торакального доступа, создание эзофагоеюнального сообщения с использованием трансплантата из ободочной кишки.

Учитывая достаточную для проведения в грудную полость длину брыжейки поперечного отдела ободочной кишки, решено произвести пластику с использованием трансплантата из толстой кишки. Схема операции показана на *рис. 1*.

Мобилизован поперечный отдел ободочной кишки с сосудистыми аркадами от *a. colica media*. Ободочная кишка пересечена на уровне печеночного и селезеночного изгибов. Сформирован толсто-тонкокишечный анастомоз с дистальным участком поперечного отдела ободочной кишки дистальнее ранее сформированного Y-образного тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «конец в бок». Наложен толсто-толстокишечный анастомоз между восходящим и нисходящим отделами ободочной кишки по типу «конец в конец». После выполнения правосторонней торакотомии и резекции поврежденного абдоминального и частично нижнегрудного отделов пищевода сформирован эзофаго-трансверзоанастомоз по типу «конец в бок». Отключенная петля тонкой кишки использована для формирования концевой пристеночной питательной энтеростомы.

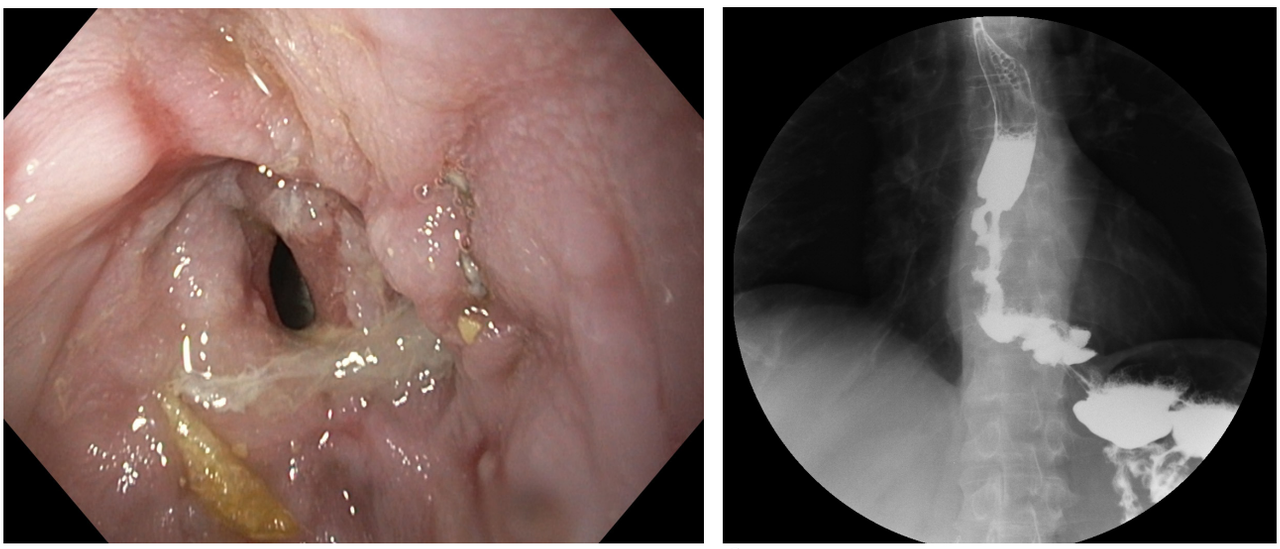
Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан из стационара под наблюдение районного онколога на 16-е сутки после операции. Окончательный диагноз: «Инфильтративно-язвенный рак средней трети желудка – pT2N0cM0 R0 – Ib стадии».

После выписки из стационара пациент находится на диспансерном наблюдении в поликлинике, где проходит регулярные обследования.

Контрольная ФГДС от 01.09.2017 г.: на 30 см от резцов определяется пищеводно-толстокишечный анастомоз диаметром 1,8 см с гладкими ровными краями. Осмотрено 20 см отводящего отдела толстой кишки. Видимая слизистая розовая, без дефектов и явлений воспаления. Эндоскопических данных за рецидив рака не получено (*рис. 2, а*).

Рентгеноскопия анастомозов (03.09.2017 г.): пищеводно-толстокишечный анастомоз свободно проходим, располагается на 9 см выше диафрагмы. Толсто-тонкокишечный анастомоз также в хорошем функциональном состоянии (*рис. 2, б*).

