

# საყლაპავის ამოკვეთა თორაკოლაპაროსკოპული და ცერვიკალური მიდგომით

ვლადიმერ გონჯილაშვილი, ლაშა სარალიძე, ონისე ტყეშელაშვილი

თბილისის ცენტრალური საავადმყოფო, ქირურგიული დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: ონისე ტყეშელაშვილი, onise.fkeshelashvili@gmail.com

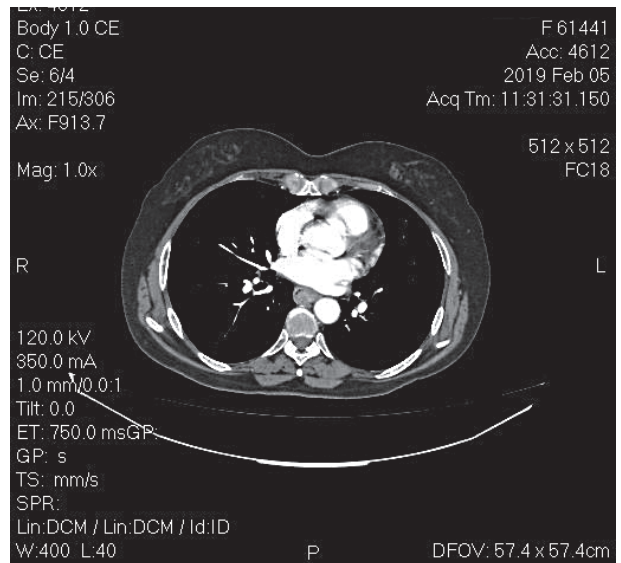
**რეზიუმე** საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნე გავრცელებით მეექვსე ადგილზე დგას ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის. სიმსივნური წარმონაქმნი ყველაზე ხშირად აზიანებს საყლაპავის ქვედა და შუა მესამედს. აღნიშნულ ქეისში აღწერილია პაციენტის რომელსაც პრეოპერაციულად დიაგნოსტიკური ჰქონდა საყლაპავის შუა მესამედის სქვამოზური ეპითელიუმის Carcinoma in situ. ჩატარებული სხივური და ქიმიოთერაპიის სრული კურსის შემდგომ რ თვეში განუვითარდა საყლაპავის სტრიქტურა. რამოდენიმეჯერ ჩატარებული კონსერვატორული ღონისძიებების (საყლაპავის ბუჟირება, ბალონური დილატაცია) შედეგად პაციენტის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა და მომართა კლინიკას ოპერაციული მკურნალობის მიზნით. ჩვენს კლინიკაში ჩატარდა ოპერაცია, საყლაპავის ამოკვეთა თორაკოლაპაროსკოპული და ცერვიკალური მიდგომით.

**საკვანძო სიტყვები:** საყლაპავის Carcinoma in situ, საყლაპავის სტრიქტურა, საყლაპავის ამოკვეთა

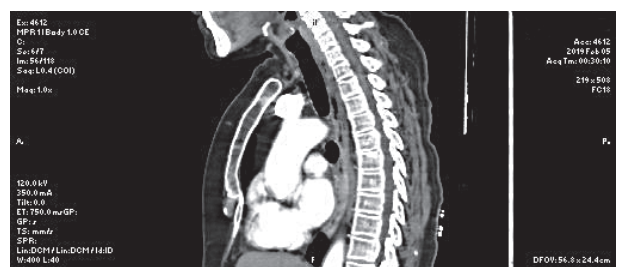
## შესავალი

საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნე გავრცელებით მეექვსე ადგილზე დგას ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის. სიმსივნური წარმონაქმნი ყველაზე ხშირად აზიანებს საყლაპავის ქვედა და შუა მესამედს. საყლაპავის კარცინომის განვითარების ხელშემწყობ გარეგან ფაქტორებს მიეკუთვნება ქიმიური, მექანიკური და თერმული ფაქტორების ზემოქმედება საყლაპავის ლორწოვანზე, რომლებიც იწვევენ საყლაპავის ქრონიკულ ანთებას - ეზოფაგიტს, რაც თავის მხრივ დისპლაზიის გამოწვევია. საყლაპავის კიბოს განვითარების რისკი იმატებს ვიტამინების (განსაკუთრებით - A და C ვიტამინების) დეფიციტისა და ტუტე სხნარებით დამწვრობის შემთხვევაში (ზემოქმედებიდან მრავალი წლის შემდეგაც კი). კიბოსწინარე დაავადებებზე შეიძლება ჩაითვალოს საყლაპავის აქლაზია და ბარეტის საყლაპავი.

