

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 17724

(13) С1

(46) 2013.12.30

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-МЕДИАСТИНАЛЬНО-ПЛЕВРАЛЬНОГО СВИЩА

(21) Номер заявки: а 20110144

(22) 2011.02.08

(43) 2012.10.30

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

(72) Авторы: Малькевич Виктор Тихонович; Жарков Владимир Васильевич; Курчин Вячеслав Петрович; Ильин Илья Анатольевич; Баранов Андрей Юрьевич (ВУ)

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

(56) ЧЕРНОУСОВ А.Ф. и др. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - С. 336-338.

UA 37678 U, 2008.

UA 9533 U, 2005.

BY 12341 C1, 2009.

RU 2202961 C2, 2003.

(57)

Способ лечения пищеводно-медиастинально-плеврального свища, отличающийся тем, что выполняют верхнесрединную лапаротомию с выкраиванием лоскута большого сальника, выполняют левостороннюю цервикотомию, трансабдоминально осуществляют демукозацию участка пищевода, расположенного выше зоны свища, и формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области, трансцервикально, выворачивая слизисто-подслизистый слой в виде чулка в антиперистальтическом направлении и оставляя мышечную оболочку пищевода в заднем средостении в виде мышечного футляра, выполняют демукозацию участка пищевода, расположенного ниже зоны свища, тампонируют мышечный футляр и укрывают зону свища лоскутом большого сальника, фиксируя его отдельными узловыми швами со стороны шейной раны и к ножкам диафрагмы, и формируют гастростому в левом мезогастрii.

Изобретение относится к медицине, в частности к онкологии, а именно к хирургическому лечению пищеводно-медиастинально-плеврального свища.

Известен способ лечения пищеводно-медиастинального свища, включающий торакотомию, мобилизацию пищевода с фистулонесущей зоной, выделение и иссечение свища, ушивание дефекта пищевода. Дефект медиастинальной плевры укрывают с помощью пряди большого сальника [1].

Недостатком способа является травматичность вмешательства, связанная с необходимостью торакотомии (задняя или боковая) и мобилизации пищевода с фистулонесущей зоной, что сопряжено с необходимостью перевязки непарной вены и широкой медиастинотомии. Ушивание дефекта пищевода большого диаметра резко увеличивает риск несостоятельности швов, поскольку в этом случае ушивание выполняется со значительным

натяжением сопоставляемых тканей, что ведет к несостоятельности швов, а также к выраженной рубцовой деформации.

Таким образом, известный способ лечения, связанный с локальным воздействием в области пищеводно-медиастинального свища, позволяет достигнуть непосредственного результата, но не обеспечивает радикальное излечение пациента с внутривисцеральным осложнением.

Задачей заявляемого способа является снижение риска летального исхода у пациента с посттравматическим пищеводно-медиастинально-плевральным свищом.

Поставленная задача достигается путем планового оперативного вмешательства (лапаротомии и левосторонней цервикотомии). Выполняют плановое оперативное вмешательство (лапаротомию и левостороннюю цервикотомию). Трансабдоминально выкраивают лоскут большого сальника, осуществляют демукозацию (отслоение слизисто-подслизистого слоя) участка пищевода, расположенного выше фистулонесущей зоны. Трансцервикально выполняют демукозацию участка пищевода, расположенного ниже фистулонесущей зоны, выворачивая его в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении с оставлением мышечной оболочки в заднем средостении в виде мышечного футляра. Одновременно тампонируют мышечный футляр и укрывают фистулонесущую зону выкраенным лоскутом большого сальника. Последний фиксируют отдельными узловыми швами со стороны шейной раны и к ножкам диафрагмы. Формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области и гастростому в левом мезогастррии.

Способ осуществляют следующим образом.

Абдоминальный этап.

Выполняют верхнесрединную лапаротомию. Выкраивают лоскут большого сальника. Абдоминальный отдел пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии пересечения на уровне диафрагмального сегмента пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку, обнажая слизисто-подслизистый слой. Проксимальный край пересеченной мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками и отделяют ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см.

Шейный этап.

