



А.І. Шевченко<sup>1</sup>, О.В. Бутасв<sup>2</sup>, В.В. Жданов<sup>3</sup>

## ОПЕРАЦІЯ ДОБРОМИСЛОВА-ТОРЕКА ЯК СПОСІБ ПОРЯТКУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ НЕВДАЛОЇ ОПЕРАЦІЇ ЛЮІСА (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,

<sup>2</sup>Запорізька медична академія післядипломної освіти,

<sup>3</sup>Запорізький обласний клінічний онкологічний диспансер

**Ключові слова:** рак стравоходу, операція Люїса, операція Добромислова-Торека, лікування післяопераційних ускладнень

У статті наведено приклад успішного лікування некрозу шлункового трансплантату після операції Люїса шляхом виконання операції Добромислова-Торека.

На цей час у хворих на резектабельний рак середньо- і нижньогрудного відділу стравоходу найчастіше виконується операція Люїса яка полягає у видаленні середньо- і нижньогрудного відділу стравоходу та кардіального відділу шлунка з наступною мобілізацією останнього за малою і великою кривиною та переміщенням його через розширений стравохідний отвір діафрагми у плевральну порожнину з формуванням езофагогастроанастомозу. Операція Добромислова-Торека, враховуючи необхідність подальшого багатоетапного хірургічного лікування для формування штучного стравоходу є надто обтяжливою для хворого і зараз майже не виконується. Саме тому в останні 20-30 років операція Люїса стала домінуючою у багатьох клініках [2,3].

Післяопераційна летальність після черезплевральних резекцій із внутрішньоплевральним анастомозом у різних авторів є різною: від 1,8% [5] до 26,2% [2]. На виникнення таких грізних ускладнень, як неспроможність анастомозу або некроз стінки шлунка впливає надмірна скелетизація шлунка, подовження і переміщення шлунка, погіршення дихального індексу у зв'язку з супутньою легеневою дисфункцією, післяопераційна анемія, травматизація стінок шлунка. Так, М.К. Schilling із співавт. [4] констатували за допомогою лазерної доплерівської флуометрії зниження перфузії у судинах великої кривини шлунка майже вдвічі після перев'язки лівої шлункової артерії. Це веде до неадекватності кровотоку у тканинах шлунка.

Як пише В.Л. Ганул [1]: "... єдиним методом лікування, який дає шанс на порятунок хворого, є термінове видалення трансплантату".

Наводимо власне спостереження вдалого лікування хворого з некрозом стінки трансплантованого у плевральну порожнину шлунка.

Хворий Г., 1963 року народження був госпіталізований 12.02.08 р. у абдомінальне відділення Запорізького обласного онкологічного диспансеру с діагнозом: рак середньо-грудного відділу стравоходу ст.ІІ, ксг ІІА, Т3NХМ0. Хронічний вірусний гепатит С, активна фаза. Діагноз встановлено на підставі скарг хворого

на виражену дисфагію, втрату ваги. Рентгенологічно та на комп'ютерних томограмах у середній третині стравоходу з рівня біфуркації трахеї визначається циркулярне, асиметричне стовщення його стінок до 17 мм на протязі 55 мм донизу. Просвіт стравоходу на цьому рівні різко звужений, на окремих зрізах не простежується. Медіастинальні лімфатичні вузли не збільшені.

Під час езофагоскопії знайдено ураження ендоефітальною пухлиною середньої третини стравоходу. Діагноз підтверджено гістологічним дослідженням біоптату пухлини №2422-23 від 22.01.08 р.: плоскоклітинний нероговіючий рак.

13.02.08 р. хворому виконана операція Люїса з використанням циркулярного степлера CDH25 фірми Jonson & Jonson для виконання езофагогастроанастомозу. Діляткація пілорусу не виконувалась.

Після операції хворий отримував парентеральне харчування, протизапальну і загальноукріплюючу терапію. На третій добі після операції рентгенологічно констатовано наявність у шлунку великої кількості рідини: евакуація її протягом 60 хв. відсутня.

21.02.08 р. стан хворого різко погіршився. По плевральному дренажу відійшло до 1200 мл мутного ексудату і рентгенологічно констатовано наявність правобічного гідро-пневмотораксу, затікання контрасту у плевральну порожнину з ділянки езофагогастроанастомозу. Ліворуч – вогнищево-зливна гостра пневмонія верхньої частки легені.

