

## ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТА С КРУПНОЙ ШВАННОМНОЙ ПИЩЕВОДА

Амалиев И.Т., Старков Ю.Г.

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ  
Российская Федерация, г. Москва

**Введение.** Шваннома пищевода представляет собой редкую веретенчатую опухоль, происходящую из шванновских клеток. На сегодняшний день зарегистрировано всего лишь 17 случаев шванномы пищевода. Оперативные вмешательства с применением открытого (шейного доступа, экстирпация пищевода с одномоментной пластикой желудочной трубкой) и торакоскопического доступов долгое время считались стандартными методами лечения пациентов с неэпителиальными опухолями пищевода, однако в настоящее время широкое применение получают эндоскопические вмешательства.

**Материалы и методы.** Пациент 64 лет поступил в наш Центр с жалобами на выраженную дисфагию и дискомфорт в горле. В ходе дообследования по данным ЭГДС сразу за устьем пищевода визуализировано неэпителиальная опухоль, которая распространялась дистально на протяжении около 9 см и занимала практически весь его просвет. При эндосконографии выявлено неоднородное, преимущественно гипоехогенное образование с ровным четким контуром неправильной формы, исходящее из мышечного слоя стенки пищевода (4 эхослой). Согласно классификационному типированию неэпителиальных опухолей ЖКТ, данная опухоль соответствовала IIb типу. Эндоскопический этап операции проведен с выполнения инструментальной пальпации опухоли с целью оценки истинной границы, при котором установлено, что новообразование на всем протяжении локализовано внутри стенки пищевода в подслизистом слое. Учитывая крупные размеры опухоли, не позволяющие извлечь его через устье пищевода, нами было принято решение выполнить удаление данной опухоли методом тоннельной диссекции с последующей попыткой пофрагментного извлечения. После введения в подслизистый слой раствора Гелофузина, окрашенного индигокармином выполнено формирование тоннеля в подслизистом слое. Далее тоннель сформирован до опухоли протяженностью около 5 см, затем выполнено выделение опухоли из подслизистого слоя до полного отсечения в области ее основания. После полного отсечения общая протяженность тоннельной диссекции составила 10 см в длину, 6 см в поперечном направлении. Дефект в мышечном слое после полного отсечения опухоли составил 4х3 см. Выполнены попытки фрагментации опухоли внутри сформированного тоннеля. Однако в ходе вмешательства мы столкнулись с техническими трудностями, обусловленными невозможностью безопасного использования электрокоагуляции в просвете тоннеля ввиду ограниченного пространства, а также сложной конфигурации опухоли и плотности ее тканей. В связи с чем нами принято решение об извлечении опухоли через шейный доступ. Выполнен разрез вдоль переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы от уровня вырезки грудины до верхнего края щитовидного хряща. Далее под эндоскопическим контролем выполнено извлечение уже выделенной из стенки пищевода опухоли. Вмешательство завершено ушиванием шейного доступа и закрытием доступа в тоннель эндоскопическими клипсами.

**Результаты.** Продолжительность операции составила 130 минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Результаты морфологического исследования неэпителиальной опухоли пищевода представлены шванномой (R0). При контрольном эндоскопическом исследовании признаков резидуальных фрагментов опухоли и сужения просвета пищевода не обнаружено.

**Обсуждение.** Выполнение тоннельной диссекции при крупных опухолях имеют технические особенности, связанные с ограниченной маневренностью эндоскопа за счет большого размера основания опухоли. Именно поэтому, в данном клиническом наблюдении окончательный выбор оперативного доступа мы определили интраоперационно после оценки характера роста основания в подслизистом слое.

**Выводы.** Применение гибридного доступа удаления крупной неэпителиальной опухоли пищевода с использованием эндоскопической диссекции в подслизистом слое и последующим извлечением через шейный доступ позволило выполнить органосохраняющую операцию, минимизировать риски возможных интраоперационных и послеоперационных осложнений, тем самым, привести к хорошему клиническому и функциональному результату.