

располагается по брыжеечному краю кишечной трубки, то в этом случае бывает необходима резекция участка кишки, несущего удвоение, поскольку при выделении образования велик шанс травматизации сосудов брыжейки, приводящая к нарушению кровоснабжения стенки кишки. Если кистозное удвоение локализуется на боковой стенке или на противобрыжеечном крае кишечной трубки, то выполняют цистэктомию.

Основные этапы и принципы оперативного вмешательства при энтерокистах сводятся к ревизии брюшной полости в целях обнаружения участка кишки с удвоением, удаления оболочек кисты и восстановления проходимости кишечника. При невозможности проведения лапароскопии (большой размер образования) используют лапаротомный доступ.

Новообразования брюшной полости выявляются антенатально в 90% (45/50) случаев. После рождения диагноз подтверждается результатами УЗИ в 95% (48/50) случаев, что еще раз доказывает точность и актуальность антенатальной диагностики новообразований брюшной полости.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее часто антенатально обнаруживаются кисты яичников у девочек, кистозное удвоение какого-либо участка кишечника у мальчиков на 30-35 неделе гестации.

2. Антенатальный УЗ-скрининг обладает высокой чувствительностью и специфичностью по выявлению КОБП в III триместре беременности, что позволяет выполнить пренатальный трансфер в специализированный стационар и своевременно профилактировать жизнеугрожающие состояния новорожденных путем выполнения лапароскопических органосохранных (87%) оперативных вмешательств.

3. Постнатально всем новорожденным было выполнено УЗИ органов БП и малого таза до и после оперативного вмешательства. По показаниям топографо-анатомические особенности кистозных образований уточнялись на КТ и МРТ.

4. Лапароскопическое удаление кистозных образований – золотой стандарт современной детской хирургии. При кистозных удвоениях кишечника предусмотрен вариант радикального удаления образования, в том числе резекция участка кишки.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ультразвуковая диагностика кист брюшной полости у детей / М.И. Пыков, Ю.Ю. Соколов, В.В. Балашов [и др.] // Педиатрия. – 2017. – №1. – С. 68–72.
2. Детская хирургия: национальное руководство / под редакцией А.Ю. Разумовского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – С. 226-230.
3. Ал-Салем, А.Х. Атлас детской хирургии. Принципы и лечение / А.Х. Ал-Салем – перевод с английского под редакцией А.Ю. Разумовского, М.А. Голованева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 872 с.
4. Диагностика и лечение опухолевидных образований яичников у новорожденных / М.А. Чундокова, В.Ф. Коколина, Н.В. Голоденко, Д.В. Залихин // Педиатрия. – 2009. – Т.87. №1. – С. 69.
5. Неонатальная хирургия / под редакцией Ю.Ф. Исакова, Н.Н. Володина, А.В. Гераськина – Москва: Династия, 2011. – 680 с.
6. Эндоскопическая хирургия в педиатрии: руководство для врачей / А.Ю. Разумовский, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 343-349.

Сведения об авторах

Е.А. Дербушева* – студент педиатрического факультета

Н.А. Цап – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

E.A. Derbusheva* – Student of Pediatric Faculty

N.A. Tsap – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

evgeniyaderbusheva@mail.com

УДК: 616.329-089

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ЛЬЮИСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ПИЩЕВОДА

Кидирниязова Карима Соиновна, Абасова Жала Азад кызы, Шнейдер Владимир Эдуардович
Кафедра госпитальной хирургии

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России

Тюмень, Россия

Аннотация

Введение. По оценкам Росстата Минздрава РФ в 2021г. заболеваемость раком пищевода в России составляла 2,95 случаев на 100 тысяч населения, а средний возраст пациентов - 65 лет. Эзофагэктомия является единственным радикальным методом лечения. При местнораспространенных опухолях возникает необходимость комплексного подхода к лечению - назначение неадьювантной химиотерапии, которая достоверно связана с повышенным риском неблагоприятных послеоперационных исходов при открытой эзофагэктомии.

