

Для цитирования: Давыдов М.М., Абдуллаев А.Г., Малихова О.А., Цыганкова А.В. Способ лечения несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. Клиническое наблюдение. Сибирский онкологический журнал. 2019; 18(4): 102–105. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-102-105.

For citation: Davydov M.M., Abdullaev A.G., Malikhova O.A., Tsigankova A.V. New treatment option for esophagogastric anastomotic leak: a case report. Siberian Journal of Oncology. 2019; 18(4): 102–105. – doi: 10.21294/1814-4861-2019-18-4-102-105.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

М.М. Давыдов, А.Г. Абдуллаев, О.А. Малихова, А.В. Цыганкова

НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
г. Москва, Россия
Россия, г. Москва, 115478, Каширское шоссе, 24. E-mail: khalanskaya.anna@gmail.com

Аннотация

Актуальность. Проблема формирования пищеводно-желудочного анастомоза имеет длительную историю. Это, прежде всего, было связано с поиском наиболее надежного и безопасного соустья. Использование инвагинационного кулисного анастомоза, предложенного в начале 90-х годов М.И. Давыдовым, позволило значительно повысить качество жизни пациентов, сократив частоту несостоятельности анастомозов до 0,5 %. **Описание клинического случая.** Представлено клиническое наблюдение пациента с диагнозом рак проксимального отдела желудка с переходом на нижнегрудной отдел пищевода. Пациенту было выполнено оперативное вмешательство в объеме проксимальной субтотальной резекции желудка и нижнегрудного отдела пищевода из комбинированного доступа (лапаротомия, торакотомия справа). На 11-е сут выполнено рентгенологическое исследование пищеводно-желудочного анастомоза с водорастворимым контрастом. В связи с выявленной несостоятельностью анастомоза больной экстренно оперирован. **Заключение.** Представлен оригинальный способ лечения несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, заключающийся в эндоскопическом трансэзофагеальном клипировании дефекта наряду с санацией и дренированием плевральной полости и средостения.

Ключевые слова: рак пищевода, пищеводно-желудочный анастомоз, операция типа Льюиса.

NEW TREATMENT OPTION FOR ESOPHAGOGASTRIC ANASTOMOTIC LEAK: A CASE REPORT

М.М. Davydov, A.G. Abdullaev, O.A. Malikhova, A.V. Tsigankova

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia
Россия, г. Москва, 115478, Каширское шоссе, 24. E-mail: khalanskaya.anna@gmail.com

Abstract

The formation of esophagogastric anastomosis has a long history due to the search for the most reliable and safe fistula. The use of invagination anastomosis, proposed in the early 90s by Professor M.I. Davydov, fully met all the requirements, allowing significantly improve the quality of life of patients and significantly reducing the frequency of failure of the anastomoses to 0.5%. **Case description.** We present the case of proximal gastric cancer invading the lower thoracic esophagus. The patient underwent proximal subtotal gastric and lower thoracic esophageal resection using the combination of a laparotomy and right thoracotomy. Contrast radiography performed on day 11 after surgery revealed esophagogastric anastomotic leak. The patient underwent urgent surgery. **Conclusion.** This article presents a new treatment option for esophagogastric anastomotic leak by using endoscopic transesophageal clipping of the defect in combination with sanitation

and drainage of the pleural/mediastinal cavity. The proposed technique can be considered as a minimally invasive treatment method and can be used in any surgical clinic.

Key words: esophageal cancer, esophagogastric anastomosis, Ivor Lewis minimally invasive esophagectomy

В России рак желудка занимает 6-е место в структуре заболеваемости и 2-е в структуре смертности [1]. Особым подтипом проксимального рака желудка является гастро-эзофагеальный рак (опухоль с эпицентром дистальнее 5 см от Z-линии), кроме того, принято выделять кардио-эзофагеальный рак – опухоль, эпицентр развития которой формируется в пределах 5 см в проксимальном или дистальном направлении [2]. С учетом локализации опухоли на границе пищевода и желудка ее особенностью является большее распространение на пищевод и увеличение частоты метастазирования в медиастинальные лимфоузлы. Данные обстоятельства определяют основные принципы хирургического лечения кардио-эзофагеального рака, заключающиеся в использовании комбинированных торако-абдоминальных доступов, при этом формирование пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомозов осуществляется в заднем средостении. Нами отмечены неоспоримые преимущества анастомозов, сформированных по М.И. Давыдову, накоплен значительный опыт, доказаны их безопасность и высокая функциональность [3].

