

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **17602**

(13) **С1**

(46) **2013.10.30**

(51) МПК

A 61B 17/11 (2006.01)

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА**

(21) Номер заявки: а 20110035

(22) 2011.01.10

(43) 2012.08.30

(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; Оситрова Людмила Ивановна; Ильин Илья Анатольевич; Баранов Андрей Юрьевич; Коробач Сергей Степанович (ВУ)

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

(56) PAGE R.D. et al. Eur. J. Cardiothorac Surg. - 2005. - V. 27. - P. 337-343.

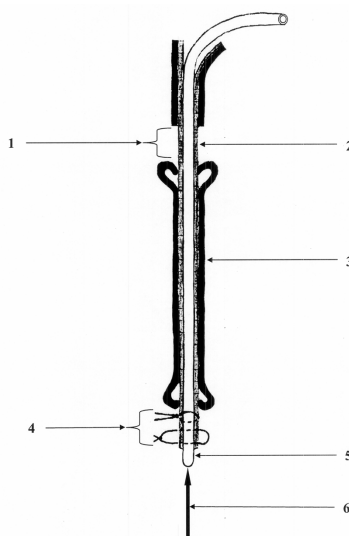
СИДОРЕНКО Ю.С. и др. Хирургия. - 2009. - № 1. - С. 25-28.

МИРОШНИКОВ Б.И. и др. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2004. - Т. 163. - № 5. - С. 39-44.

КАВАЙКИН А.Г. Вестник хирургии имени И.И.Грекова. - 2007. - Т. 166. - № 5. - С. 107-110.

(57)

Способ хирургического лечения несостоятельности пищевода-желудочного анастомоза, заключающийся в том, что выполняют реторакотомию, осуществляют аппаратную резекцию пищевода-желудочного анастомоза с несостоятельностью с оставлением культи желудка в заднем средостении и демукозацию оставшегося сегмента пищевода с оставлением его мышечной оболочки в заднем средостении, причем демукозацию сегмента



Фиг. 1

ВУ 17602 С1 2013.10.30

пищевода выполняют путем тракции за зонд, проведенный перорально, фиксированного к нему слизисто-подслизистого слоя, выворачивая его в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении и удаляя слизисто-подслизистый слой через рот, после чего формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области и подвесную зондовую еюностому с брауновским соустьем в левом мезогастррии.

Изобретение относится к медицине, в частности к онкологии, а именно к хирургическому лечению осложнения, развившегося в процессе лечения опухоли кардиоэзофагеальной зоны.

Несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза относится к тяжелому хирургическому осложнению, которое в большинстве случаев приводит к септической интоксикации с летальным исходом. Основная задача при лечении данного осложнения заключается в ликвидации зоны несостоятельности анастомоза и дренировании септического очага.

Известен способ лечения несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, при котором выполняют резекцию анастомоза с формированием концевой шейной эзофагостомы. Оставшуюся жизнеспособную культю желудочного трансплантата низводят в брюшную полость и используют для наложения гастростомы [1].

Недостатками способа являются: формирование гастростомы из скомпрометированного желудочного трансплантата отрицательно сказывается на заживлении; отсутствует резервуарная функция; питание осуществимо только через зонд, проведенный в двенадцатиперстную кишку; не обеспечивается герметизм, так как гастростома вызывает мацерацию кожи вокруг свища и локальный дерматит; ухудшение качества жизни пациента; наличие угрозы локальной ишемии культи желудочного трансплантата с перфорацией и развитием перитонита.

Известен способ закрытия дефекта в области анастомоза лоскутом (плевральным или мышечным) [2]. Мобилизуют зону анастомоза с несостоятельностью. Выкраивают лоскут париетальной плевры. Лоскут проводят под пищеводом, обортывают зону несостоятельности анастомоза, фиксируют в области линии шва.

Недостатками способа являются: невозможность выполнения данного способа в поздние сроки установления диагноза; трудности наложения первичного шва ввиду выраженного воспалительного процесса и отека тканей в перианастомотическом пространстве; отсутствие достаточного объема жизнеспособных тканей, что не позволяет ушить дефект без стенозирования просвета пищевода.