Цель исследования - на примере клинического случая представить успешный опыт миниинвазивной операции Льюиса при лечении пациента с распространенной опухолью нижней трети пищевода после применения неадьювантной химиотерапии. **Материал и методы.** Анализ отечественной и зарубежной литературы, изучение особенностей клинической картины, течения и прогрессирования заболевания, динамическое наблюдение за пациентом. **Результаты.** Пациент Н., 58 лет, с диагнозом: Аденокарцинома нижней трети пищевода T3N1M0 Ст. IIb, МТС в регионарные лимфатические узлы, малый сальник. Состояние после полихимиотерапии, стабилизация онкопроцесса. Была выполнена расширенная резекция пищевода - миниинвазивная операция Льюиса. **Выводы.** Многие исследования показали, что неoadьювантная терапия в сочетании с открытыми операциями увеличивает риск послеоперационных легочных и сердечно-сосудистых осложнений, несостоятельность анастомоза. Миниинвазивная эзофагэктомия применима для лечения рака пищевода, поскольку ее периоперационные и онкологические результаты сопоставимы с результатами открытой, а в случае распространенного рака, требующего предоперационное назначение неадьювантной химиотерапии, превосходят их.

Ключевые слова: рак пищевода, миниинвазивная операция Льюиса, неадьювантная терапия, распространенная опухоль пищевода

A CLINICAL CASE OF THE SUCCESSFUL USE OF MINIMALLY INVASIVE LEWIS SURGERY IN THE TREATMENT OF A PATIENT WITH A WIDESPREAD TUMOR OF THE ESOPHAGUS

Kidirniyazova Karima Soinovna, Abasova Jala Azad kyzy, Sneider Vladimir Eduardovich

Department of Hospital Surgery

Tyumen State Medical University

Tyumen, Russia

Abstract

Introduction. According to Rosstat of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2021, the incidence of esophageal cancer in Russia was 2.95 cases per 100 thousand population, and the average age of these patients was 65 years. Esophagectomy is the only radical treatment method. In locally advanced tumors, there is a need for an integrated approach to treatment - the appointment of non-adjuvant chemotherapy, which is significantly associated with an increased risk of adverse postoperative outcomes in open esophagectomy. **The aim of the study** is to present a successful experience of minimally invasive Lewis surgery in the treatment of a patient with a widespread tumor of the lower third of the esophagus after the use of non-adjuvant chemotherapy. **Material and methods.** Analysis of domestic and foreign literature, study of the features of the clinical picture, course and progression of the disease, dynamic monitoring of the patient. **Results.** Patient N., 58 years old, diagnosed with Adenocarcinoma of the lower third of the esophagus T3N1M0 stage IIb, metastases in regional lymph nodes, small omentum. The condition after polychemotherapy, stabilization of the cancer process. An extended esophageal resection was performed - a minimally invasive Lewis operation. **Conclusion.** Many studies have shown that neoadjuvant therapy in combination with open surgeries increases the risk of postoperative pulmonary and cardiovascular complications, and anastomosis failure. Minimally invasive esophagectomy is applicable for the treatment of esophageal cancer, since its perioperative and oncological results are comparable to those of open, and in the case of advanced cancer requiring preoperative administration of non-adjuvant chemotherapy, they are superior.

Keywords: esophageal cancer, minimally invasive Lewis surgery, non-adjuvant therapy, advanced esophageal tumor

ВВЕДЕНИЕ

Рак пищевода по-прежнему остается одним из самых распространенных видов рака в мире. По оценкам Росстата Минздрава РФ в 2021г. заболеваемость раком пищевода в России составляла 2,95 случаев на 100 тысяч населения, а средний возраст данных пациентов – 65 лет. [1, 2].

Хирургия рака пищевода требует мультимодального подхода, многие врачи обращают внимание на возможности улучшения качества периоперационного ухода. Эзофагэктомия является высокотравмирующим оперативным вмешательством, но единственным радикальным методом лечения рака пищевода, успех хирургического лечения зависит от комплексного подхода и стадии заболевания. В данной статье уделено внимание

малоинвазивной эзофагэктомии, периоперационные и онкологические результаты данной методики сопоставимы с результатами открытой эзофагэктомии. Внедрение малоинвазивной эзофагэктомии могут послужить этапом улучшения оказания помощи пациентам с раком пищевода. Нередко возникает необходимость комплексного подхода к лечению - назначение неадьювантной химиотерапии. Неоадьювантная химиотерапия является широко используемым методом при местнораспространенном раке пищевода. Однако, отмечается, что неадьювантная химиотерапия достоверно связана с повышенным риском периоперационных осложнений или смертности при открытой операции [3, 4, 5].

