

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 17525

(13) С1

(46) 2013.08.30

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54)

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО- ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

(21) Номер заявки: а 20110372

(22) 2011.03.25

(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; Ильин Илья Анатольевич; Петрушко Наталья Михайловна; Оситрова Людмила Ивановна; Коробач Сергей Степанович (ВУ)

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

(56) RU 2207069 С2, 2003.

ИСАЕВА А.В. Пищеводно-толстокишечный анастомоз на шее при эзофагопластике у детей: Автореф. дис. - Ростов-на-Дону, 2005. - С. 3-5, 8-23.

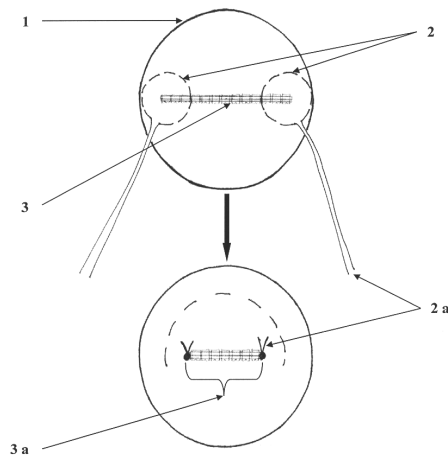
ХЛИЯН Х.Е. Выбор способа наложения пищеводно-толстокишечного анастомоза при тотальной пластике пищевода: Автореф. дис. - Ростов-на-Дону, 2006. - С. 7-19.

МАЛЬКЕВИЧ В.Т. Медицинская панорама, 2010. - № 4. - С. 43-50.

МИГАЛКИН Н.С. и др. Вестник новых медицинских технологий, 2006. - т. XIII. - № 3. - С. 23-29.

(57)

Способ формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза, заключающийся в том, что выкраивают трансплантат на сосудистой ножке путем аппаратного пересечения толстой кишки с наложением скрепочного шва, перемещают трансплантат на шею ретро-стернально, накладывают на его оральный конец два кисетных погружных шва с захватом



Фиг. 1

линии скрепочного шва одним стежком по краям, сужая длину скрепочного шва, и формируют щелевидный инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец пищевода в конец противобрыжеечной стенки орального конца трансплантата путем рассечения его слоев в поперечном направлении.

Изобретение относится к области медицины, в частности к онкологии, а именно к хирургическому лечению рака пищевода и кардиоэзофагеальной зоны.

Известен способ наложения пищеводно-толстокишечного анастомоза, заключающийся в том, что рассекают заднюю стенку толстой кишки в поперечном направлении в бессосудистой зоне на протяжении, равном диаметру просвета пищевода. Формируют анастомоз между полученным отверстием на задней стенке толстой кишки и пищеводом. Формируют нижнюю губу анастомоза отдельными узловыми швами узелками внутрь сшиваемых органов через все слои. Формируют верхнюю губу анастомоза со стороны кишечного просвета конца толстой кишки после снятия предварительно наложенного на него непрерывного шва. Ушивают конец кишки двухрядным швом с фиксацией его к параэзофагеальным рубцовым тканям над анастомозом [1].

Известен способ формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза, заключающийся в том, что на дистальном конце пищевода формируют мышечный жом. При этом отсепааровывают и заворачивают кверху мышечную оболочку пищевода. В ходе формирования анастомоза сшивают подслизистые и слизистые оболочки пищевода и толстой кишки. Свободный край слизистой пищевода инвагинируют в просвет трансплантата [2].

Недостатками этих способов является нарушение локального кровообращения в зоне анастомоза за счет деформации, что ведет к частичному некрозу и развитию несостоятельности швов анастомоза со свищеобразованием в раннем послеоперационном периоде; формирование ранней или поздней стриктуры анастомоза; развитие функциональных расстройств, проявляющихся в нарушении проходимости пищи по толстокишечному трансплантату.

Предложен способ формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза.

Задачей заявляемого в качестве изобретения способа является снижение риска развития несостоятельности швов пищеводно-толстокишечного анастомоза и функциональных расстройств у пациента после экстирпации пищевода.

