

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

Погосов Н.В.^{1,3}, Крайнюков П.Е.^{1,2},
Кондаков Е.В.*³, Ким Д.Ю.¹,
Кокорин В.В.^{1,3}

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.94.62.027

¹ ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка», Москва

² ФГАОУ «Российский университет дружбы народов», Москва

³ ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова», Москва

Резюме. Гастроинтестинальные стромальные опухоли, расположенные в нижней трети задней стенки пищевода, редко встречаются в практике оперирующего хирурга и описываются в литературе. При этом стоит отметить, что, несмотря на редкость данного заболевания, его рост в последнем десятилетии двукратно возрос. Исходя из этого обстоятельства, можно утверждать о том, что изучение стромальных опухолей является важным направлением исследований, поскольку позволяет глубже изучить болезнь и способы дальнейшего лечения.

Проводить лечение необходимо с участием специалистов: хирурги-онкологи, гистологи и химиотерапевты. Только комплексное лечение позволяет максимально эффективно бороться с проявлениями болезни и принимать надлежащие меры по ее лечению.

В ходе лечения пациенты подвергаются хирургическому вмешательству с обязательным иммуногистохимическим исследованием операционного материала, что позволяет выработать качественные методы стратегии дальнейшего лечения и реабилитации пациента.

Ключевые слова: гастроинтестинальная стромальная опухоль, хирургическое лечение, опухоли пищевода.

В структуре злокачественных заболеваний гастроинтестинальные стромальные опухоли составляют примерно 1% от всех выявленных заболеваний [1; 2]. В последнее десятилетие заболеваемость увеличилась в 2 раза. GIST может развиваться на любом участке пищеварительного тракта [3; 4]. Наиболее редко встречается локализация в пищеводе (2% от всех выявленных подслизистых опухолей) [5; 6]. Эти неэпителиальные поражения обладают рядом особенностей: гистологическими, иммуногистохимическими, молекулярно-генетическими, что и выделяет их в особую нозологическую группу. Все виды GIST потенциально злокачественны и метастазируют гематогенным путем [7; 8]. Лечение подобных опухолевых образований осуществляется хирургическим путем с последующим иммуногистохимическим исследовани-

SURGICAL TREATMENT OF SUBMUCOSULAR TUMOR OF THE ESOPHAGUS

Pogosov N.V.^{1,3}, Krainyukov P.E.^{1,2}, Kondakov E.V.*³, Kim D.Yu.¹, Kokorin V.V.^{1,3}

¹ Central Military Clinical Hospital named after P.V. Mandryka, Moscow

² RUDN University, Moscow

³ Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. Gastrointestinal stromal tumors located in the lower third of the posterior wall of the esophagus are rare in the practice of the operating surgeon and are rarely described in the world literature. It should be noted that, despite the rarity of the presented disease, its growth has doubled in the last decade. Based on this circumstance, it can be argued that the study of stromal tumors is an important component in the field of medicine, since it allows a deeper study of the disease and ways of further treatment.

The article notes that it is necessary to carry out treatment with the participation of specialists in such fields as: oncologist surgeons, histologists and chemotherapists. Only comprehensive treatment can effectively combat the manifestations of the disease and take appropriate measures to treat it.

In the course of treatment, patients undergo surgical intervention with mandatory immunohistochemical examination of the operating material, which makes it possible to develop high-quality strategies for further treatment and rehabilitation of the patient.

Keywords: gastrointestinal stromal tumor, surgical treatment, tumors of the esophagus.

ем материала и возможным проведением адьювантной таргетной терапии [9].

Больной У. 60 лет, поступил на плановое обследование в кардиологическое отделение с диагнозом: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий: окклюзия ПМЖВ на границе средней и дистальной трети. ЧКА ПМЖВ стентом с лекарственным покрытием «BioMime» от 24.02.2020 г. ХСН0. Гипертоническая болезнь III ст. АГ 3. Риск ССО 4. Узловой эутиреоидный зоб. До госпитализации предъявлял жалобы на затруднение прохождения пищи по пищеводу, тянущие боли в эпигастриальной области после приема пищи.