Цель исследования – на примере клинического случая представить успешный опыт миниинвазивной операции Льюиса при лечении пациента с распространенной опухолью нижней трети пищевода после применения неадьювантной химиотерапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализ отечественной и зарубежной литературы, изучение особенностей клинической картины, течения и прогрессирования заболевания, динамическое наблюдение за пациентом, находившегося на стационарном лечении с июля по август 2023 года в хирургическом торакальном отделении №2 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент Н., 58 лет, считает себя больным с января 2023 г., когда впервые появились жалобы на затруднения при проглатывании твердой пищи. При ЭГДС было обнаружено сужение пищевода, с подозрением на образование пищевода отправлен на консультацию МКМЦ «Медицинский город», где после дообследования в марте 2023 г. выявлено злокачественное образование нижней трети пищевода, выполнена биопсия. С марта по июнь прошел 4 курса полихимиотерапии по схеме XELOX, была достигнута стабилизация процесса. В июле 2023 года пациент консультирован торакальным хирургом и госпитализирован в хирургическое торакальное отделение №2 ГБУЗ ТО «ОКБ №1».

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного исследования и результаты инструментально-лабораторной диагностики, выставлен следующий диагноз: Аденокарцинома нижней трети пищевода T3N1M0 Ст. IIb, МТС в регионарные л/у, малый сальник. Состояние после химиотерапии, стабилизация процесса от 06.2023.

Пациенту было показано оперативное лечение. 03.08.23 была выполнена расширенная резекция пищевода – миниинвазивная операция Льюиса. Операция выполнялась в два этапа. Первый абдоминальный включал в себя – лапароскопию, лимфодиссекцию и мобилизацию желудка по большой кривизне, с сохранением правой желудочно-сальниковой артерии и вены. После чего производилось отсечение желудка от пищевода на 3 см выше опухоли и формирование по большой кривизне трансплантат с помощью аппаратов NTLS 60 и УО60. Область аппаратных швов дополнительно укреплена узловыми швами, ширина трансплантата до 2,5см. На данном этапе операции кровоснабжение трансплантата удовлетворительное.

Во втором (торакальном) этапе операции выполнена двухпортовая видеоторакоскопия справа, задняя медиастинотомия, по ходу грудного отдела пищевода и медиастинальная лимфодиссекция. Была произведена мезозофагельная мобилизация пищевода, до средней трети грудного отдела, с пересечением и перевязкой v. azygos, пищевод пересечен. Трансплантат заведен в заднее средостение и сформирован эзофагогастроанастомоз конец в бок, по Давыдову М.И (Рис.1).

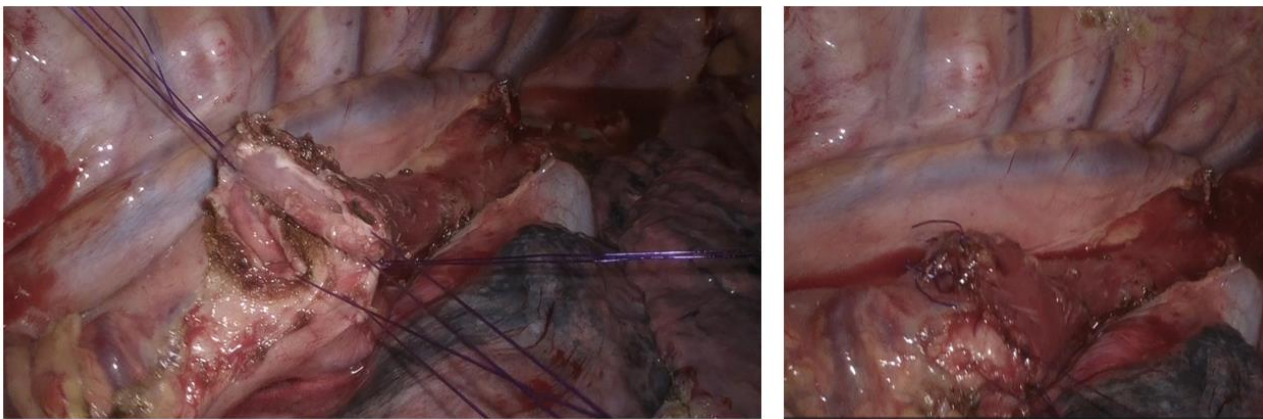


Рис.1 Формирование пищеводно-желудочного анастомоза конец в бок по Давыдову М.И.

Интраоперационно - кровоснабжение удовлетворительное, натяжение минимальное. Область узловых швов перитонизирована плеврой. Длительность операции составила 7 часов 50 минут, кровопотеря минимальна (50 мл).

Пациент экстубирован в палате интенсивной терапии и переведен в профильное отделение. Выполнена КТ ОГК – состояние после резекции пищевода с пластикой желудком, в правой плевральной полости определяется дренаж, в левой плевральной полости небольшой выпот, не требующий проведения пункции, со стороны легочной ткани изменений не выявлено, легкие расправлены (Рис 2.). По данным контрольного КТ ОГК – незначительное скопление жидкости в плевральных полостях.



