

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 17603

(13) С1

(46) 2013.10.30

(51) МПК

A 61B 17/11 (2006.01)

(54)

## СПОСОБ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА

(21) Номер заявки: а 20110080

(22) 2011.01.21

(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; Ильин Илья Анатольевич; Рылюк Аркадий Феодосьевич; Подгайский Александр Владимирович (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. 162-165.

ВУ 12557 С1, 2009.

RU 2336036 С1, 2008.

RU 2285463 С2, 2006.

RU 2243726 С2, 2005.

RU 2156611 С1, 2000.

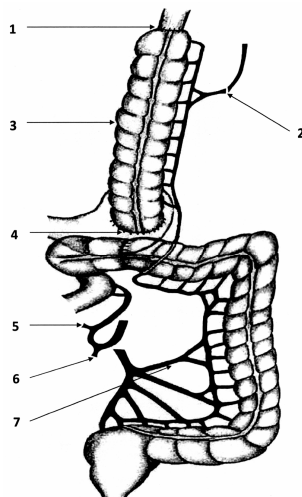
НЕСТЕРУК Л.Н. Новости хирургии. - 2009. - Т. 17. - № 2. - С. 49-57.

ЗУЕВ А.С. и др. Российский онкологический журнал. - 2001. - № 1. - С. 26-28.

ШАЙХИЕВ Е.У. Шунтирующая толстокишечная пластика в хирургическом лечении послеожоговых рубцовых стенозов пищевода: Автореф. дис. - Алматы, 2010. - С. 15-17.

(57)

Способ пластики пищевода, заключающийся в том, что формируют трансплантат из верхней половины восходящей ободочной кишки, правого угла ободочной кишки и поперечной ободочной кишки на сосудистой ножке из правых ободочнокишечных артерии и вены, резецируют хрящевую часть третьего ребра слева на протяжении 4 см, выделяют левые внутригрудные артерию и вену, перемещают трансплантат позадигрудинно на шею, анастомозируют его с шейным отделом пищевода, накладывают сосудистые анастомозы



ВУ 17603 С1 2013.10.30

между правой ободочнокишечной артерией и левой внутригрудной артерией, а также между правой ободочнокишечной веней и левой внутригрудной веней, после чего пересекают дистальный отдел трансплантата, анастомозируют его с передней стенкой желудка и восстанавливают проходимость толстой кишки путем наложения анастомоза между восходящим и поперечным отделами ободочной кишки.

---

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

Известен способ пластики пищевода, включающий формирование трансплантата из верхней половины восходящей ободочной кишки, правого угла и поперечной ободочной кишки с питающей ножкой на левой ободочной артерии перемещением его через грудную клетку на шею и анастомозированием его с шейным отделом пищевода [1].

Недостатком данного способа является ишемия проксимального конца трансплантата вплоть до некроза. В связи с этим необходима васкуляризация за счет анастомозов пересеченных сосудов трансплантата с внутригрудными сосудами. При этом необходимо подобрать сосуды, которые совместимы по диаметру с внутригрудными сосудами (2,8-3,2 мм).

Задачей заявляемого способа является обеспечение толстокишечного трансплантата при пластике пищевода дополнительным кровоснабжением путем формирования сосудистых анастомозов между сосудами трансплантата с внутригрудными сосудами.

Предложен способ пластики пищевода, включающий перемещение трансплантата из верхней половины восходящей ободочной кишки, правого угла и поперечной ободочной кишки, проведение его позадигрудинно на шею, формирование анастомоза между трансплантатом и шейным отделом пищевода и наложение сосудистых анастомозов между пересеченными сосудами трансплантата (правые ободочные артерия и вена) и внутригрудными сосудами (артерия и вена).

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют тотальную лапаротомию. Производят аппендэктомию. Формируют толстокишечный трансплантат путем мобилизации слепой, восходящей ободочной кишки, правого угла и поперечной ободочной кишки. При мобилизации тщательно выделяют правые ободочные сосуды (артерию и вену) и формируют сосудистую ножку путем пересечения у самого основания. Пересекают средние ободочные сосуды. Пересекают восходящую ободочную кишку посередине с включением в трансплантат сосудистой ножки из правых ободочных сосудов.

Выполняют примерку трансплантата и определяют место для наложения сосудистых анастомозов, которое соответствует хрящевой части третьего ребра слева. Сформированный толстокишечный трансплантат проводят в позадигрудинном тоннеле на шею, где накладывают анастомоз с шейным отделом пищевода. Формируют зону доступа к внутригрудным сосудам за счет резекции хрящевой части третьего ребра слева на протяжении 4 см. Мобилизуют левые внутригрудные сосуды (артерию и вену). Извлекают сосудистую ножку трансплантата из позадигрудинного тоннеля в сформированную зону доступа. Накладывают сосудистые анастомозы между пересеченными правыми ободочными сосудами (артерией и веней) и левыми внутригрудными сосудами (артерией и веней). Дистальный отдел трансплантата поперечной ободочной кишки пересекают и анастомозируют с передней стенкой желудка. Проходимость толстой кишки восстанавливают путем наложения анастомоза между восходящим и поперечным отделами ободочной кишки. Раны на шее и брюшной стенке ушивают послойно.

