

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) **21384**

(13) **C1**

(46) **2017.10.30**

(51) МПК

A 61B 17/03 (2006.01)

(54)

**СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПИЩЕВОДНО-БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА ПОСЛЕ
ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА
ТОНКОЙ КИШКОЙ**

(21) Номер заявки: а 20150323

(22) 2015.06.12

(43) 2017.02.28

(71) Заявитель: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова" (ВУ)

(72) Авторы: Малькевич Виктор Тихонович; Ильин Илья Анатольевич; Мавричев Виктор Юрьевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова" (ВУ)

(56) МАЛЬКЕВИЧ В.Т. и др. Здравоохранение. - 2012. - № 1. - С. 4-7.

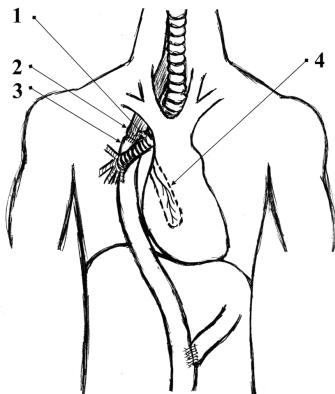
SU 923528, 1982.

КОРЖУК М.С. и др. Медицинский вестник Башкортостана. - 2009. - Т. 4. - № 3. - С. 29-32.

RU 2421161 C1, 2011.

(57)

Способ хирургического лечения пищеводно-бронхиального свища после внутриплевральной пластики пищевода тонкой кишкой, заключающийся в том, что выполняют реторакотомию справа, осуществляют аппаратную резекцию анастомотических сегментов пищевода и тонкой кишки в пределах здоровых тканей, иссекают свищевой ход, образовавшийся дефект мембранозной части правого главного бронха укрывают перикардиальным лоскутом на сосудистой ножке и из резецированного анастомотического сегмента пищевода формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области, а из резецированного анастомотического сегмента тонкой кишки - концевую зондовую еюностому в левом мезогастрii.



Фиг. 1

Изобретение относится к медицине, в частности к онкологии, а именно к хирургическому лечению рака пищевода.

Известен способ лечения гастробронхиального свища, при котором выполняют иссечение свища с ушиванием образовавшихся дефектов бронха и желудка узловыми швами и интерпозицией между линией швов заготовленного бычьего перикарда [1]. Недостатком указанного способа является возможность эффективного его использования только при отсутствии воспалительных изменений со стороны плевры, средостения и в околосвищевых тканях, что удается диагностировать крайне редко. Использование бычьего перикарда в септических условиях может привести к его инфицированию с последующим инфицированием линий швов на желудке и бронхе с развитием их несостоятельности.

Также известен способ лечения гастробронхиального свища, при котором пересекают двенадцатиперстную кишку, и в желудок, перемещенный в плевральную полость, устанавливают дренирующий зонд [2]. Недостатком известного способа является формирование длительно существующего желудочного свища с сохранением патологического соустья между перемещенным желудком и бронхом, что представляет собой персистирующий септический очаг в средостении.

Задачей изобретения является ликвидация зоны осложнения из средостения за счет разобщения непрерывности пищеварительного тракта и патологического соустья между пищеводом и правым главным бронхом.

Поставленная задача решается следующим образом. Предложен способ хирургического лечения пищеводно-бронхиального свища после внутривидеальной пластики пищевода тонкой кишкой, при котором выполняют реторакотомию справа, осуществляют аппаратную резекцию анастомотических сегментов пищевода и тонкой кишки в пределах здоровых тканей с иссечением свищевых ходов и укрытием образовавшегося дефекта мембранозной части правого главного бронха перикардиальным лоскутом на сосудистой ножке. Из резецированного анастомотического сегмента пищевода формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области, а из резецированного анастомотического сегмента тонкой кишки формируют концевую зондовую еюностому в левом мезогастрiiи.

Способ поясняется фиг. 1 и 2. На фиг. 1 представлены: 1 - патологическое соустье между пищеводом и правым главным бронхом, 2 - анастомотический сегмент пищевода, 3 - анастомотический сегмент тонкой кишки, 4 - перикардиальный лоскут на сосудистой ножке. На фиг. 2 представлены: 4 - перикардиальный лоскут на сосудистой ножке, фиксированный к дефекту правого главного бронха, 5 - шейная концевая эзофагостома, 6 - концевая зондовая еюностома.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

1) аппаратная резекция анастомотических сегментов пищевода и тонкой кишки в пределах здоровых тканей с иссечением свищевых ходов и измененных тканей мембранозной части правого главного бронха;

2) выведение резецированного анастомотического сегмента пищевода в виде шейной концевой эзофагостомы в левой надключичной области;

3) выведение резецированного анастомотического сегмента тонкой кишки в левом мезогастрiiи в виде концевой зондовой еюностомы;

4) укрытие дефекта правого главного бронха лоскутом перикарда на сосудистой ножке;

5) выполнение абдоминального этапа операции через трансректальный лапаротомный доступ.