Рис.2 КТ ОГК после операции: 1 – желудочный трансплантат, 2 – плевральный выпот слева

Послеоперационный период протекал без особенностей: на 7 сутки плевральный дренаж удален. На контрольном рентгенологическом исследовании пищевода – патологий не выявлено, желудочный трансплантат свободно проходим, затеков нет (Рис. 3).

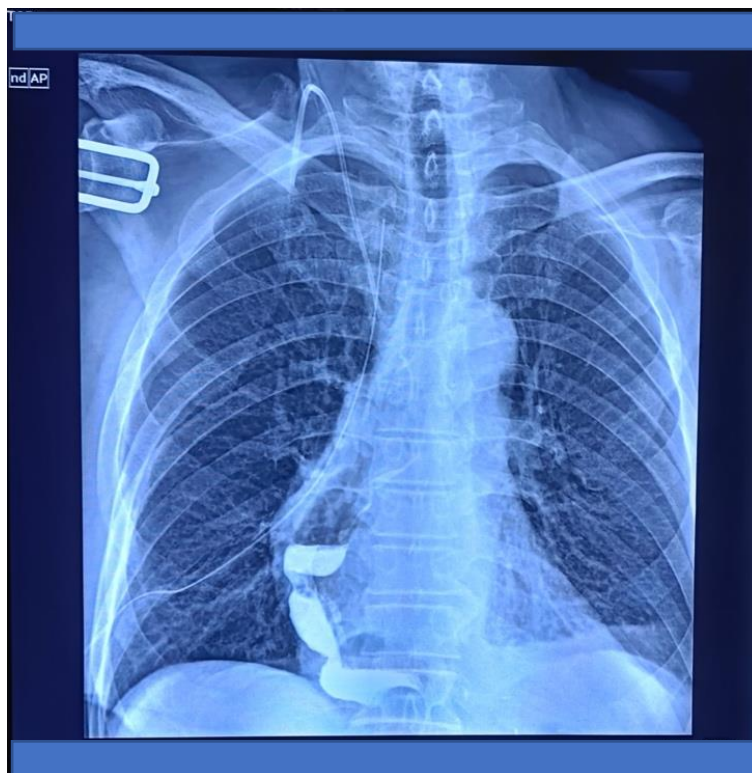


Рис.3 Контрольное рентгенологическое исследование

Энтеральное питание начато с 5 суток. Пациент выписан на амбулаторное лечение, в удовлетворительном состоянии на 15 сутки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Миниинвазивная хирургия широко используется при лечении рака пищевода. По сравнению с открытой эзофагэктомией переносится пациентами значительно легче, снижает частоту послеоперационных осложнений и не менее эффективна с точки зрения долгосрочной выживаемости. Неоадьювантная терапия увеличивает частоту радикальных резекций и время послеоперационной выживаемости. Однако после неоадьювантной терапии риск операции может увеличиться из-за разрушения ткани пищевода и окружающих структур, а также спаечного процесса в грудной клетке. Такая ситуация заставляет хирургов отдавать предпочтение открытой операции. Многие исследования показали, что неоадьювантная терапия в сочетании с открытыми операциями увеличивает риск послеоперационных легочных, сердечно-сосудистых осложнений и несостоятельность анастомоза [5, 6, 7].

Сама методика малоинвазивной эзофагэктомии имеет превосходство над открытой: снижение показателей кровопотери, послеоперационных осложнений и госпитальной смертности, а также продолжительности пребывания пациента, как в отделении реанимации и интенсивной терапии, так и в палате профильного отделения. При этом не уступает радикальности лечения открытой эзофагэктомии при раке пищевода [3, 6, 7].

ВЫВОДЫ

Миниинвазивная эзофагэктомия применима для лечения рака пищевода, поскольку ее периоперационные и онкологические результаты сопоставимы с результатами открытой эзофагэктомии, а в случае распространённого опухолевого процесса, требующего предоперационное назначение неадьювантной терапии, превосходят их

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Рак пищевода: эпидемиология, факторы риска и методы диагностики / И.А. Гладилина, А.А. Трякин, Ф.О. Захидова [и др.] // Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2020. – Т. 3, №. 1. – С. 69-76.
2. Здравоохранение в России. 2021 – Москва: Росстат, 2021. – 171 с.
3. Network meta-analysis of randomized controlled trials on esophagectomies in esophageal cancer: The superiority of minimally invasive surgery / L. Szakó, D. Németh, N. Farkas [et al.] // World J Gastroenterol. – 2022. – Vol. 28, N. 30. – P. 4201-4210.
4. Wang, H. Morbidity and Mortality of Patients Who Underwent Minimally Invasive Esophagectomy After Neoadjuvant Chemoradiotherapy vs Neoadjuvant Chemotherapy for Locally Advanced Esophageal Squamous Cell Carcinoma: A Randomized Clinical Trial / H. Wang, Y. Fang, L. Tan // JAMA Surg. – 2021. – Vol. 156, N. 5. – P. 444-451.