В ходе обследования выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), рентгеноскопия пищевода с пероральным контрастированием, компьютерная

томография ОГП и ОБП, пациент консультирован хирургом.

По данным ЭГДС: пищевод свободно проходит. Над зубчатой линией по задней стенке имеется подслизистое образование, размером около 18×15×10 мм, с гладкой неровной поверхностью (Рис. 1), покрытое неизменной слизистой. Симптом «шатра» — положительный. Розетка кардии смыкается неплотно. Зубчатая линия выражена хорошо, находится на уровне ножек диафрагмы.

Результаты рентгеноскопии пищевода с пероральным контрастированием: по задней стенке нижней трети пищевода определяется дефект наполнения, размерами 30×15×10 мм с гладкими и четкими контурами. Симптом «ниши» отсутствует. Нарушения прохождения водорастворимого контрастного вещества не отмечается (Рис. 2, 3).

* e-mail: pursuitforse@gmail.com

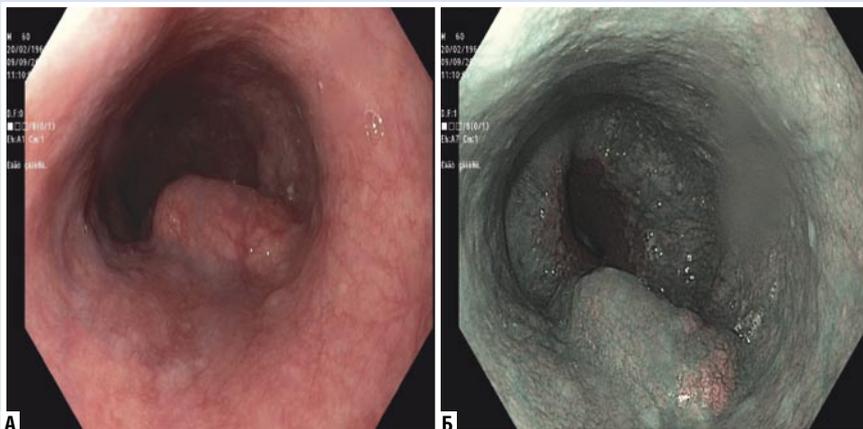


Рис. 1. Подслизистое образование задней стенки нижней трети пищевода в обычном и NBI режимах.

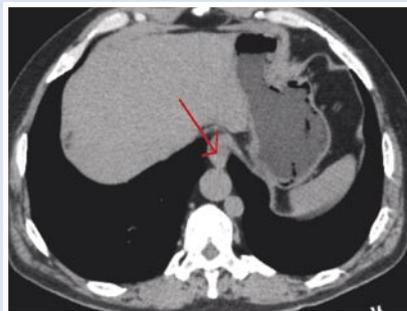


Рис. 4. Подслизистое образование задней стенки нижней трети пищевода (помечено на рисунке).



Рис. 2. Подслизистое образование нижней трети пищевода, расположенное на задней стенке в прямой проекции.

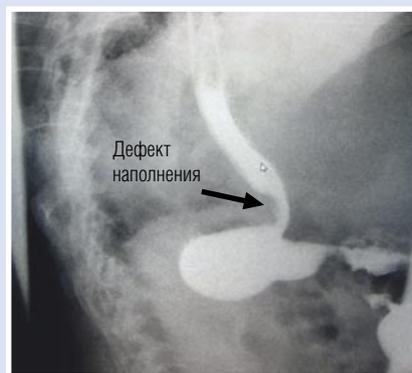


Рис. 3. Дефект наполнения, расположенный по задней стенке нижней трети пищевода в боковой проекции.