Таким образом, известные способы лечения, связанные с локальным воздействием в области пищеводно-желудочного анастомоза, позволяют достигнуть непосредственного результата, но не обеспечивают долговременной выживаемости пациентов с внутриплевральными осложнениями, развившимися при хирургическом лечении.

Реторакотомия является самым эффективным способом ревизии для установления причины и локализации дефекта области анастомоза. Повторная операция обеспечивает быстрый доступ к зоне несостоятельности, эффективную санацию и дебридментацию плевральной полости, а также точное локальное расположение дренажей для обеспечения последующих санации и дренирования.

Задачей заявляемого способа является снижение риска летального исхода у пациента с опухолью абдоминального отдела пищевода и кардиоэзофагеальной зоны при развитии несостоятельности внутриплеврального пищеводно-желудочного анастомоза после проксимальной резекции желудка с резекцией нижней трети пищевода.

Поставленная задача достигается путем срочного повторного оперативного вмешательства. Выполняют аппаратную резекцию пищеводно-желудочного анастомоза с несо-

стоятельностью, демукозацию оставшегося сегмента пищевода, формируют шейную концевую эзофагостому в левой надключичной области, накладывают подвесную зондовую еюностому с брауновским соустьем в левом мезогастррии.

Способ осуществляют следующим образом.

Торакальный этап. Выполняют реторакотомию после непродолжительной предоперационной подготовки. Выявляют дефект и устанавливают причину несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. Производят эвакуацию содержимого плевральной полости с забором материала для бактериологического исследования. Спайки разъединяют частично. Производят объемную (до 10 л физиологического раствора) санацию и дебридментацию плевральной полости. Свободную от спаек плевральную полость выкладывают салфетками, смоченными теплым раствором фурациллина. Производят мануальную и инструментальную мобилизацию пищеводно-желудочного анастомоза с несостоятельностью до зоны без визуальных признаков ишемии. Пищеводно-желудочный анастомоз пересекают с помощью линейных степлеров соответствующего размера, 30 и 60 мм соответственно. Аппаратный ряд швов погружают отдельными узловыми капроновыми швами. Культю желудка оставляют в заднем средостении, которая исполняет роль биологического тампона, ограничивающего область осложнения в плевральной полости от брюшной полости. Культю нижнегрудного отдела пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии пересечения на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край 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 грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Мобилизуют шейный отдел пищевода с сохранением возвратного нерва, выводят в рану. По линии пересечения в шейном отделе пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки отделяют ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см. Перорально проводят зонд до линии пересечения пищевода в нижнем грудном отделе. Обнаженный слизисто-подслизистый слой фиксируют к зонду. Затем анестезиолог осуществляет тракцию за зонд в проксимальном направлении. Хирург визуально контролирует положение зонда со стороны шейной раны. С помощью тракции за зонд удаляют слизисто-подслизистый слой пищевода, выворачивая его в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении. При появлении зонда в области шейной раны слизисто-подслизистый слой циркулярно пересекают. Остатки слизисто-подслизистого слоя удаляют вместе с зондом через рот. Проксимальный участок шейного отдела пищевода через дополнительный разрез в левой надключичной области выводят в виде шейной концевой эзофагостомы. Участок пищевода в виде мышечного футляра оставляют в заднем средостении в виде тяжа, который с течением времени облитерируется. Верхнее заднее средостение дренируют трубкой через отдельную контрапертуру со стороны шейной раны. Шейную рану ушивают послойно.

Заднее нижнее средостение дренируют трубкой через отдельную контрапертуру со стороны торакотомной раны. Торакотомную рану ушивают послойно.

Выполняют левостороннюю среднюю трансректальную лапаротомию. Формируют подвесную зондовую еюностому с брауновским соустьем. Брюшную полость дренируют трубкой, которую устанавливают в малый таз, через отдельную контрапертуру. Лапаротомную рану ушивают послойно.