Выполняют левостороннюю цервикотомию. Послойно рассекают мягкие ткани вдоль медиального края нижней трети левой кивательной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии пересечения в шейном отделе пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку пищевода, обнажая слизисто-подслизистый слой. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см. Через боковой надрез слизисто-подслизистого слоя проводят пищеводный зонд до уровня диафрагмального сегмента пищевода. На передней стенке обнаженного слизисто-подслизистого слоя диафрагмального сегмента пищевода формируют отверстие, через которое выводят пищеводный зонд. К зонду фиксируют марлевую турунду длиной 1,5 м. Путем тракции за зонд марлевую турунду длиной 0,5 м выводят со стороны шейной раны и прошивают аппаратом вместе со слизисто-подслизистым слоем пищевода. Выше скрепочного шва слизисто-подслизистый слой полностью пересекают. Проксимальный участок пищевода выводят в виде концевой шейной эзофагостомы в левой надключичной области.

Трансабдоминально осуществляют тракцию за марлевую турунду вниз на 10 см. При этом выполняют демукозацию (отслоение слизисто-подслизистого слоя) участка пищевода, расположенного выше фистулонесущей зоны. С помощью аппарата марлевую турунду прошивают вместе со слизисто-подслизистым слоем в диафрагмальном сегменте пищевода. Слизисто-подслизистый слой полностью пересекают дистальнее скрепочного шва. Абдоминальный сегмент пищевода прошивают на аппарате с сохранением кардиального отдела желудка и перитонизируют отдельными узловыми швами.

Трансцервикально осуществляют тракцию за марлевую турунду. При этом выполняют демукозацию (отслоение слизисто-подслизистого слоя) участка пищевода, расположенного ниже фистулонесущей зоны путем тракции за марлевую турунду. Со стороны шейной

ВУ 17724 С1 2013.12.30

раны извлекают марлевую турунду со всем отслоенным слизисто-подслизистым слоем пищевода в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении с оставлением мышечной оболочки в заднем средостении в виде мышечного футляра, который тампонируют предварительно фиксированным к марлевой турунде лоскутом большого сальника. Таким образом укрывают фистулонесущую зону пищеводно-медиастинально-плеврального свища, который облитерирует. Лоскут большого сальника фиксируют на шее и в области ножек диафрагмы отдельными узловыми швами.

Формируют гастростому в левом мезогастррии для энтерального питания. Лапаротомную рану ушивают послойно.

В послеоперационном периоде пациенту проводят инфузионную терапию, парентеральное питание, антибактериальную терапию. После восстановления перистальтики на 5-6 сутки начинают зондовое энтеральное питание посредством гастростомы. После заживления послеоперационных рубцов пациента выписывают из стационара.

В отдаленные сроки (через 3 месяца) выполняют загрудинную толстокишечную пластику пищевода.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

- 1) демуккозация пищевода выше и ниже фистулонесущей зоны;
- 2) трансцервикальное удаление всего отслоенного слизисто-подслизистого слоя пищевода в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении с одновременной тампонадой оставшегося мышечного футляра пищевода и укрытием свищевого хода лоскутом большого сальника;
- 3) формирование концевой шейной эзофагостомы в левой надключичной области;
- 4) формирование гастростомы в левом мезогастррии.

Преимущества предлагаемого способа:

- 1) эффективная ликвидация септического очага в средостении и плевральной полости абдоминальным и цервикальным доступами;
- 2) отсутствие необходимости в выполнении травматичного торакального этапа операции, связанного с выделением фистулонесущей зоны в средостении;
- 3) полная облитерация свищевого хода;
- 4) сокращение и оптимизация периода восстановления, по окончании которого выполняют реконструктивную эзофагопластику.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент Р., история болезни № 13707/2009 г. находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова.

Диагноз: Миксоидная липосаркома заднего средостения справа. Хирургическое лечение в 2000 г. Рецидив (1) в задненижнем средостении справа с врастанием в нижнюю долю правого легкого. Хирургическое лечение в 2003 г. Рецидив (2) в заднем средостении. Хирургическое лечение в 2005 г. Рецидив (3) в правой плевральной полости, заднем средостении с врастанием в мышечный слой пищевода, в аорту.