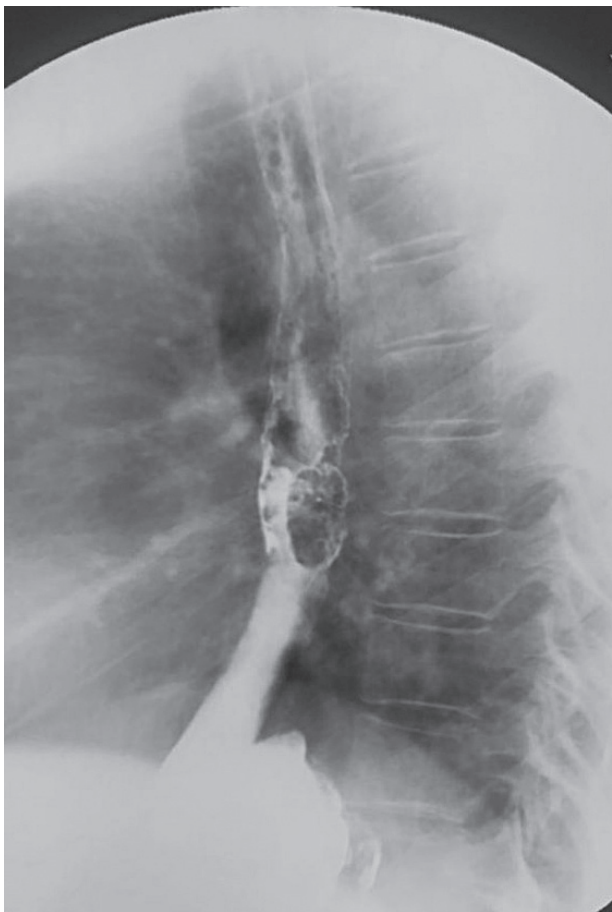
აღნიშნულ სტატიაში აღწერილია პაციენტის შეთხვევა რომელსაც პრეოპერაციულად დიაგნოსტიკური ჰქონდა საყლაპავის შუა მესამედის სქვამოზური ეპითელიუმის Carcinoma in situ. ჩატარებული სხივური და ქიმიოთერაპიის სრული კურსის შემდგომ რ თვეში განუვითარდა საყლაპავის სტრიქტურა. რამოდენიმეჯერ ჩატარებული კონსერვატორული ღონისძიებების (საყლაპავის ბუჟირება, ბალონური დილატაცია) შედეგად პაციენტის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა და მომართა კლინიკას ოპერაციული მკურნალობის მიზნით. ჩვენს კლინიკაში ჩატარდა ოპერაცია, საყლაპავის ამოკვეთა თორაკოლაპაროსკოპული და ცერვიკალური მიდგომით.



სურათი 1. საყლაპავის შუა მესამედის ნეოპლაზია



სურათი 2. საყლაპავის შუა მესამედის ნეოპლაზია



სურათი 3. საყლაპავის შუა მესამედის ნეოპლაზია

### კლინიკური შემთხვევა

პაციენტი: ქალი, 57 წლის. კლინიკას მომართა ამბულატორულად. ჩივილი: ყლაპვის გაძნელება და ტკივილი ყლაპვის დროს, ერთ თვიანი ანამნეზი. პაციენტს ჩაუტარდა კლინიკური კვლევები: ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიით: ზოგადი ჰიპერემიის ფონზე საჭრელი კბილებიდან 25-30სმ ზე სანათური შევიწროებულია უკანა და გვერდით კედლებზე აღინიშნება სიმსივნური წარმონაქმნები განიერ ფეხზე, რომლებიც 2/3-ით ავიწროებს სანათურს, კონტაქტურად სისხლმდენი. გულმკერდის და მუცლის ღრუს კ.ტ კვლევა კონტრასტირებით – საყლაპავის გულმკერდის ნაწილის ტუმოროზული დაზიანების სურათი, დაავადების გავრცელების ნიშნები არ ვლინდება (სურათი 1, 2). საჭმლის მომ- ნელებელი სისტემის რენტგენოგრაფიით: საყლაპა- ვი მილის შუა მესამედში ავსების დეფექტი ზო- მით 34/20 მმ (სურათი 3). მეორე პაციენტი: უცხო ქვეყნის მოქალაქე, 65 წლის ქალი, რომელ- საც 6 თვის წინ ჩატარებული ჰქონდა ქიმიო- და სხივური თერაპიის სრული კურსი საყლაპავის შუა მესამედის Carcinoma in situ დიაგნოზით. ჩატარებული მკურნალობის შემდგომ მას განუვითარდა საყლა- პავის სტენოზი, მრავალჯერ ნაცადი იქნა ბუფირება, თუმცა უშედეგოდ. საყლაპავის დაზიანებული უბნიდან 4-ჯერ აღებული ქსოვილების მორფოლოგიური კვლევით სიმსივნური დაზიანება არ დადასტურ- და. პაციენტმა უარი განაცხადა საყლაპავის

სტენტირებაზე და მოგვართა ოპერაციული მკურნა- ლობისათვის. პოსტოპერაციულად საყლაპავის და- ბალდიფერენცირებული კარცინომა.