По данным торакального отделения «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, частота несостоятельности пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза в период с 1995 по 2018 г. составила 0,5 %. Следует отметить, что развитие такого тяжелого осложнения сопряжено с высокой летальностью, достигающей 35–50 %. Представляем клиническое наблюдение, в котором был использован оптимальный способ лечения недостаточности пищеводно-желудочного анастомоза.

Пациент с диагнозом рак проксимального отдела желудка с переходом на нижнегрудной отдел пищевода, IIIВ (T3N3M0) стадия. Считает

себя больным с сентября 2017 г., когда впервые появились жалобы на дискомфорт при глотании твердой пищи. После обследования по месту жительства установлено наличие злокачественного образования желудка. В ноябре 2017 г. был направлен в областной онкодиспансер, где диагноз подтвержден гистологически: аденокарцинома. Госпитализирован для хирургического лечения. На консилиуме онкохирурга и химиотерапевта принято решение о проведении неоадьювантной химиотерапии по схеме доцетаксел + 5-фторурацил + цисплатин. Проведено 8 курсов с эффектом стабилизации процесса, окончание химиотерапии – 20.06.18. Пациент направлен на консультацию в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, где после амбулаторного обследования других проявлений заболевания не выявлено, госпитализирован в торакальное отделение для хирургического лечения.

Эзофагогастродуоденоскопия (26.07.18): в просвете пищевода, начиная от 34 см от резцов по всем стенкам определяется проксимальная граница бугристой опухолевой инфильтрации, сужающей просвет до 1,0 см, с формированием непрямого компенсированного стенотического канала. Линия кардиоэзофагеального перехода в структуре опухоли четко не определяется. Дистальная граница стеноза – на уровне 37 см от резцов. Поверхность опухоли крупнобугристая, на некоторых участках изъязвлена. В желудке – циркулярная крупнобугристая опухоль с выраженной контактной кровоточивостью определяется на уровне кардиального и субкардиального отделов. Остальные отделы желудка и ДПК без особенностей. Заключение: Кардиоэзофагеальный рак I типа по классификации J. Siewert. Состояние после 8 курсов ПХТ.

Цитологическое исследование (№ 2018/14194, 27.07.18): аденокарцинома, БДУ.

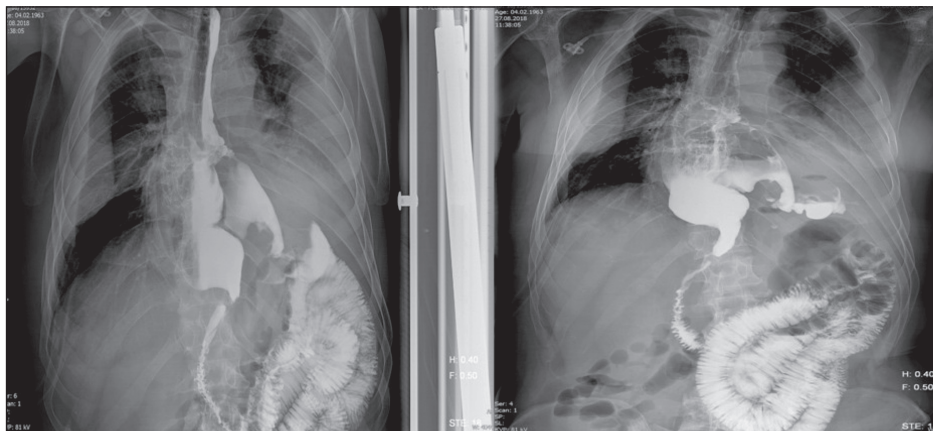


Рис. 1. Рентгенологическое исследование пищеводно-желудочного анастомоза с водорастворимым контрастом от 27.08.18

Фибробронхоскопия (2.08.18): без особенностей.