5. Minimally invasive versus open esophagectomy after neoadjuvant therapy for esophageal cancer: a meta-analysis / K. Zhu, J. Sun, J. Zhang, B. Zhang // *J Cardiothorac Surg.* – 2023. Vol. 21, N.18. – P. 90.
6. Xu Q. L. The treatments and postoperative complications of esophageal cancer: a review / Q.L. Xu, H. Li, Y.J. Zhu, G.J. Xu // *Cardiothorac Surg.* – 2020. – Vol. 6, N.15. – P. 163.
7. Wang, H. Neoadjuvant chemoradiotherapy versus neoadjuvant chemotherapy followed by minimally invasive esophagectomy for locally advanced esophageal squamous cell carcinoma: a prospective multicenter randomized clinical trial / H. Wang, Y. Fang // *Ann Oncol.* – 2023. – Vol. 34, N.2. – P. 163-172.

Сведения об авторах

К.С. Кидирниязова* – студент института клинической медицины

Ж.А. Абасова – студент института клинической медицины

В.Э. Шнейдер – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой госпитальной хирургии

Information about the authors

K.S. Kidirniyazova – Student of the Institute of Clinical Medicine

J.A. Abasova – Student of the Institute of Clinical Medicine

V.E. Sneider – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Hospital Surgery

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

karima_kidirniyazova@mail.ru

УДК 616.288.1-007.271

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ЭЗОФАГОПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Мирзаев Малик Умар-Хажиевич¹, Момотова Елена Ивановна¹, Халилова Вусала Фуадовна¹, Чепурной Михаил Геннадьевич^{1,2}

¹Кафедра детской хирургии и ортопедии

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУ РО «Областная детская клиническая больница»

Ростов-на-Дону, Россия

Аннотация

Введение. В настоящее время, одной из сложных разделов детской хирургии, является лечение атрезии и рубцовых стриктур пищевода путем толстокишечной эзофагопластики. Несмотря на улучшение результатов лечения заболеваний пищевода у детей, оперативное вмешательство для формирования искусственного пищевода, до настоящего времени остается востребованной и актуальной проблемой в хирургии детского возраста. **Цель исследования** – разработка и оценка эффективности метода пластики пищевода, исключающего избыточное удлинение и расширение диаметра трансплантата в отдаленном послеоперационном периоде.

Материал и методы. Произведена толстокишечная эзофагопластика у 14 детей, длительное послеоперационное ведение пациентов и сбор отдаленных послеоперационных осложнений. **Результаты.** Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. **Выводы.** выполнение толстокишечной эзофагопластики, согласно заявляемому способу, исключает послеоперационные осложнения в виде удлинения и расширения диаметра трансплантата.

Ключевые слова: анастомоз, трансплантат, эзофагопластика, стеноз.

THE USE OF PRIMARY RECONSTRUCTION OF A COLON GRAFT IN ESOPHAGOPLASTIC SURGERY IN CHILDREN

Mirzaev Malik Umar-Hazhievich¹, Momotova Elena Ivanovna¹, Khalilova Vusala Fuadovna¹, Chepurnoy Mikhail Gennadievich^{1,2}

¹Department of Pediatric Surgery and Orthopedics

Rostov State Medical University

²Regional Children's Clinical Hospital

Rostov-on-Don, Russia

Abstract

Introduction. Currently, one of the most difficult sections of pediatric surgery is the treatment of atresia and cicatricial strictures of the esophagus by colonic esophagoplasty. Despite the improvement in the results of treatment of esophageal diseases in children, surgical intervention for the formation of an artificial esophagus remains a popular and urgent problem in pediatric surgery to date. **The aim of this study** is to develop and evaluate the effectiveness of a method of esophagoplasty that eliminates excessive lengthening and expansion of the graft diameter in the long-term postoperative period. **Material and methods.** Colonic esophagoplasty was performed in 14 children, long-term postoperative management of patients and collection of long-term postoperative complications. **Results.** The postoperative period proceeded smoothly, without complications. **Conclusion.** Performing colonic esophagoplasty, according to the claimed