### ქირურგიული პროცედურა

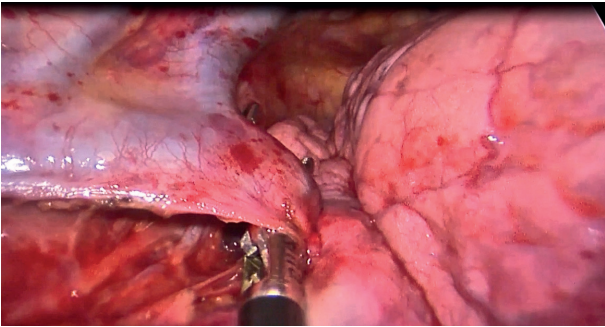
აღნიშნული ოპერაცია შედგება სამი ეტაპისგან:

- I – თორაკალური;
- II – ცერვიკალური;
- III – აბდომინალური.

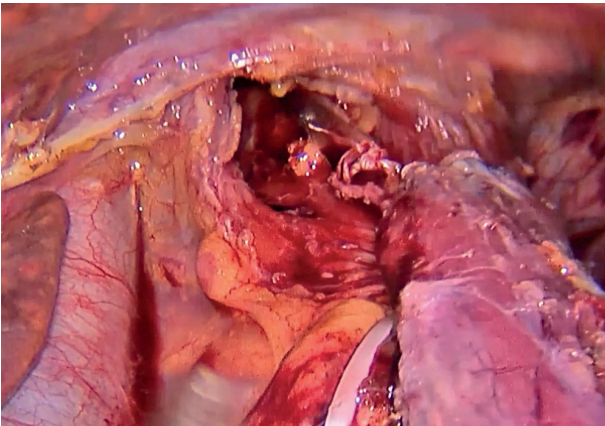
**პირველი ეტაპი** - ანესთეზიოლოგის მიერ განხორციელდა მარცხენა ფილტვის ინტუბაცია. (მარჯვენა ფილტვი ჩაიფუშა) პაციენტი მოთავსდა მუცელზე, მარჯვენა პლევრის ღრუში ჩაიდგა ოთხი თროაკარი: უკანა აქსილარულ ხაზზე IV-V, VI-VII და VII-IX ნეკნთაშუა სივრცეში და სკაპულარულ ხაზზე VII-VIII ნეკნთაშუა სივრცეში.

**რევიზია:** მარჯვენა პლევრის ღრუს რევიზიით საყლაპავი შუა მესამედში რამდენადმე გამსხვილებულია კენტი ვენის დისტალურად. აღნიშნული პათოლოგიური პროცესი ვრცელდება დისტალურად, დაახლოებით 5სმ-ზე. აღნიშნულ მიდამოში საყლაპავის კედლები რიგიდულია, გამკვრივებული. გაიხსნა პარიეტული პლევრა და მოხილიზდა საყლაპავი მთელ სიგრძეზე. კენტი ვენა გადაიკვეთა ორ კლიფს შორის (სურათი 4).