После восстановления перистальтики на 5-6-е сутки начинают зондовое энтеральное питание посредством еюностомы. После заживления послеоперационных ран пациента выписывают из стационара.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

1) аппаратная резекция пищеводно-желудочного анастомоза с несостоятельностью в пределах здоровых тканей;

2) оставление мышечной оболочки пищевода в заднем средостении;

3) формирование подвешной зондовой еюностомы с брауновским соустьем в левом мезогастринии для обеспечения полноценного энтерального питания.

Способ поясняется следующими фигурами.

На фиг. 1 изображена подготовка к демукозации оставшегося сегмента пищевода, где 1 - линия пересечения пищевода в шейном отделе; 2 - слизисто-подслизистый слой; 3 - мышечная оболочка пищевода; 4 - лигатуры, фиксирующие слизисто-подслизистый слой; 5 - зонд, введенный перорально; 6 - направление тракции за зонд.

На фиг. 2 показаны демукозация оставшегося сегмента пищевода путем тракции за зонд с фиксированным к нему слизисто-подслизистым слоем и удаление его через рот.

Преимущества предлагаемого способа:

1) менее травматичен, так как позволяет ограничиться только выделением нижнегрудного и шейного отделов пищевода;

2) использование зонда сокращает время операции, упрощает технику выполнения, позволяет избежать тотальной мобилизации пищевода в заднем средостении;

3) позволяет удалить слизисто-подслизистый слой пищевода, не нарушая анатомической целостности заднего средостения (не повреждая кровеносные и лимфатические сосуды, нервы собственно пищевода, блуждающие нервы, окружающие органы и ткани);

4) радикальное устранение источника септического состояния - резекция пищеводно-желудочного анастомоза с несостоятельностью;

5) оставление мышечной оболочки пищевода в заднем средостении без попытки его тотальной мобилизации позволяет снизить интраоперационный травматизм, уменьшить кровопотерю и сократить продолжительность операции;

б) культи желудка, оставленная в заднем средостении, исполняет роль биологического тампона, ограничивающего область осложнения в плевральной полости от брюшной полости;

7) применение дополнительных отдельных торакотомного и трансректального лапаротомного доступов позволяет сохранить сложную лапароторакотомную рану в неприкосновенности без вскрытия диафрагмы и снизить риск послеоперационных гнойных осложнений;

8) формирование подвешной зондовой еюностомы с брауновским соустьем обеспечивает полноценное питание пациента в ближайшем послеоперационном периоде и в течение подготовительного триместра к реконструктивной эзофагопластике.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент С., история болезни № 15790/2006 г., находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова с 04.09.2006 г. по 10.11.2006 г.

Диагноз: неходжкинская лимфома с поражением проксимальных отделов желудка и абдоминального сегмента пищевода, врастающая в левую долю печени, верхний полюс селезенки и диафрагму.

20.09.2006 г. выполнена комбинированная операция: проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода, левой доли печени, диафрагмы с пластикой мерселевой сеткой, спленэктомией доступом по Гэрлоку. Лимфодиссекция D2.

Морфология: В-крупноклеточная неходжкинская лимфома (иммуногистохимически: CD20+++ ; CD3-; LCA+++ ; panCK-) с поражением абдоминального сегмента пищевода, врастанием в стенку желудка, ткань печени, диафрагму.

На 6-е сутки клинико-рентгенологически установлен диагноз: несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза с затеком контрастного вещества в средостение.

26.09.2006 г. произведено оперативное вмешательство по методике, описанной выше.

