

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.329-006.6-089-06:616.329-006.6«45-50»-07-089

В. Ф. Касаткин, О. И. Кит, Ю. А. Фоменко

РАК ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА СПУСТЯ 50 ЛЕТ ПОСЛЕ ПРЕДГРУДИННОЙ ПЛАСТИКИ

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» (дир. — проф. О. И. Кит)
Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону

Ключевые слова: пищевод искусственный, рак.

Несколько десятилетий назад под наблюдением хирургов находились лишь единицы больных, оперированных по поводу органических заболеваний пищевода, что было обусловлено сложностью выполнения реконструктивно-пластических операций и высокой частотой послеоперационных осложнений после этих вмешательств [5]. В последние десятилетия эта картина кардинально изменилась. В настоящее время благодаря высоким достижениям в анестезиологии, более совершенному хирургическому инструментарию и накопленному опыту удалось существенно (до 4–6%) снизить послеоперационную летальность и увеличить 4-летнюю выживаемость больных после онкологических операций до 21–50% [1, 2].

Проблема заболеваний искусственного пищевода остается актуальной, поскольку количество эзофагопластик с каждым годом увеличивается, соответственно растет и количество больных с заболеваниями искусственного пищевода.

Злокачественные опухоли искусственного пищевода, созданного из различных отделов пищеварительного тракта, являются редкой патологией. В доступной нам литературе встретились описания единичных наблюдений больных с опухолями висцеральных трансплантатов. Так, М. М. Абакумов и соавт. (1991) описали больного, у которого через 22 года после эзофагопластики подвздошно-толстокишечным сегментом ободочной кишки развился рак в трансплантате [цит. по 3]. По данным K. Jeyasingham и соавт. (1990), аденокарцинома толстокишечного трансплантата развилась у 3 (0,8%) из 365 больных в период от 7 до 30 лет после эзофагопластики [цит. по 3].

В плане вышесказанного определённый интерес представляет наше наблюдение.

Больная П., 58 лет, обратилась в Ростовский НИИ онкологии 03.09.2009 г. с направительным диагнозом: «Рак искусственного пищевода». При беседе предъявляла жалобы на нарушение прохождения твёрдой пищи и наличие опухолевидного образования в подключичной области слева. Из

анамнеза заболевания выяснено, что первые признаки дисфагии появились в феврале 2009 г. За медицинской помощью впервые обратилась в городскую больницу по месту жительства через 6 мес после появления вышеуказанных жалоб, когда при пальпации и визуально стала определять у себя опухолевидное образование в проекции грудиноключичного сочленения слева до 4 см в диаметре.

При сборе анамнеза жизни выяснено, что в возрасте 3 лет больная выпила каустическую соду. По поводу химического ожога пищевода по месту жительства многократно выполнялось бужирование пищевода с кратковременным положительным эффектом. В 1956 г., в возрасте 5 лет, больная оперирована в Институте скорой медицинской помощи им. Н. В. Склифосовского (Москва). По поводу рубцовой стриктуры пищевода П. И. Андросовым, учеником С. С. Юдина, выполнена предгрудинная пластика пищевода правой половиной ободочной кишки. Последующие 53 года после операции жалоб не предъявляла.

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Со стороны органов дыхания, кровообращения, мочеполовой системы и нервно-психического статуса отклонений от нормы не выявлено. При осмотре больной в проекции левого грудиноключичного сочленения определяется опухолевидное образование, до 4 см в диаметре, поднимающее на себе кожу с послеоперационным рубцом в левой подключичной области. При пальпации шейные, надключичные и подключичные лимфатические узлы не увеличены, мягкие, эластичные, безболезненные. Опухоль мягко-эластичной консистенции, кожа над ней свободно смещается. Осмотр и пальпация предгрудинного компонента толстокишечного трансплантата патологии не выявили. При эндоскопическом исследовании выявлена опухоль на 10 см от глоточно-кишечного соустья с экзофитным ростом на широком основании, стенозирующая просвет искусственного пищевода. Выполнена биопсия опухоли. Получено гистологическое заключение — умеренно дифференцированная аденокарцинома. При комплексном обследовании признаков отдалённого и регионального метастазирования опухоли не выявлено.

14.09.2009 г. больная оперирована (проф. В. Ф. Касаткин). После парастерального рассечения кожи из предгрудинного подкожного канала выделен трансплантат. Искусственный пищевод представлен правой половиной толстой кишки с илеоцекальным сегментом. В области илеоцекального сегмента — опухоль диаметром 4 см, не прорастающая серозную оболочку, стенозирующая просвет подвздошной кишки. Подвздошная кишка анастомозирована непосредственно с глоткой. Сосудистая ножка трансплантата в зоне опухоли, представленная восходящей и нисходящей ветвями