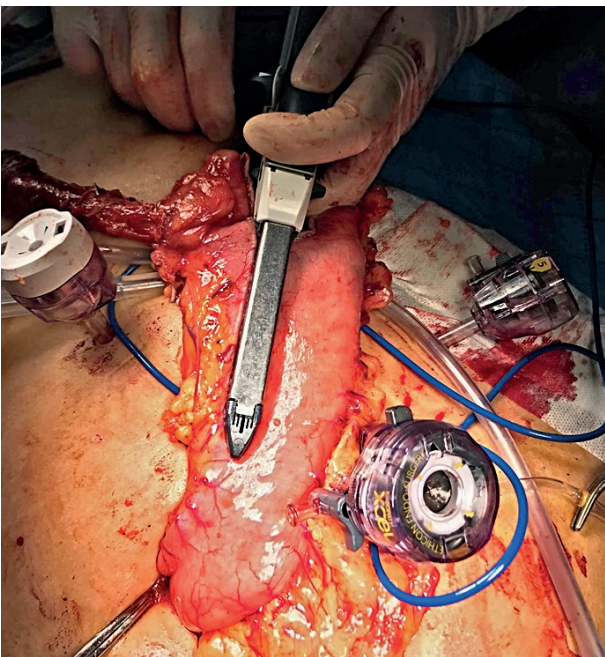
**მეორე ეტაპი** – პაციენტი მოთავსდა ზურგზე გაშლილი ქვემო კიდურებით. ანესთეზიოლოგის მიერ განხორციელდა ენდოტრაქეალური რეინტუბაცია. ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, კისრის მიდამოში საულლე ნაჭდვის 2სმ-ით პროქსიმალურად გაკეთდა ნახევარკალოვანი განაკვეთი ზომით 4 სმ. გაიკვეთა კანი კანქვეშა ცხიმი, პლატიზმა ზღავი დისექციით ტრაქეის დევიაცია მარჯვნივ, გამოიყო საყლაპავი, გაიხსნა პლევრის ღრუ, აღნიშნულ მიდამოში საყლაპავის დისტალური ნაწილი გადაიკვანდა და მოიკვეთა, მოკვეთილ დისტალურ ნაწილზე მიეკერა 5/გ ზონდი. მესამე ეტაპი მუცლის ღრუ გაიხსნა ვერევის ნემსით 14 მმ. ვწყ. სვ.-მდე. მოთავსდა ექვსი თროაკარი: ერთი – 10მმ ჭიპის ქვემოთ, ორი – 5მმ და ორი – 12მმ თროაკარი (II, III, IV, V) მედიოკლავიკულურ და წინა აქსილარულ ხაზზე მეზოგასტრიუმის არემი მარჯვნივ და მარცხნივ. VI ეპიგასტრიუმის მიდამოში 5მმ თროაკარი. მოხილიზდა კუჭის დიდი სიმრუდე. კუჭ-ბადექონის სისხლძარღვების შენარჩუნებით. ასევე მცირე სიმრუდე, საყლაპავის აბდომინალური ნაწილი, განხორციელდა თორმეტგოჯა ნაწლავის მოხილიზაცია კოხერის წესით. გამოიყო დიაფრაგმის მარჯვენა და მარცხენა ფეხი და საყლაპავი ჩამოტანილ იქნა მუცლის ღრუში, მასზე დაფიქსირებული 5/გ ზონდთან ერთად (სურათი 5). ჭიპის ზემოთ არსებული 12მმ თროაკარული ხვრელი გაფართოვდა დაახლოებით 4სმ-მდე და აღნიშნულ ჭრილობაში ამოტანილ იქნა მოხილიზებული საყლაპავი და კუჭი, სამი ხაზოვანი სტეპლერით მოიკვეთა კუჭის მცირე სიმრუდე, მოხილიზებულ საყლაპავთან ერთად ერთ ბლოკში და კუჭის დიდი სიმრუდისგან ფორმირდა დაახლოებით 4სმ-ის დიამეტრის მილი, სიგრძით დაახლოებით 37-40სმ (სურათი 6, 7). აღნიშნული ყლორტის პროქსიმალურ ბოლოს მიეკერა პლევრის ღრუში გატარებული 5/გ ზონდი და ჩაბრუნდა მუცლის



სურათი 4. კენტი ვენის დისექცია



სურათი 5. საყლაპავის ჩამოტანა მუცლის ღრუში



სურათი 6. ხაზოვანი სტეპლერით საყლაპავისა და კუჭის მცირე სიმრუდის რეზექცია



სურათი 7. კუჭის დიდი სიმრუდისგან შექმნილი ყლორტი



სურათი 8. ეზოფაგო-გასტრო ანასტომოზი

ღრუში. ნ/ვ ზონდის მსუბუქი ტრაქციით კუჭის ყლორტი ამოტანილ იქნა კისრის მიდამოში არსებულ ჭრილობაში, სადაც ფორმირდა ეზოფაგოგასტრო ანასტომოზი პირით-გვერდში. ვიკრილის კვანძოვანი ნაკერებით (სურათი 8). ოპერაცია გაგრძელდა 4 საათი და 30 წუთი. დაკარგული სისხლის რაოდენობა 200 მლ. პაციენტმა ინტენსიური მეთვალყურეობის პალატაში დაჰყო 24 საათი, 48 საათში გააქტიურდა. მეოთხე დღეს აღენიშნა აირთა სვლა და Per os მიეცა სითხე და თხიერი საკვები. პოსტოპერაციულ პერიოდში რაიმე გართულებას ადგილი არ ქონია. პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციიდან მე-8 დღეს.