Поставленная задача достигается путем реконструктивной операции после экстирпации пищевода. Выкраивают трансплантат путем аппаратного пересечения толстой кишки и перемещают его на шею ретростернально. Пищеводно-толстокишечный анастомоз формируют следующим образом. По краям скрепочного шва на оральном конце трансплантата накладывают кисетные погружные швы с захватом линии скрепочного шва одним стежком. При этом достигают сужения длины скрепочного шва. Затем формируют щелевидный (на 1/3 периметра) инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец пищевода в конец противобрыжеечной стенки орального конца трансплантата путем рассечения его слоев в поперечном направлении.

Способ осуществляют следующим образом.

В ходе реконструктивной операции после экстирпации пищевода мобилизуют толстую кишку. Формируют толстокишечный трансплантат на питающей сосудистой ножке путем аппаратного пересечения толстой кишки. Сформированный трансплантат перемещают на шею ретростернально. Затем приступают к наложению шейного пищеводно-толстокишечного анастомоза. Для этого на оральный конец трансплантата накладывают два кисетных погружных шва по краям скрепочного шва с захватом линии скрепочного шва одним стежком. Таким образом сужают длину скрепочного шва. Формируют щелевидный (на 1/3 периметра) инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец пищевода в конец противобрыжеечной стенки орального конца трансплантата путем рассечения его слоев в поперечном направлении.

ВУ 17525 С1 2013.08.30

Преимущества предлагаемого способа:

- 1) выравнивание просвета орального конца трансплантата;
- 2) боковые кисеты позволяют более конформно создать инвагинацию и скомпенсировать силы натяжения при глотании;
- 3) профилактика рефлюкс-эзофагита;
- 4) снижение риска инфицирования перианастомотического пространства;
- 5) отсутствие деформации трансплантата, что позволяет избежать нарушения кровоснабжения анастомозируемых поверхностей;
- 6) способствует адекватному кровообращению в зоне анастомоза;
- 7) обеспечивает герметичность анастомоза.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

- 1) сужение длины скрепочного шва за счет наложения двух боковых кисетных швов по краям скрепочного шва;
- 2) увеличение площади серозной оболочки для создания первого ряда серозно-мышечных швов;
- 3) создание условий для формирования второго ряда серозно-мышечных швов вдали от брыжеечных сосудов;
- 4) создание условий для инвагинации внутреннего ряда сквозных швов;
- 5) формирование щелевидного (на 1/3 периметра орального конца трансплантата) пищеводно-толстокишечного анастомоза.

Существенные признаки предлагаемого способа:

- 1) наложение на оральный конец трансплантата двух кисетных погружных швов по краям скрепочного шва с захватом линии скрепочного шва одним стежком;
- 2) захват скрепочной линии шва одним стежком при наложении боковых погружных кисетных швов обеспечивает фиксацию погружной части скрепочного шва и препятствует его выворачиванию при наложении внутреннего ряда сквозных швов пищеводно-толстокишечного анастомоза;
- 3) формирование щелевидного (на 1/3 периметра орального конца трансплантата) инвагинационного двухрядного анастомоза по типу конец пищевода в конец противобрыжечной стенки орального конца трансплантата путем рассечения его слоев в поперечном направлении.

Сущность предлагаемого способа поясняется следующими фигурами.

На фиг. 1 показано сужение зоны скрепочного шва пищеводно-толстокишечного анастомоза (вид сверху), где 1 - оральный конец толстокишечного трансплантата; 2 - боковые погружные кисетные швы по краям скрепочного шва с захватом линии скрепочного шва одним стежком; 2а - лигатуры, формирующие боковые погружные кисетные швы; 3 - линия скрепочного шва; 3а - суженная линия скрепочного шва.

На фиг. 2 показано формирование задней стенки пищеводно-толстокишечного анастомоза, где 1 - оральный конец толстокишечного трансплантата; 2а - лигатуры, формирующие боковые погружные кисетные швы; 4 - пищевод; 5 - лигатуры, формирующие заднюю стенку анастомоза.

На фиг. 3 показано формирование передней стенки пищеводно-толстокишечного анастомоза, где 1 - оральный конец толстокишечного трансплантата; 4 - пищевод; 5 - лигатуры, формирующие заднюю стенку анастомоза; 6 - лигатуры, формирующие переднюю стенку анастомоза.

Способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент К., история болезни № 11737/2010 г., находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова.