На консилиум викликані торакальні хірурги, якими було запропоновано термінове видалення з плевальної порожнини трансплантату з формуванням шийної езофагостоми і кінцевої гастростоми. Хворий взятий до операційної у край важкому стані. Під час реторакотомії знайдено некроз стінки шлунка за великою кривиною з формуванням перфораційного отвору довжиною 6 см і другого отвору на малій кривині діаметром до 2 см. Констатована повна спроможність езофагогастроанастомозу. Наявні ознаки гострої емпієми. Виконана резекція зони анастомозу у межах здорових тканин, сформована шийна езофагостома у лівій підключичній ділянці. Шлунок повернуто до че-



ревної порожнини і сформована кінцева гастростома. Після дренивання і санації плевральної та черевної порожнини операція завершена.

Післяопераційний період ускладнився гострою грибковою емпіємою, яка санована щоденними промиваннями антисептичними розчинами і протигрибковими препаратами.

У задовільному стані 24.03.08 р. хворий виписаний додому. Рекомендовано з'явитися до онкологічного диспансеру через місяць для вирішення питання про езофагопластику.

Отже наведений випадок наочно підтверджує можливість порятунку хворого при виникненні некрозу шлункового трансплантату або неспроможності езофагогастроанастомозу шляхом виконання операції Добромислови-Торека.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ганул В.Л., Кіркільєвський С.І. Рак стравоходу. Посібник для онкологів і хірургів.- К.: "Книга плюс". 2003. - 200 с.
2. Одномоментная чресплевральная или трансдиастиальная эзофагопластика при резекции пищевода по поводу рака / Н.Н. Симонов, Е.П. Рыбин, В.Г. Ухваткин и др. // Вестн. хирургии им. Грекова. - 1966. - №6. - С.14-16.
3. Causes of peri-operative mortality in patients with esophageal cancer treated surgically (personal material) / A. Kozowski, M. Drozd, M. Pardela et al. // Wiad.Lek.- 1997.- V.50, Su. 1. - P.355-358.
4. Gastric microcirculatory changes during gastric tube formation: assessment with laser Doppler flowmetry / M.K. Schilling, C. Redaelli, C. Maurer et al. // J. Surg. Res. - 1966. - V.62, №1. - P.125-129.
5. Intrathoracic anastomosis after oesophageal resection for cancer / S. Agrawal, S.P. Deshmukh, P.K. Patil et al. // J. Surg. Oncol. - 1966. - V.63. №1. - P.52-56.

Надійшла 15.04.2008р.

А.И. Шевченко, А.В. Бутаев, В.В. Жданов

#### **Операция Добромислова-Торека как способ спасения больных после неудачной операции Льюиса. (Случай из практики)**

В статье приведен пример успешного лечения некроза желудочного трансплантата после операции Льюиса путём выполнения операции Добромислова-Торека.

**Ключевые слова:** рак пищевода, операция Льюиса, операция Добромислова-Торека, лечение послеоперационных осложнений

A.I. Shevchenko, A.V. Butaev, V.V. Zhdanov

#### **Operation of Dobromyslova-Toreka as method of rescue at patients after unsuccessful operation of Lewis. (Case from practice)**

In the article is presented the example of successful treatment of necrosis of gastric transplant after the operation of Lewis by implementation of operation of Dobromyslova-Toreka.

**Key words:** cancer of gullet, operation of Lewis, operation of Dobromyslova-Toreka, treatment of pose-operative complications

#### **Відомості про авторів:**

**Шевченко Анатолій Іванович**, д. мед. н., професор, зав. курсу онкології Запорізького державного медичного університету;

**Бутаєв Олександр Володимирович**, к. мед. н., асистент кафедри онкології ЗМАПО, зав. абдомінального відділення ЗОКОД;

**Жданов Володимир Васильович**, зав. торакальним відділенням ЗОКОД.

#### **Адреса для листування:**

Шевченко А.І., 69104, м. Запоріжжя, вул. Чумаченка, 34, кв. 146. Тел./факс служб. (0612) 96-34-96;

E-mail: anatoliy@anatoliy.zssm.zp.ua