Способ поясняется следующей фигурой.

## ВУ 17603 С1 2013.10.30

На фигуре изображена пластика пищевода толстокишечным трансплантатом с его дополнительной васкуляризацией, где 1 - проксимальный анастомоз между пищеводом и колотрансплантатом; 2 - место наложения сосудистых анастомозов между пересеченными правыми ободочными сосудами трансплантата и левыми внутригрудными сосудами; 3 - толстокишечный трансплантат; 4 - дистальный анастомоз между толстокишечным трансплантатом и желудком; 5 - место пересечения средних ободочных сосудов; 6 - место пересечения правых ободочных сосудов; 7 - левые ободочные сосуды.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

1) формирование трансплантата из верхней половины восходящей ободочной кишки, правого угла и поперечной ободочной кишки;

2) примерка трансплантата и подготовка места для наложения сосудистых анастомозов путем резекции хрящевой части третьего ребра и выделения левых внутригрудных сосудов (артерии и вены);

3) проведение трансплантата позадигрудинно на шею и наложение анастомоза между трансплантатом и шейным отделом пищевода;

4) наложение сосудистых анастомозов между пересеченными правыми ободочными сосудами (артерией и веной) трансплантата и левыми внутригрудными сосудами (артерией и веной).

Преимущества предлагаемого способа:

1) интраоперационная профилактика несостоятельности проксимального пищеводно-толстокишечного анастомоза;

2) обеспечение толстокишечного трансплантата при пластике пищевода дополнительным кровоснабжением и предупреждение тяжелых ишемических осложнений.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент З., история болезни № 8049/2009 г., находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова.

Диагноз: кардиоэзофагеальный рак pT2bN1M0 стадия II. Состояние после проксимальной резекции желудка доступом по Гэрлоку от 15.02.2007. Рецидив рака в зоне пищеводно-желудочного анастомоза с метастазами в субкаринальных и нижних параэзофагеальных лимфоузлах.

Морфология: низкодифференцированная аденокарцинома с метастазами в субкаринальных (два) и нижних параэзофагеальных (один) лимфоузлах.

03.06.2009 г. выполнена экстирпация грудного отдела пищевода с резекцией 2/3 резецированного желудка и одноэтапной толстокишечной эзофагопластикой с дополнительной васкуляризацией трансплантата за счет правых ободочных сосудов.

Произведено оперативное вмешательство по методике, описанной выше.

Выполнена тотальная лапаротомия. Произведена аппендэктомия. Сформирован толстокишечный трансплантат путем мобилизации слепой, восходящей ободочной кишки, правого угла и поперечной ободочной кишки. При мобилизации тщательно выделены правые ободочные сосуды (артерия и вена) и сформирована сосудистая ножка путем пересечения у самого основания. Пересечены средние ободочные сосуды. Восходящая ободочная кишка пересечена посередине с включением в трансплантат сосудистой ножки из правых ободочных сосудов.

Выполнена примерка трансплантата и определено место для наложения сосудистых анастомозов, которое соответствует хрящевой части третьего ребра слева. Сформированный толстокишечный трансплантат проведен в позадигрудинном тоннеле на шею, где наложен анастомоз с шейным отделом пищевода. Сформирована зона доступа к внутригрудным сосудам за счет резекции хрящевой части третьего ребра слева на протяжении 4 см. Мобилизованы левые внутригрудные сосуды (артерия и вена). Сосудистая ножка трансплантата извлечена из позадигрудинного тоннеля в сформированную зону доступа. Наложены сосудистые анастомозы между пересеченными правыми ободочными

# ВУ 17603 С1 2013.10.30

сосудами (артерией и веной) и левыми внутригрудными сосудами (артерией и веной). Дистальный отдел трансплантата поперечной ободочной кишки пересечен и анастомозирован с передней стенкой желудка. Проподимость толстой кишки восстановлена путем наложения анастомоза между восходящим и поперечным отделами ободочной кишки. Раны на шее и брюшной стенке ушиты послойно.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, использование предлагаемого изобретения позволяет снизить риск развития несостоятельности пищеводно-толстокишечного анастомоза за счет обеспечения толстокишечного трансплантата дополнительным кровоснабжением и снизить частоту летальных осложнений в процессе хирургического лечения рака пищевода.

Источники информации:

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода. - М.: Медицина, 2000. - С. 164.