

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.329-089-06:616.33-002.44-089

Д.А.Чичеватов, А.Г.Кавайкин, А.Н.Горшенев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЛЬЮИСА

Областной онкологический диспансер (главврач — А.В.Никишин), г. Пенза

Ключевые слова: язва трансплантата, эзофагопластика.

Введение. Операция Льюиса является одним из наиболее распространенных в мире хирургических вмешательств по поводу рака пищевода. Развитие пептической язвы желудочного трансплантата — явление достаточно редкое. Тем не менее, пенетрация язвы, например, в заднюю стенку трахеи и бронхов с последующей перфорацией может привести к развитию фатального осложнения в виде желудочно-респираторного свища [7]. В настоящее время в мире нет единой точки зрения относительно того, каким образом лечить язву желудочного трансплантата [2]. В данном сообщении приведены 2 наблюдения хирургического лечения осложненных язв желудка после интраплевральной эзофагопластики.

1. В декабре 2004 г. пациенту Т., 61 года, выполнена операция Льюиса с 2F-диссекцией по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода T3N0M0. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной был выписан и в течение 1 года чувствовал себя удовлетворительно. В конце января 2006 г. возникли кашель с отхождением гнойной мокроты с примесью пищи, гипертермия до 39 °С. Госпитализирован в Пензенский онкодиспансер в экстренном порядке 01.02.2006 г. Обследование, включавшее бронхоскопию, эзофагогастроскопию, рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка, КТ, обнаружило наличие желудочно-респираторного свища на уровне бифуркации трахеи и правостороннюю аспирационную нижнедолевую пневмонию. Причиной развития свища явилась пенетрирующая язва желудочного трансплантата (гистологическое исследование № 1149 от 16.02.2006 г.: хроническая язва желудка). После проведения предоперационной подготовки и курса антибактериальной терапии больной был оперирован 13.02.2006 г. Операция выполнялась через торакотомию по «старому» рубцу. Выделение культи пищевода, желудочного трансплантата и трахеобронхиального дерева сопровождалось большими техническими трудностями ввиду выраженного рубцового процесса в средостении после лимфодиссекции. Свищ диаметром 8 мм был обнаружен на 1,5–2 см ниже уровня анастомоза между передней стенкой желудочного трансплантата и задней стенкой бифуркации трахеи. После широкого иссечения свища дефекты трахеи и желудка ушиты узловыми швами. Учитывая высокий риск несостоятельности швов, было решено выполнить их усиление диафрагмальным лоскутом. Последний был выкроен из дополнительной торакотомии в девятом межреберье с сосудистой ножкой из нижнедиафрагмальных сосудов. Лоскут

был сложен вдоль сосудистой оси, и его левая часть фиксирована к желудку, а правая — к трахее и бронхам поверх предыдущих швов (рис. 1).

Таким образом, между трахеей и желудком была создана дубликатура диафрагмального лоскута. Послеоперационный период протекал без осложнений, пневмония купирована с частичным исходом в пневмофиброз. Больной был выписан на 30-й день. При дальнейшем наблюдении рецидивов язвы и(или) свища не было. 10 апреля 2007 г. (28 мес после операции Льюиса) диагностирован локорегионарный рецидив опухоли, направлен на лучевую терапию.

2. В августе 2003 г. пациенту Ф., 48 лет, выполнена операция Льюиса с 2F-диссекцией по поводу рака среднегрудного отдела пищевода T2N0M0. В течение 26 мес после операции чувствовал себя удовлетворительно. В октябре 2005 г. диагностирована язва желудочного трансплантата диаметром 5 см, которая локализовалась на передней стенке трансплантата в средней трети. Консервативное лечение в течение 7 мес было безуспешным, тем не менее, размеры язвенного дефекта сократились до 3 см. Пациента беспокоила интенсивная боль в грудной клетке, требующая постоянного приема анальгетиков. 02.03.2006 г. больной поступил в Пензенский онкодиспансер для проведения хирургического лечения.

16.03.2006 г. выполнена операция. Доступ осуществлялся по «старому» торакотомному рубцу. В плевральной полости и средостении был обнаружен грубый рубцово-воспалительный процесс. Стенка желудка была практически полностью дискредитирована воспалением. Язвенный дефект обнаружен на передней стенке желудка с широкой пенетрацией (но без перфорации) в заднюю стенку перикарда (гистология от 23.03.2006 г.: хроническая язва желудка). К сожалению, не было технической возможности

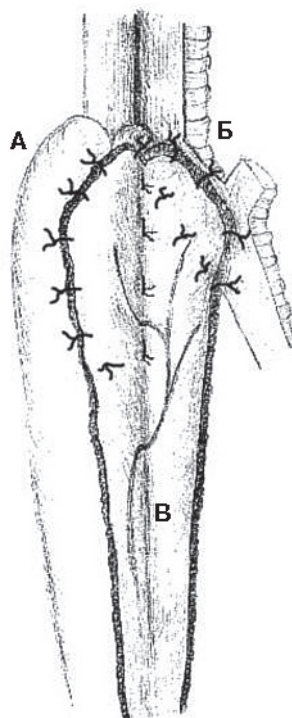


Рис. 1. Схематическое изображение окончательного вида операции у больного Т., 61 года.

А — желудочный трансплантат; Б — трахея; В — диафрагмальный лоскут.