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют реторакотомию справа. Ревизируют зону осложнения. Выявляют наличие патологического соустья 1 между пищеводом и правым главным бронхом. Выполняют аппаратную резекцию анастомотических сегментов пищевода 2 и тонкой кишки 3 в пределах здоровых тканей. Иссекают свищевой ход и измененные ткани мембранозной части

правого главного бронха. Укрывают образовавшийся дефект мембранозной части правого главного бронха перикардальным лоскутом 4 на сосудистой ножке с фиксацией последнего к краям дефекта отдельными узловыми швами. Резецированный анастомотический сегмент пищевода выводят в виде шейной концевой эзофагостомы 5 в левой надключичной области. Санируют и дренируют плевральную полость. Послойно ушивают торакотомную рану.

Выполняют трансректальную лапаротомию слева. Низводят резецированный анастомотический сегмент тонкой кишки из грудной клетки в брюшную полость и формируют концевую зондовую еюностому 6 в левом мезогастррии для энтерального питания. Послойно ушивают лапаротомную рану.

Преимущества способа:

- 1) полная ликвидация зоны осложнения из средостения;
- 2) использование хорошо кровоснабжаемого перикардального лоскута для закрытия дефекта бронха;
- 3) использование резецированной анастомотической петли тонкой кишки для выведения концевой зондовой еюностомы;
- 4) выполнение абдоминального этапа через отдельный менее травматичный доступ;
- 5) формирование еюностомы, заживающей спонтанно после извлечения интестинального зонда.

Предложенный способ иллюстрируется клиническим примером.

Пациенту Н. выполнена реторакотомия справа. Ревизирована зона осложнения. Выявлено наличие патологического соустья 1 между пищеводом и правым главным бронхом. Выполнена аппаратная резекция анастомотических сегментов пищевода 2 и тонкой кишки 3 в пределах здоровых тканей. Иссечен свищевой ход и измененные ткани мембранозной части правого главного бронха. Укрыт образовавшийся дефект мембранозной части правого главного бронха перикардальным лоскутом 4 на сосудистой ножке с фиксацией последнего к краям дефекта отдельными узловыми швами. Резецированный анастомотический сегмент пищевода выведен в виде шейной концевой эзофагостомы 5 в левой надключичной области. Санирована и дренирована плевральная полость. Послойно ушита торакотомная рана.

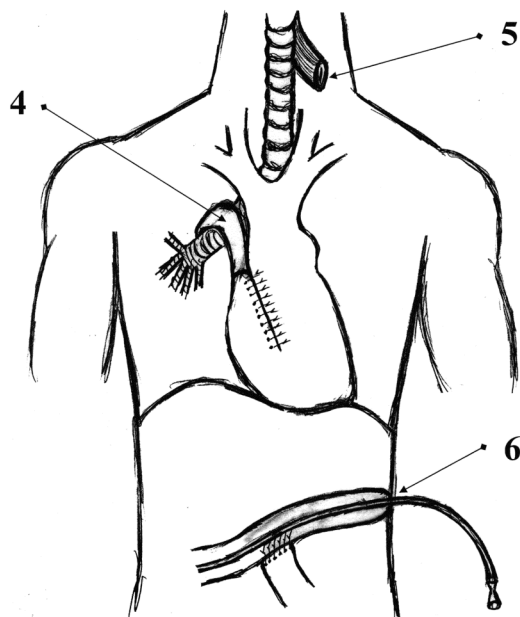
Выполнена трансректальная лапаротомия слева. Низведен резецированный анастомотический сегмент тонкой кишки из грудной клетки в брюшную полость и сформирована концевая зондовая еюностома 6 в левом мезогастррии для энтерального питания. Послойно ушита лапаротомная рана.

Таким образом, использование предлагаемого способа позволяет снизить риск развития летального исхода у пациента с образовавшимся пищеводно-бронхиальным свищом после хирургического лечения по поводу рака пищевода с внутривидеальной эзофагопластикой тонкой кишкой и может быть использован у радикально оперированных пациентов в случаях развития пищеводно-респираторных свищей.

Источники информации:

1. Devbhandari M.P., Jain R., Galloway S., Krysiak P. Benign gastro-bronchial fistula - an uncommon complication of esophagectomy: case report // BMC Surgery. - 2005. - Vol. 5. - No. 16. - P. 1-4.

2. Ibuki Y. et al. Emergency escape surgery for a gastro-bronchial fistula with respiratory failure that developed after esophagectomy // Surg. Today. - 2015. - Vol. 45. - No. 3. - P. 369-373.



Фиг. 2