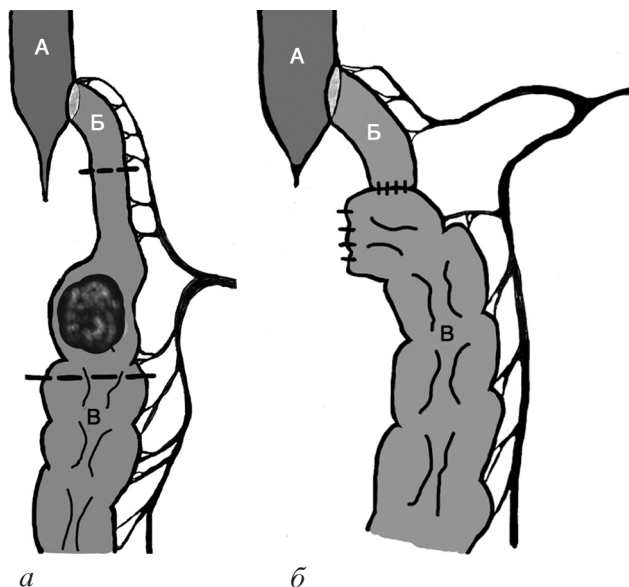


Рис. 1. Вид трансплантата до резекции (а) и после резекции (б).

А — глотка; Б — подвздошная кишка, В — толстая кишка.
Штриховые линии указывают уровень резекции.

подвздошно-толстокишечной артерии. Произведена биопсия лимфатических узлов из коллектора вышеуказанного сосуда. Срочное гистологическое исследование регионарных лимфатических узлов исключило наличие в них опухолевых клеток.

В классическом варианте, предусматривающем полное удаление трансплантата с опухолью, возможность повторного наложения анастомоза с глоткой представлялась технически сложным многоэтапным оперативным вмешательством, которое даже в случае полного успеха обрекало пациентку на длительное питание через гастростому. В выборе варианта операции мы согласились с мнением А. Ф. Черноусова, который считает, что объем и способ хирургического вмешательства зависит от гистологического строения опухоли, типа её роста, локализации и локорегионарной активности [3]. С учётом выраженности сосудистой ножки илеоцекального сегмента, отсутствия опухолевой инвазии за пределы мышечной оболочки трансплантата и метастазирования в регионарный лимфатический коллектор принято решение выполнить резекцию илеоцекального отдела трансплантата. При этом, планировалось сохранить участок тонкой кишки, анастомозированный с глоткой, и его сосудистую ножку. Произведена резекция илеоцекального сегмента трансплантата с опухолью, отступая дистально и проксимально по 5 см с сохранением нисходящей и восходящей сосудистых ножек подвздошно-толстокишечной артерии (рис. 1, а).

Отводящий конец трансплантата ушит отдельными узловыми швами. В связи с резекцией 16 см трансплантата образовался диастаз между проксимальным и дистальным отрезками резецированного искусственного пищевода. Данная особенность создавала условия для возможности незавершённой эзофагопластики [4]. Однако была предпринята попытка ремобилизации толстокишечной части трансплантата. Абдоминальный сегмент трансплантата выделили из сращений на всем протяжении до основания питающего сосуда. Далее за счёт достигнутого удлинения толстокишечной



Рис. 2. Рентгенография искусственного пищевода после его резекции.

части трансплантата участок подвздошной кишки, сочленённый с глоткой, анастомозирован с вышеуказанной частью без натяжения по типу «конец в бок» (рис. 1, б).

Послеоперационный период протекал гладко. Кормление жидкой пищей начато на 7-е сутки после операции. Рана зажила первичным натяжением. На 14-е сутки после операции выполнено рентгенологическое исследование с контрастированием, подтверждающее функциональную состоятельность резецированного трансплантата (рис. 2). В удовлетворительном состоянии на 16-е сутки больная выписана домой. Через 1,5 года после хирургического лечения признаков прогрессирования заболевания не выявлено.

Приведённое наблюдение представляет, на наш взгляд, определённый интерес. Во-первых, в связи со сроком между первой и нашей операциями, составляющим 53 года. Во-вторых, в связи с особенностями использованного варианта хирургической тактики. Хочется отметить и тот субъективный момент, что мы соприкоснулись со следами творчества такой легендарной личности в хирургии, как П. И. Андросов, ученик С. С. Юдина.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Мирошников Б. И., Павелец К. В., Марочкин Н. Е. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения больных раком пищевода // Вестн. хир.—2000.—№ 4.—С. 33–36.
2. Симонов Н. Н., Канаев С. В., Корытова Л. И. Лечение больных раком пищевода и кардиоэзофагеальной зоны на современном этапе // Вопр. онкол.—1999.—№ 2.—С. 124–128.
3. Черноусов А. Ф. Болезни искусственного пищевода.—М.: Видар, 2008.—220 с.
4. Черноусов А. Ф., Ручкин Д. В., Черноусов Ф. А. Завершение эзофагопластики путем ремобилизации трансплантата // Хирургия.—2005.—№ 8.—С. 12–15.
5. Goyal M., Bang D. H., Cohen L. E. Adenocarcinoma arising in interposed colon: report of a case // Dis. Colon. Rectum.—2000.—Vol. 43, № 4.—P. 555–558.

Поступила в редакцию 13.01.2012 г.