10.09.2009 г. выполнено удаление рецидивной опухоли заднего средостения с циркулярной резекцией нисходящего отдела аорты и ее протезированием; резекция мышечного слоя пищевода; удаление опухоли правой плевральной полости доступом по Гэрлоку.

На 11 сутки после операции у пациента диагностирован посттравматический пищеводно-медиастинально-плевральный свищ.

21.09.2009. пациент оперирован по способу, описанному выше.

Абдоминальный этап.

Выполнена верхнесрединная лапаротомия. Выкроен лоскут большого сальника. Абдоминальный отдел пищевода пристеночно мобилизован от окружающей клетчатки и сосудов с сохранением блуждающих нервов. По линии пересечения на уровне диафрагмального сегмента пищевода циркулярно рассечена мышечная оболочка, обнажен слизисто-подслизистый слой. Проксимальный край пересеченной мышечной оболочки фиксирован нитями-держалками и отделен ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см.

Шейный этап.

Выполнена левосторонняя цервикотомия. Послойно рассечены мягкие ткани вдоль медиального края нижней трети левой кивательной мышцы и в рану выведен шейный отдел пищевода. По линии пересечения в шейном отделе пищевода циркулярно рассечена мышечная оболочка пищевода, обнажен слизисто-подслизистый слой. Дистальный край мышечной оболочки фиксирован нитями-держалками, отделен ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см. Через боковой надрез слизисто-подслизистого слоя проведен пищеводный зонд до уровня диафрагмального сегмента пищевода. На передней стенке обнаженного слизисто-подслизистого слоя диафрагмального сегмента пищевода сформировано отверстие, через которое выводят пищеводный зонд. К зонду фиксирована марлевая турунда длиной 1,5 м. Путем тракции за зонд марлевая турунда длиной 0,5 м выведена со стороны шейной раны и прошита аппаратом вместе со слизисто-подслизистым слоем пищевода. Выше скрепочного шва слизисто-подслизистый слой полностью пересечен. Проксимальный участок пищевода выведен в виде концевой шейной эзофагостомы в левой надключичной области.

Трансабдоминально осуществлена тракция за марлевую турунду вниз на 10 см. При этом выполнена демукозация (отслоение слизисто-подслизистого слоя) участка пищевода, расположенного выше фистулонесущей зоны. С помощью аппарата марлевая турунда прошита вместе со слизисто-подслизистым слоем в диафрагмальном сегменте пищевода. Слизисто-подслизистый слой полностью пересечен дистальнее скрепочного шва. Абдоминальный сегмент пищевода прошит на аппарате с сохранением кардиального отдела желудка и перитонизирован отдельными узловыми швами.

Трансцервикально осуществлена тракция за марлевую турунду. При этом выполнена демукозация (отслоение слизисто-подслизистого слоя) участка пищевода, расположенного ниже фистулонесущей зоны путем тракции за марлевую турунду. Со стороны шейной раны извлечена марлевая турунда со всем отслоенным слизисто-подслизистым слоем пищевода в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении с оставлением мышечной оболочки в заднем средостении в виде мышечного футляра, который тампонируется предварительно фиксированным к марлевой турунде лоскутом большого сальника. Таким образом укрыта фистулонесущая зона пищеводно-медиастинально-плеврального свища. Лоскут большого сальника фиксирован на шее и в области ножек диафрагмы отдельными узловыми швами.

Сформирована гастростома с сохранением кардиального отдела желудка в левом мезогастррии для энтерального питания. Лапаротомная рана ушита послойно.

В послеоперационном периоде пациенту проведены инфузионная терапия, парентеральное питание, антибактериальная терапия. После восстановления перистальтики на 6-е сутки начато зондовое энтеральное питание посредством гастростомы. После заживления послеоперационных рубцов пациент выписан из стационара.

Через 3 месяца выполнена заградунная толстокишечная эзофагопластика.

Таким образом, использование предлагаемого изобретения позволяет снизить риск летального исхода в случае развития внутриплеврального осложнения у пациента с посттравматическим пищеводно-медиастинально-плевральным свищом, а в сочетании с выполнением в отдаленные сроки реконструктивной колоэзофагопластики обеспечивает потенциал долговременной выживаемости.

Источники информации:

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - С. 338.