ლიტერატურა:

References:

1. Zaaijer J.H. (1913) Erfolgriche transpleurale Resection eines Kardiakarzinoms. Bruns' Beitr. Klin. Chir., 83: 419.
2. Torek () Bericht über die erste erfolgreiche Besection des Brustteiles der Speiseröhre wegen Karzinom. Dtsch. Zschr, Chir., 123: 305.

3. Савиных А.Г. (1939) Радикальное лечение рака кардии и нижнего отдела пищевода. Труды 24-го Всесоюз. съезда хирургов. Москва — Ленинград: 516.
4. Garlock J.H. (1940) The surgical treatment of carcinoma of the thoracic esophagus. *Surg. Gynec. Obstet.*, 70: 550.
5. Sweet R.H. (1946) Carcinoma of midthoracic esophagus. *Ann. Surg.*, 124: 653.
6. Lewis J. (1946) The surgical treatment of carcinoma of the esophagus with special reference to a new operation for growths of the middle third. *Brit. J. Surg.*, 34: 133
7. Le Mee J., Janny S., Belghiti J. et al. (1996) Is early extubation after surgery for esophageal cancer possible? *J. Cah. Anesthesiol.*, 44(5): 409–413.
8. Симонов Н.Н., Рыбин Е.П., Ухваткин В.Г. и др. (1996) Одномоментная чресплевральная или трансмедиастинальная эзофагопластика при резекции пищевода по поводу рака. *Вестн. хирург. им. Грекова*, 155(6): 14–16.
9. Bains M.S. (1997) Complications of abdominal right-thoracic (Ivor Lewis) esophagectomy. *Chest Surg. Clin. N. Am.*, 7(3): 587–598.
10. Kozowski A., Drozd M., Pardela M. et al. (1997) Causes of peri-operative mortality in patients with esophageal cancer treated surgically (personal material). *Wiad. Lek.*, 50 (Su. 1, Pt. 1): 355–358.
11. Аникин В., Макманус К., Лоури К., Макгвиган Д. (1998) Экстирпация грудного отдела пищевода с использованием левостороннего торакоабдоминального и шейного доступов. *Хирургия*, 11: 22–24.
12. Аникин В.А., Беневский А.И. (1996) Хирургическое лечение рака пищевода за рубежом. *Хирургия*, 6: 98–102.
13. Udagawa H., Tsurumaru M., Akiyama H. (1998) Difference between Japan and western countries in the treatment strategy for esophageal cancer. *Gan To Kagaku Ryoho.*, 25(8): 1111–1117.
14. Matsubara T., Ueda M., Nagao N. et al. (1998) Cervicothoracic approach for total mesoesophageal dissection in cancer of the thoracic esophagus. *J. Am. Coll. Surg.*, 187(3): 238–245.
15. Matsubara T., Ueda M., Takahashi T. et al. (1996) Localization of recurrent disease after extended lymph node dissection for carcinoma of the thoracic esophagus. *J. Am. Coll. Surg.*, 182(4): 340–346.
16. Mitomi T., Makuuchi H. (1997) Lymph node dissection for T1 esophageal cancer. *Nippon Geka Gakkai Zasshi.*, 98(9): 727–732.
17. Fraunberger L., Kraus B., Dworak O. (1996) Distribution of lymph nodes and lymph node metastases in esophageal carcinoma. *Zentralbl. Chir.*, 121(2): 102–105.
18. Carbognani P., Bobbio P. (2000) The modified «hemi-clamshell» approach for tumors of the cervicothoracic junction. *Ann. Thorac. Surg.*, 69(6): 1961–63.

## THE RESECTION OF ESOPHAGUS BY THE THORACOLAPAROSCOPIC AND CERVICAL APPROACH (CASE REPORT)

Vladimer Gonjilashvili, Lasha Saralidze, Onise Tkeshelashvili

Tbilisi Central Hospital, Department of General Surgery

Contact person: Onise Tkeshelashvili, onise.tkeshelashvili@gmail.com

Malignant tumor of the esophagus is on the sixth place of the oncologic diseases. The tumor formation is mostly damaging the middle and lower third of esophagus. The mentioned case describes a patient who has been diagnosed by the Carcinoma in situ of the squamous epithelium of the middle third of the esophagus. Following the complete course of the radiation and chemotherapy, the esophageal stricture was developed within 6 months. As a result of several conservative measures (esophageal stretching and balloon dilatation), the condition of the patient was not improved and applied to the clinic for the surgical intervention. In our clinic surgery was performed, the resection of esophagus by the thoracolaparoscopic and cervical approach.

**Key words:** Carcinoma in situ of esophagus, esophageal stricture, resection of esophagus