Диагноз: гастроэзофагеальный рак с врастанием забрюшинно и в капсулу поджелудочной железы рТ4N2M0G3R0 стадия 4. Состояние после гастрэктомии с резекцией нижней 1/3 пищевода доступом по Гэрлоку 26.02.2010 г. и разобщающей операции по поводу некроза анастомотической петли тонкой кишки.

16.10.2010 г. пациент оперирован по способу, описанному выше.

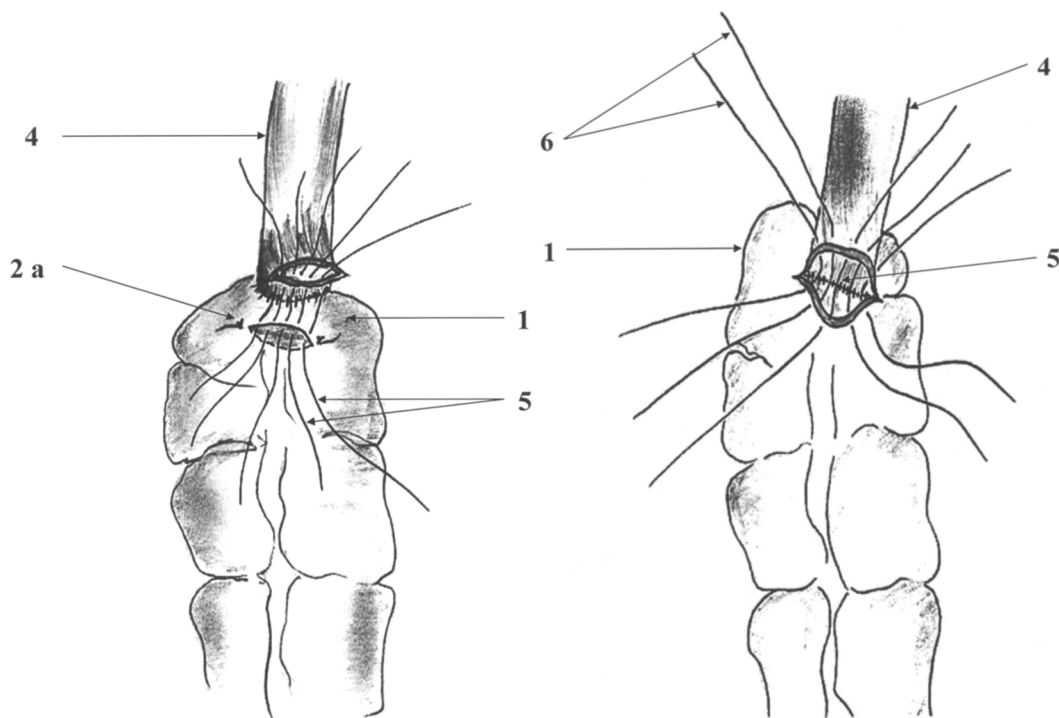
В ходе реконструктивной операции мобилизована толстая кишка. Сформирован толстокишечный трансплантат на питающей сосудистой ножке путем аппаратного пересечения толстой кишки. Сформированный трансплантат перемещен на шею ретростернально. Затем приступили к наложению шейного пищеводно-толстокишечного анастомоза. На оральный конец трансплантата (фиг. 1: 1) наложены два кисетных погружных шва (фиг. 1: 2, 2а и фигура 2: 2а) по краям скрепочного шва с захватом линии скрепочного шва (фиг. 1: 3) одним стежком. Таким образом сужена линия скрепочного шва (фиг. 1: 3а). Сформирован щелевидный (на 1/3 периметра) инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец пищевода в конец противобрыжеечной стенки орального конца трансплантата путем рассечения ее слоев в поперечном направлении (фиг. 2 и 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через шесть месяцев жалоб не предъявлял. Эндоскопически патологии со стороны анастомоза и трансплантата не выявлено.

Таким образом, предлагаемый способ формирования пищеводно-толстокишечного анастомоза позволяет улучшить непосредственный результат хирургического лечения, снизить риск развития несостоятельности швов анастомоза и функциональных расстройств у пациента после экстирпации пищевода.

Источники информации:

1. Патент RU 2266716, МПК⁶ А 61В 17/00.
2. Патент RU 2207069, МПК⁶ А 61В 17/11.



Фиг. 2

Фиг. 3