Торакальный этап. Выполнена реторакотомия в VII межреберье слева после непродолжительной предоперационной подготовки. Выявлен дефект и установлена причина несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. Произведена эвакуация содержимого плевральной полости с забором материала для бактериологического исследования. Спайки разъединены частично. Произведена объемная (до 10 л физиологического раствора) санация и дебридементация плевральной полости. Свободная от спаек плевральная полость выложена салфетками, смоченными теплым раствором фурациллина. Произведена мануальная и инструментальная мобилизация пищеводно-желудочного анастомоза с несостоятельностью до зоны без визуальных признаков ишемии. Пищеводно-желудочный анастомоз пересечен с помощью линейных степлеров соответствующего размера (30 и 60 мм соответственно). Аппаратный ряд швов погружен отдельными узловыми капроновыми швами. Культи желудка оставлена в заднем средостении для ограничения области осложнения в плевральной полости от брюшной полости. Культи нижнегрудного отдела пищевода пристеночно мобилизована от окружающей клетчатки и сосудов с сохранением блуждающих нервов. По линии пересечения пищевода циркулярно рассечена мышечная оболочка. Ее проксимальный край 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 грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Мобилизован шейный отдел пищевода с сохранением возвратного нерва, выведен в рану. По линии пересечения в шейном отделе пищевода циркулярно рассечена мышечная оболочка. Дистальный край мышечной оболочки отделен ножницами от слизисто-подслизистого слоя на протяжении 3 см. Перорально проведен зонд до линии пересечения пищевода в нижнегрудном отделе. Обнаженный слизисто-подслизистый слой фиксирован к зонду. Затем анестезиолог осуществил тракцию за зонд в проксимальном направлении. Хирург визуально контролировал положение зонда со стороны шейной раны. С помощью тракции за зонд удален слизисто-подслизистый слой пищевода, вывернутый в виде "чулка" в антиперистальтическом направлении. При появлении зонда в области шейной раны слизисто-подслизистый слой циркулярно пересечен. Остатки слизисто-подслизистого слоя удалены вместе с зондом через рот. Проксимальный участок шейного отдела пищевода через дополнительный разрез в левой надключичной области выведен в виде шейной концевой эзофагостомы. Верхнее заднее средостение дренировано трубкой через отдельную контрапертуру со стороны шейной раны. Шейная рана ушита послойно.

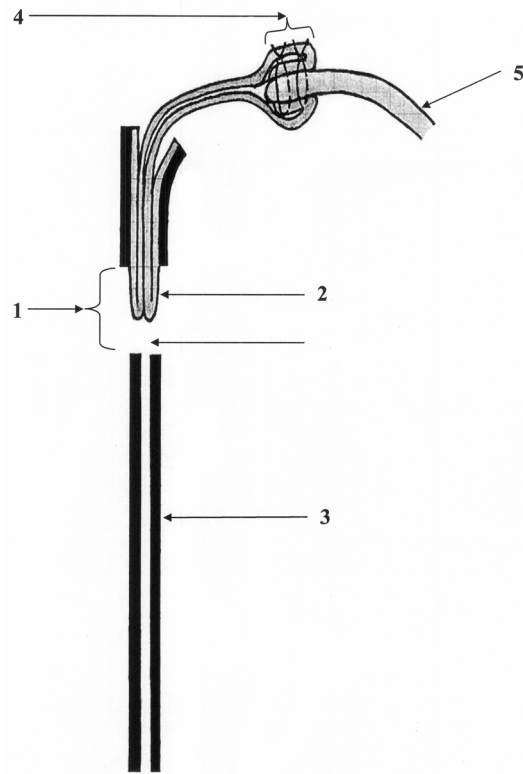
Заднее нижнее средостение дренировано трубкой через отдельную контрапертуру со стороны торакотомной раны. Торакотомная рана ушита послойно.

Выполнена левосторонняя средняя трансректальная лапаротомия. Сформирована подвесная зондовая еюностома с брауновским соустьем. Брюшная полость дренирована трубкой, которая установлена в малый таз, через отдельную контрапертуру. Лапаротомная рана ушита послойно.

Таким образом, использование предлагаемого изобретения позволяет снизить риск летального исхода в случае развития внутриплевральных хирургических осложнений у пациентов с опухолями нижней трети пищевода и кардиоэзофагеальной зоны в процессе хирургического лечения, а в сочетании с выполнением в отдаленные сроки реконструктивной колоэзофагопластики обеспечивает потенциал долговременной выживаемости.

Источники информации:

1. Page R.D., Shackcloth M.J., Russel G.N. Surgical treatment of anastomotic leaks after oesophagectomy // Eur. J. of Cardiothor. Surg. - 2005. - Vol. 27. - P. 339-340.
2. Carol E.H. Scott-Conner. Chassin's Operative Strategy in Esophageal Surgery. - Iowa City: Springer Science + Business Media, 2006. - P. 150-152.



Фиг. 2