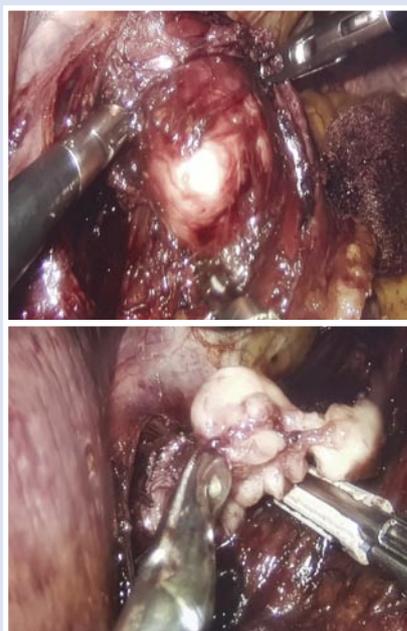


Рис. 5. Вскрытие мышечного слоя абдоминального отдела пищевода, выделение подслизистого образования нижней трети задней стенки пищевода в пределах капсулы без рассечения слизистой оболочки пищевода.

По данным компьютерной томографии ОГП: по задней стенке пищевода в его нижней трети (на границе Th IX и Th X позвонков) расположено подслизистое опухолевидное образование, размерами 30×15×10 мм, нарушающее просвет пищевода (Рис. 4).

На основании анамнеза, инструментальных методов лечения установлен клинический диагноз: подслизистая опухоль нижней трети пищевода.

Проведен онкологический консилиум, пациенту рекомендовано хирургическое лечение в объеме лапароскопической резекции подслизистого образования пищевода.

Под эндотрахеальным наркозом через прокол на 2 см выше пупка после наложения пневмоперитонеума в брюшную полость введена телекамера-лапароскоп «Шторц» и под визуальным контролем четыре рабочих инструмента. При ревизии органов брюшной полости видимые отделы желудка, тонкой и толстой кишок без особенностей. Между ножками диафрагмы рассечена париетальная брюшина,

нижняя треть пищевода мобилизована. По задней стенке нижней трети пищевода визуализируется опухолевое образование, расположенное подслизисто, неправильной формы, упругое, размерами 4,0×2,0 см. Выполнена эзофаготомия до слизистой оболочки без ее рассечения. Опухолевое образование выделено тупым и острым способом в пределах собственной капсулы без вскрытия последней (Рис. 5). Эвакуировано из брюшной полости в контейнере (Рис. 6). Стенка пищевода ушита однорядными узловыми швами. Дефект между ножками диафрагмы ушит узловыми швами. Через отдельное троакарное отверстие в брюшную полость установлен дренаж в левое поддиафрагмальное пространство. Гемостаз устойчивый. Счет салфеток верный. Послойное ушивание ран.

Операционный материал отправлен на патоморфогистологическое исследование.

Заключение: фрагмент мезенхимального веретенчатого образования без признаков клеточной и ядерной атипии, видимых фигур митозов. Дифференци-



Рис. 6. Макропрепарат. Подслизистое образование неправильной формы, упругое, многоузловое, в собственной капсуле.

альный диагноз между GIST, шванномой, лейомиомой. Для уточнения гистогенеза и потенциала озлокачествления необходимо ИГХ- исследование.

Результаты иммуногистохимического исследования: проведено иммуногистохимическое исследование с Vimentin, Desmin, Musc. Actin, b-Rftenin, CD34, CD117, DOG1, S100, EGFR, CD68, Ki67. В опухолевых клетках выявлена положительная реакция с Vimentin, Desmin, Musc. Actin. С остальными антителами реакция негативная. Ki67 позитивные клетки одиночные.

