

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 17725

(13) С1

(46) 2013.12.30

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОСТОМЫ

(21) Номер заявки: а 20110624

(22) 2011.05.11

(43) 2012.12.30

(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; Баранов Андрей Юрьевич; Мавричев Виктор Юрьевич (ВУ)

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

(56) RU 2134550 С1, 1999.

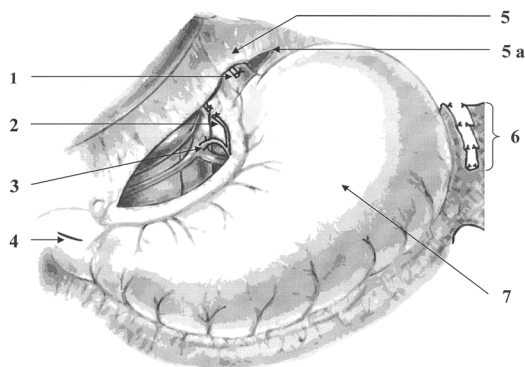
UA 63316 А, 2004.

RU 2356502 С1, 2009.

ВУ 5676 С1, 2003.

(57)

Способ формирования эзофагогастростомы, заключающийся в том, что выполняют мобилизацию абдоминального отдела пищевода с пересечением блуждающих нервов и проксимального отдела желудка, при этом рассекают восходящую ветвь левой желудочной артерии и четыре коротких сосуда желудочно-селезеночной связки, выполняют пилоромиотомию, аппаратно пересекают пищевод в абдоминальном отделе и формируют эзофагогастростому путем фиксации культи пересеченного абдоминального отдела пищевода и желудка к коже в левом подреберье.



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

Известен способ гастростомии, при котором на ребре тела большой кривизны удаляют серозно-мышечный слой в форме окружности. Вытягивают подслизистый слой в виде конуса. Рассекают слизисто-подслизистый слой. На край слизисто-подслизистого слоя на-

кладывают два полукисета. В отверстие вставляют трубку. Завязывают на трубке нити полукисетов. Далее на прилегающий к серозно-мышечному слою подслизистый накладывают кисетный шов. Погружают трубку в просвет желудка. Завязывают шов. На серозно-мышечный слой с отступлением от дефекта накладывают кисетный шов. Погружают трубку и завязывают шов [1].

Недостатками данного способа являются плохое заживление гастростомы, отсутствие резервуарной функции; возможность питания только через зонд, проведенный далеко в двенадцатиперстную кишку; отсутствие герметичности; протекание, которое вызывает мацерацию и стойкий локальный дерматит; сохранение угрозы локальной ишемии, перфорации и развития перитонита; ухудшение качества жизни пациента.

Задачей заявляемого способа является формирование функциональной и герметичной эзофагогастростомы после экстирпации пищевода путем сохранения кардиального отдела желудка, позволяющей сохранить желудок в подготовительном триместре перед реконструктивной гастроэзофагопластикой.

Поставленная задача достигается путем мобилизации абдоминального отдела пищевода с пересечением переднего и заднего блуждающих нервов, восходящей ветви левой желудочной артерии и проксимальных отделов желудка с рассечением желудочно-селезеночной связки до середины и сохранением левых и правых желудочных сосудов; выполнения пилоромиотомии; пересечения пищевода в абдоминальном отделе и наложения эзофагогастростомы в левом подреберье.

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют верхнюю срединную лапаротомию. С целью доступа к абдоминальному отделу пищевода и верхним отделам желудка отделяют левую долю печени от диафрагмы путем пересечения левой треугольной связки с сохранением левых нижних диафрагмальных сосудов и левой печеночной вены. Над кардиальным отделом желудка и пищеводом ножницами рассекают брюшину, покрывающую абдоминальный отдел пищевода. Выделяют переднюю поверхность абдоминального отдела пищевода и пересекают передний блуждающий нерв. Отделяют заднюю поверхность абдоминального отдела пищевода и пересекают задний блуждающий нерв. Производят мобилизацию абдоминального отдела пищевода от окружающих тканей, а также в области диафрагмального отверстия. Между зажимами пересекают и лигируют восходящую ветвь левой желудочной артерии.

Мобилизуют желудок в верхней его половине с сохранением левых и правых желудочных сосудов. Между зажимами рассекают и лигируют желудочно-селезеночную связку до середины с пересечением четырех коротких сосудов и сохранением левой желудочно-сальниковой артерии.

Производят продольную пилоромиотомию путем рассечения передней стенки пилорического отдела желудка по оси длиной 2 см до слизисто-подслизистого слоя и ушивания в поперечном направлении отдельными узловыми швами.

Выполняют аппаратное пересечение пищевода в абдоминальном отделе. Пересеченный пищевод экстирпируют.