Рентгенологическое исследование пищевода с водорастворимым контрастом (1.08.18): проксимальная граница опухоли на уровне нижней трети ретроперикардального сегмента. Просвет пищевода сужен на 2/3 (контраст с умеренной задержкой проходит через участок поражения). Супрастенотического расширения не выявлено.

Проведена проксимальная субтотальная резекция желудка с резекцией нижнегрудного отдела пищевода из комбинированного доступа (лапаротомия, торакотомия справа) от 16.08.18. В субкардиальном отделе желудка с переходом на абдоминальный и диафрагмальный отделы пищевода определялась опухоль, протяженностью 5 см, циркулярно поражающая зону гастро-эзофагеального перехода, визуально не прорастающая серозную оболочку. Пищевод пересечен на уровне бифуркации трахеи. Мобилизованный желудочный трансплантат перемещен в плевральную полость. С помощью аппарата УО-60 выполнена проксимальная субтотальная резекция желудка. Механический шов укрыт узловыми серозно-серозными швами. В плевральной полости сформирован погружной пищеводно-желудочный анастомоз по М.И. Давыдову.

На 5-е сут после операции появились жалобы на одышку в покое. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен гидро-пневмоторакс справа. Средние и верхние отделы правого лёгкого окутывал воздух слоем 1,6 см в апикальных отделах и 2,0 см в средних паракостальных отделах. В средних отделах правой плевральной полости определялся горизонтальный уровень жидкости, затекающей в междолевую щель. Жидкость в левой плевральной полости сосредоточилась в базальных отделах. Отмечается гиповентиляция базальных отделов лёгких, больше слева. На этом фоне нельзя исключить развития вторичного воспаления в наддиафрагмальных отделах левого лёгкого.

При осмотре пациент отмечал жалобы на умеренную болезненность в области послеоперационной раны, слабость, одышку, ЧДД – 18 в 1 мин, ЧСС – 74 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст, температура – 36,6 °С. Общее состояние средней тяжести. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. При аускультации дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Живот при пальпации болезненный в области послеоперационной раны. Выслушивается слабая перистальтика. Перитонеальных симптомов нет. Послеоперационная рана без признаков воспаления. По дренажам серозно-геморрагическое отделяемое. Выполнена диагностическая пункция правой плевральной области.

Рентгенография органов грудной клетки, лапарография (23.08.18): по сравнению с исследованием от 21.08.18 в правой плевральной полости

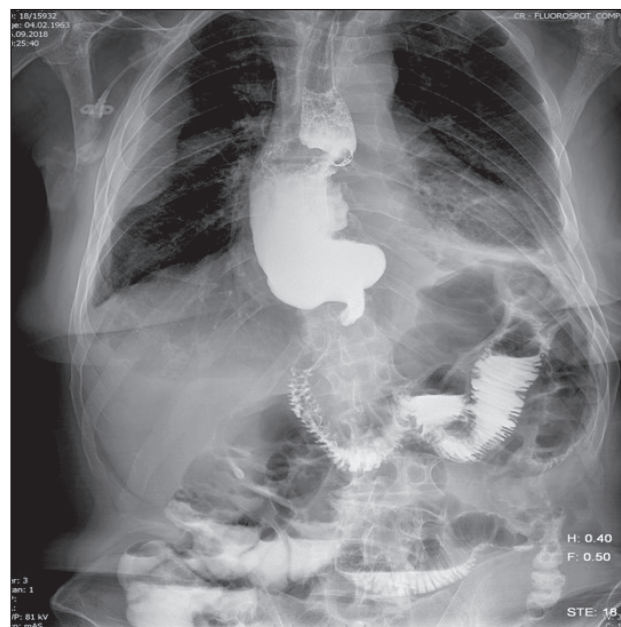


Рис. 2. Рентгенологическое исследование пищевода-желудочного анастомоза с водорастворимым контрастом от 06.09.18