Больной чувствует себя удовлетворительно, ведет активный образ жизни, дисфагических нарушений не отмечает.



а *б*

Рис. 2. Контрольное обследование больного К., 57 лет:

а – ФГДС; б – рентгеноскопия пищеводно-толстокишечного анастомоза. Объяснения в тексте

Fig. 2. Control examination of the patient K. of 57 years:

a – FGDS; б – radioscopy of the esophageal-colonic anastomosis. Explanations in the text

Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного использования поперечного отдела толстой кишки в качестве трансплантата при возникновении такого грозного осложнения, как разрыв пищевода, при использовании циркулярных сшивающих аппаратов для формирования эзофагоеюнальных анастомозов.

Выводы. 1. Одним из грозных осложнений, которое может возникнуть при выполнении гастрэктомии с наложением эзофагоеюнального анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата, является разрыв пищевода.

2. При разрыве стенки пищевода оптимальным методом его устранения при недостаточной мобильности тонкой кишки в связи с короткой брыжейкой следует считать резекцию поврежденного участка пищевода из торакотомного доступа, создание эзофагоеюнального сообщения с использованием трансплантата из ободочной кишки.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики / Compliance with ethical principles

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов. / The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Баксиян Г. А., Тер-Ованесов М. Д., Левицкий А. В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению рака желудка с обзором методов реконструкции // Хирург. 2016. № 4. С. 39–50. [Baksiyan G. A., Ter-Ovanesov M. D., Levicky A. V., Lesnidze Je. Je., Gaboyan A. S., Kuz'minov V. N., Maslyankin D. B., Kukosh M. Ju. Sovremennye podhody k khirurgicheskomu lecheniyu raka zheludka s obzorom metodov rekonstrukcii. *Khirurg*. 2016. № 4, pp. 39–50. (In Russ.)].
2. Болотина Л. В., Крамская Л. В., Дешкина Т. И. и др. Современные подходы к лечению местно-распространенного резектабельного рака желудка // Онкология : Журн. им. П. А. Герцена. 2015. Т. 4, № 4. С. 52–56. [Bolotina L. V., Kramskaya L. V., Deshkina T. I., Ryabov A. B., Sobolev D. D. Sovremennye podhody k lecheniyu mestnorasprostranennogo rezektabel'nogo raka zheludka. *Onkologiya: Zhurnal im. P. A. Gercena*. 2015. Vol. 4, № 4, pp. 52–56. (In Russ.)].
3. Кавайкин А. Г. Современное состояние проблемы несостоятельности пищеводных анастомозов после операций по поводу рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода // Вестн. хир. им. И. И. Грекова. 2007. Т. 166, № 5. С. 107–110. [Kavaikin A. G. Sovremennoe sostoyanie problemy nesostoyatel'nosti pishchevodnykh anastomozov posle operatsii po povodu raka pishchevoda i pishchevodno-zheludochnogo perekhoda. *Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova*. 2007. Vol. 166, № 5, pp. 107–110. (In Russ.)].
3. Карачун А. М., Самсонов Д. В. Современные подходы к хирургическому лечению местно-распространенного и метастатического рака желудка // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. 2009. Т. 25, № 1. С. 168–171. [Karachun A. M., Samsonov D. V. Sovremennye podhody k khirurgicheskomu lecheniyu mestnorasprostranennogo i metastaticheskogo raka zheludka. *Vestnik Rossiyskoj voenno-medicinskoj akademii*. 2009. Vol. 25, № 1, pp. 168–171. (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Ханевич Михаил Дмитриевич (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), д-р мед. наук, профессор, зам. главного врача по хирургии; *Гипарович Михаил Алексеевич* (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), канд. мед. наук, врач-хирург 6-го онкоторакального отделения; *Юрьев Евгений Юрьевич* (e-mail: volum08@mail.ru), врач-хирург 6-го онкоторакального отделения; *Карасева Нина Алексеевна* (e-mail: nkaraseva06@mail.ru), канд. мед. наук, доцент, врач 6-го онкоторакального отделения; *Фадеев Роман Вячеславович* (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), врач-хирург 9-го онкохирургического отделения; *Гунят Руслан Ярославович* (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), канд. мед. наук, врач-хирург 6-го онкоторакального отделения; Городской клинический онкологический диспансер, 198255, Россия, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56.