выполнить органосохраняющее иссечение язвенного дефекта, поэтому была предпринята проксимальная субтотальная резекция желудка. Антральный отдел желудка был технически недоступен ввиду тотальной зашвартованности реберно- и кардиодиафрагмальных синусов и базальных отделов легкого. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта осуществлено одномоментным вторым этапом операции. Выполнена лапаротомия, подготовка толстокишечного изоперистальтического трансплантата с сосудистой ножкой из левых ободочных сосудов с последующим ретростеральным его проведением. Сформирован шейный эзофагоколоанастомоз (рис. 2). Послеоперационный период осложнился формированием свища анастомоза, который спонтанно гранулировал на 54-й день. Пациента наблюдали в течение 12 мес после повторной эзофагопластики, прогрессирования опухоли не обнаружено, чувствовал себя удовлетворительно, дисфагии не было.

Осложненная язва желудочного трансплантата — достаточно редкая патология, поэтому большинство публикаций на эту тему носят характер клинических наблюдений. Нельзя говорить о четко определенной тактике лечения подобных пациентов, вопрос находится в состоянии дискуссии. Например, M. Bennie и соавт. [1] успешно применяли бронхиальный стент для лечения желудочно-бронхиального свища у пациента через 5 лет после транسخиатальной эзофагэктомии [1]. Тем не менее, многие авторы предпочитают хирургические вмешательства, направленные на разобщение желудочно-респираторных свищей. Поскольку подобные операции сопровождаются высоким риском рецидива свища или развития гнойных интраплевральных осложнений, все авторы применяют различные пластические лоскуты для интерпозиции и усиления швов. K. Hayashi и соавт. [4] предпочитали лоскут широчайшей мышцы спины, S. Suk-Won Song и соавт. [8] закрывали желудочно-трахеальный свищ, используя лоскут перикарда на ножке, M. Okuyama и соавт. [6] выполняли транспозицию большой грудной мышцы при лечении желудочно-бронхиального свища с удовлетворительным результатом. K. Kalmar и соавт. [5] у двух больных в дефект трахеи вшивали заплату из аутологичной широкой фасции бедра, а между швами прокладывали лоскут большой грудной мышцы. Мы принципиально предпочитаем лоскут диафрагмы, поскольку считаем, что из всех пластических лоскутов, применяемых в настоящее время в грудной хирургии, он обладает наилучшими свойствами с точки зрения кровоснабжения, прочности и способности моделироваться. Последний аспект особенно важен применительно к задаче создания «прокладки» между пищеварительным и респираторным трактами.

Резекция желудочного трансплантата с повторной эзофагопластикой — довольно редкая операция. Отчасти это связано с невысокой потребностью в выполнении подобных вмешательств, отчасти — с их высоким риском. К сожалению,

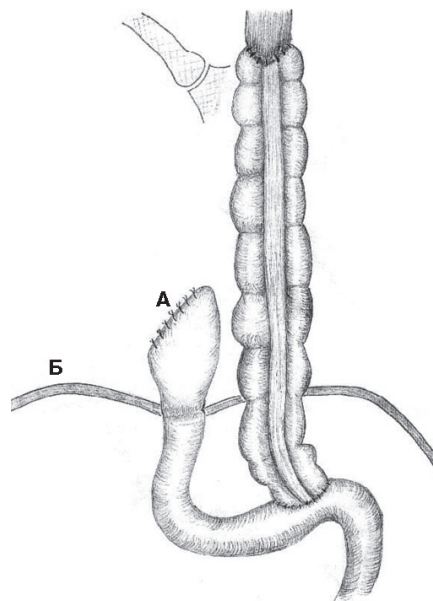


Рис. 2. Схематическое изображение окончательного вида операции у больного Ф., 48 лет.

А — культя желудка; Б — диафрагма.

нам удалось обнаружить только одну публикацию, посвященную данному вопросу [3].

Таким образом, принимая во внимание собственный небольшой опыт и опыт коллег, следует отметить, что радикальные хирургические вмешательства при осложненных язвах желудочного трансплантата могут выполняться с удовлетворительным результатом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Bennie M., Sabharwal T., Dussek J., Adam A. Bronchogastric fistula successfully treated with the insertion of a covered bronchial stent // Eur. Radiol.—2003.—Vol. 13, № 9.—P. 2222–2225.
2. Devbhandari M., Jain R., Galloway S., Krysiak P. Benign gastro-bronchial fistula — an uncommon complication of esophagectomy: case report // BMC Surg.—2005.—Vol. 30, № 5.—P. 16.
3. Hashimoto M., Ado S., Kitamura M., Izumi K. Resection of the posterior mediastinal gastric tube used in reconstruction after radical surgery for esophageal cancer—case reports // Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi.—1995.—Vol. 43, № 7.—P. 1016–1022.
4. Hayashi K., Ando N., Ozawa S. et al. Gastric tube-to-tracheal fistula closed with a latissimus dorsi myocutaneous flap // Ann. Thorac. Surg.—1999.—Vol. 68, № 2.—P. 561–562.
5. Kalmar K., Molnar T., Morquan A., Horvath O. Non-malignant tracheo-gastric fistula following esophagectomy for cancer // Eur. J. Cardiothorac Surg.—2000.—Vol. 18, № 3.—P. 363–365.
6. Okuyama M., Saito R., Motoyama S. et al. Histological confirmation of healing of gastrobronchial fistula using a muscle flap // Ann. Thorac. Surg.—2002.—Vol. 73, № 4.—P. 1298–1299.
7. Pramesh C., Sharma S., Saklani A., Sanghvi B. Broncho-gastric fistula complicating transthoracic esophagectomy // Dis. Esophagus.—2001.—Vol. 14, № 3–4.—P. 271–273.
8. Suk-Won S., Hyun-Sung L., Moon Soo K. et al. Repair of gastrotracheal fistula with a pedicled pericardial flap after Ivor Lewis esophagogastrectomy for esophageal cancer // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.—2006.—Vol. 132, № 3.—P. 716–717.

Поступила в редакцию 04.09.2008 г.