сохраняется умеренное количество свободного газа. В апикальных отделах слой воздуха достигает 2,2 см, в верхних паракостальных отделах – 1,0 см. Увеличилось количество паракостально отграниченного скопления жидкости, затекающей в междолевые щели. Слой жидкости в правой латеропозиции достигает 5,0–5,5 см. Увеличилось количество жидкости в наддиафрагмальных отделах левой плевральной полости до 3,0 см. Сохраняется сдавление базальных отделов левого лёгкого жидкостью.

Выполнена пункция правой плевральной полости, получено около 150 мл серозно-геморрагического отделяемого.

Рентгенологическое исследование пищевода-желудочного анастомоза с водорастворимым контрастом (27.08.18): признаки несостоятельности анастомоза: по левой полуокружности анастомоза определяется дефект стенки около 0,5 см с выходом рентгенконтрастного препарата в левую плевральную полость (рис. 1).

Экстренная операция в объеме торакоскопической ревизии и санации левой плевральной полости. Рассечены рыхлые спайки, заполняющие плевральную полость. Обнаружена полость между перикардом, нижней долей левого легкого и диафрагмой, из которой эвакуировано 50 мл гнойного содержимого. Плевральная полость промыта антисептиками, санирована. Интраоперационно выполнена эзофагогастродуоденоскопия, при ревизии выявлен дефект по левой стенке анастомоза, произведено клипирование.

Рентгенологическое исследование пищевода-желудочного анастомоза с водорастворимым

контрастом (6.09.18): в зоне бывшего дефекта определяется металлическая клипса, признаков несостоятельности не выявлено (рис. 2). Отмечается замедленная эвакуация водорастворимого рентген-контрастного препарата из культи желудка, повышение тонуса привратника.

Пациент выписан из стационара на 19-е сут после операции в удовлетворительном состоянии.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). М., 2018. 250. [Kaprin A.D., Starinskii V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality). Moscow, 2018. 250. (in Russian)].

Заключение

Данный способ демонстрирует альтернативную «открытому» вмешательству возможность эффективного лечения такого грозного осложнения, как несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза. Определяющим фактором успеха в данной ситуации, на наш взгляд, является раннее использование методики клипирования при эзофагоскопии, а также качественная санация плевральной полости, средостения и дренирование.

2. Siewert J.R., Stein H.J. Classification of the adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. British Journal Surgery. 1998; 85: 1457–1459. doi: 10.1046/j.1365-2168.1998.00940.x.

3. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М. Энциклопедия хирургии рака желудка. М., 2011. 532. [Davydov M.I., Turkin I.N., Davydov M.M. Encyclopedia of gastric cancer surgery. Moscow, 2011. 532. (in Russian)].

Поступила/Received 16.10.18
Принята в печать/Accepted 28.11.18

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Давыдов Михаил Михайлович, доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, заведующий торакальным отделением торако-абдоминального отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия). Author ID (РИНЦ): 555607

Абдуллаев Амир Гусейнович, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник торакального отделения торако-абдоминального отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия).

Малихова Ольга Александровна, доктор медицинских наук, заведующая эндоскопическим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия).

Цыганкова Анна Владимировна, ординатор торакального отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия).

Финансирование

Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.

Конфликт интересов

Авторы объявляют, что у них нет конфликта интересов.

ABOUT THE AUTHORS

Michail M. Davydov, MD, DSc, Professor, Head of Thoracic Department, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia).

Amir G. Abdullaev, MD, DSc, Leading Researcher, Thoracic Department, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia).

Olga A. Malikhova, MD, DSc, Head of Endoscopic Department, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia).

Anna V. Tsigankova, MD, Physician, Thoracic Department, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia).

Funding

This study required no funding.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.