Учитывая радикальность проведенной операции, соблюдение принципов абластики, а также результаты гистологического и иммуногистохимического заключения проведен повторный онкологический консилиум. Решение консилиума: проведение адьювантной химиотерапии, таргетной химиотерапии не показано. Показано контрольное обследование через 3 месяца, динамическое наблюдение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Cichoż-Lach H, Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M. Gastrointestinal stromal tumors: epidemiology, clinical picture, diagnosis, prognosis and treatment. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2008; 118(4): 216–221.
2. Носов Д. А. Гастроинтерстериальные стромальные опухоли: новая нозологическая единица и современные возможности лечения / VII Российская онкологическая конференция: RosOncoWeb–2017. [Nosov DA. Gastrointerstenal'nye stromal'nye opuholi: novaya nozologicheskaya edinica i sovremennye vozmozhnosti lecheniya / VII Rossijskaya onkologicheskaya konferenciya: RosOncoWeb–2017. (In Russ).] Доступно по: <https://rosoncoweb.ru/library/congress/ru/07/13.php>.
3. Goettsch WG, Bos SD, Breekveldt-Postma N, et al. Incidence of gastrointestinal stromal tumours is underestimated: Results of a nationwide study. *Eur. J. Cancer.* 2005; 41: 2868–2872.
4. Старков Ю.Г. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта в эндоскопической практике // Хирургия. — 2010. — №2. — С. 51–59. [Starkov YuG. Podslizistye novobrazovaniya zheludочно-kishechnogo trakta v endoskopicheskoy praktike. *Hirurgiya.* 2010; 2: 51–59. (In Russ).]
5. Corless CL, Fletcher JA, Heinrich MC. Biology of gastrointestinal stromal tumors. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22(18): 3813–3825.
6. Polkowski, M. Submucosal lesions. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2005; 15(1): 33–54.
7. Miettinen M., Lasota J. *Semin. Diagn. Pathol.* 2006; 23:70–83.
8. Анурова О.А., Снигур П.В., Филиппова Н.А., Сельчук В.Ю. Морфологическая характеристика стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта // Архив патологии. — 2006. — №1(68). — С. 10–13. [Anurova OA, Snigur PV, Filippova NA, Sel'chuk VYU. Morfologicheskaya harakteristika stromal'nyh opuholej zheludочно-kishechnogo trakta. *Arhiv patologii.* 2006; 1(68): 10–13. (In Russ).]
9. Юричев И.Н., Бурдюков М.С., Нечипай А.М., Чистякова О.В. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: проблемы диагностики и лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2012. — №9. — С. 60–66. [Yurichev IN, Burdyukov MS, Nchipaj AM, Chistyakova OV. Gastrointestinal'nye stromal'nye opuholi: problemy diagnostiki i lecheniya // *Eksp-erimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya.* 2012; 9: 60–66. (In Russ).]

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЭТАПЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА В ОПРЕДЕЛЕНИИ СИНХРОННОГО РАКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЧЕК

Рыбчинский С.С.*¹, Крайнюков П.Е.^{1,2},
Бакасова А.В.¹, Кулова И.А.¹

¹ ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка», Москва

² ФГАОУ «Российский университет дружбы народов», Москва

Резюме. Представлено описание клинического наблюдения пациента с синхронным раком на фоне множественных изменений почек. Расставленные акценты направлены на раннее выявление новообразований при проведении ультразвукового исследования в ходе углубленного медицинского осмотра.

Ключевые слова: множественные изменения, синхронный рак, опухоль почек, углубленный медицинский осмотр.

Актуальность

Почечно-клеточный рак (ПКР) — злокачественное поражение орга-

на, занимающее 3-е место среди других заболеваний мочеполовой системы с преимущественным поражением

лиц мужского пола в возрасте старше 60 лет. «Золотой стандарт» в диагностике — мультиспиральная компьютерная

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.14.50.028

POSSIBILITIES OF ULTRASOUND EXAMINATION AT THE STAGE OF IN-DEPTH MEDICAL EXAMINATION IN DETERMINING SYNCHRONOUS CANCER WITH MULTIPLE KIDNEY CHANGES

Rybchinskii S.S.*¹, Krainyukov P.E.^{1,2}, Bakasova A.V.¹, Kulova I.A.¹

¹ P.V. Mandryka Central Military Clinical Hospital, Moscow

² RUDN University, Moscow

Abstract. The article describes a clinical observation of a patient with synchronous cancer on the background of multiple kidney changes. The emphasis is placed on the early detection of neoplasms during ultrasound during an in-depth medical examination.

Keywords: multiple changes, synchronous cancer, kidney tumor, in-depth medical examination.

* e-mail: rss_@list.ru