Приступают к формированию эзофагогастростомы. Выполняют среднюю трансректальную лапаротомию в левом подреберье. В зоне формирования эзофагогастростомы по периметру фиксируют париетальную брюшину к наружному листку апоневроза, образуя тоннель, в котором по периметру фиксируют культю пересеченного абдоминального отдела пищевода. Резецируют линию аппаратного шва на культе пересеченного абдоминального отдела пищевода и обнажают слизисто-подслизистый слой, который фиксируют к коже по периметру. Таким образом формируют эзофагогастростому.

Отличительные признаки заявляемого способа:

- 1) формирование функциональной эзофагогастростомы;
- 2) сохранение кардиального отдела желудка;

ВУ 17725 С1 2013.12.30

3) выполнение продольной пилоромииотомии с поперечным ушиванием отдельными узловыми швами;

4) рассечение и лигирование желудочно-селезеночной связки до середины с пересечением четырех коротких сосудов и сохранением левой желудочно-сальниковой артерии.

Преимущества предлагаемого способа:

1) сохранение кардиального отдела желудка обеспечивает функциональность эзофагогастростомы;

2) эзофагогастростома обладает резервуарной функцией и герметичностью, что позволяет избежать затекания желудочного содержимого на кожу;

3) позволяет сохранить желудок в подготовительном триместре перед реконструктивной гастроэзофагопластикой;

4) выполнение пилоромииотомии позволяет предупредить развитие гастростаза, обусловленного пересечением блуждающих нервов, и обеспечить своевременное опорожнение желудка.

Сущность предлагаемого способа поясняется фигурой, на которой показана подготовка к формированию эзофагогастростомы с мобилизацией абдоминального отдела пищевода и проксимальных отделов желудка, где 1 - лигирование и пересечение переднего блуждающего нерва; 2 - выделение, лигирование и пересечение восходящей ветви левой желудочной артерии; 3 - левая желудочная артерия; 4 - продольная пилоромииотомия; 5 - брюшина, покрывающая абдоминальный отдел пищевода; 5а - рассечение брюшины, покрывающей абдоминальный отдел пищевода; 6 - выделение, лигирование и пересечение четырех коротких сосудов желудочно-селезеночной связки; 7 - желудок.

Способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент М., история болезни № 10659/1997 г., находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.

Диагноз: рак верхнегрудного отдела пищевода с врастанием в трахею рТ4N1M0 III стадия.

20.12.1997 г. выполнена операция: экстирпация пищевода стерноцервикально-абдомино-трансхиатальным доступом с циркулярной резекцией трахеи и формированием шейной эзофагостомы и абдоминальной эзофагогастростомы.

Выполнена верхняя срединная лапаротомия. С целью доступа к абдоминальному отделу пищевода и верхним отделам желудка отделена левая доля печени от диафрагмы путем пересечения левой треугольной связки с сохранением левых нижних диафрагмальных сосудов и левой печеночной вены. Над кардиальным отделом желудка и пищеводом ножницами рассечена брюшина (фигура), покрывающая абдоминальный отдел пищевода 5, 5а. Выделена передняя поверхность абдоминального отдела пищевода и пересечен передний блуждающий нерв 1. Отделена задняя поверхность абдоминального отдела пищевода и пересечен задний блуждающий нерв. Произведена мобилизация абдоминального отдела пищевода от окружающих тканей, а также в области диафрагмального отверстия. Между зажимами пересечена и лигирована восходящая ветвь 2 левой желудочной артерии 3.

Мобилизован желудок 7 в верхней его половине с сохранением левых и правых желудочных сосудов. Между зажимами рассечена и лигирована желудочно-селезеночная связка до середины с пересечением четырех коротких сосудов 6 и сохранением левой желудочно-сальниковой артерии.

Произведена продольная пилоромииотомия 4 путем рассечения передней стенки пилорического отдела желудка по оси длиной 2 см до слизисто-подслизистого слоя и ушивания в поперечном направлении отдельными узловыми швами.

Выполнено аппаратное пересечение пищевода в абдоминальном отделе. Пересеченный пищевод экстирпирован.

Приступили к формированию эзофагогастростомы. Выполнена средняя трансректальная лапаротомия в левом подреберье. В зоне формирования эзофагогастростомы по пери-

ВУ 17725 С1 2013.12.30

метру фиксирована париетальная брюшина к наружному листку апоневроза. Образован тоннель, в котором по периметру фиксирована культя пересеченного абдоминального отдела пищевода. Резецирована линия аппаратного шва на культе пересеченного абдоминального отдела пищевода и обнажен слизисто-подслизистый слой, который фиксирован к коже по периметру. Таким образом сформирована эзофагогастростома.

Таким образом, предлагаемый способ эзофагогастростомии позволяет сформировать функциональную и герметичную эзофагогастростому после экстирпации пищевода с сохранением желудка в подготовительном триместре перед реконструктивной гастроэзофагопластикой.

Источники информации:

1. RU 2134550, МПК⁶ А 61В 17/00.