

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **18223**

(13) **С1**

(46) **2014.06.30**

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИИ ИЛИ НЕКРОЗА
АУТОТРАНСПЛАНТАТА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ПРАВОГО
ФЛАНГА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ПРИ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ**

(21) Номер заявки: а 20110931

(22) 2011.07.04

(43) 2013.02.28

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

(72) Авторы: Малькевич Виктор Тихонович; Курчин Вячеслав Петрович; Ильин Илья Анатольевич; Оситрова Людмила Ивановна (ВУ)

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

(56) DEMEESTER T.R. et al. Diseases of the esophagus. - 1995. - No. 8. - p. 20-29.

РАЗУМОВСКИЙ А.Ю. и др. Детская хирургия. - 2000. - № 3. - С. 4-8.

ЧЕПУРНОЙ М.Г. и др. Детская хирургия. - 2010. - № 2. - С. 25-26.

ЖАРКОВ В.В. и др. Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии: Сб. научн. работ. - Минск, 1998. - С. 209-215.

(57)

Способ профилактики ишемии или некроза аутотрансплантата, сформированного из правого фланга ободочной кишки, при колоэзофагопластике, при котором после перемещения аутотрансплантата через ретростернальный тоннель на шею пересекают слева группу передних прямых мышц шеи, включающих грудиноподъязычную, грудинощитовидную мышцы и верхнее брюшко лопаточно-подъязычной мышцы, и анастомозируют оральный конец аутотрансплантата с шейным отделом пищевода, а аборальный конец с желудком.

Изобретение относится к медицине, в частности к онкологии, а именно к реконструктивному этапу хирургического лечения пациентов, страдающих раком пищевода.

Известен способ профилактики ишемических осложнений при эзофагопластике, заключающийся в том, что формируют аутотрансплантат из ободочной кишки, перемещают аутотрансплантат через загрудинный тоннель на шею, при этом резецируют половину рукоятки грудины, грудинный конец ключицы и хрящевую часть первого ребра слева и анастомозируют аутотрансплантат с шейным отделом пищевода [1].

Недостатком известного способа является травматичность вмешательства и нарушение опороспособности левой половины плечевого пояса за счет резекции половины рукоятки грудины, грудинного конца ключицы и хрящевой части первого ребра слева. Кроме того, узкий канал верхней апертуры грудной клетки, ограниченный трахеей и передними прямыми мышцами шеи, способствует сдавлению аутотрансплантата и его брыжейки с

ВУ 18223 С1 2014.06.30

питающими сосудами в этой области. Это приводит к высокому риску развития ишемии и некроза орального конца аутотрансплантата, вторичной несостоятельности швов пищевода и пищевода.

Задачей изобретения является интраоперационная профилактика ишемии и некроза со стороны орального конца аутотрансплантата, сформированного из правого фланга ободочной кишки, при колоэзофагопластике путем ликвидации мышечного фактора компрессии на аутотрансплантат в канале верхней апертуры грудной клетки за счет пересечения группы передних прямых мышц шеи слева.

Поставленная задача решается тем, что предложен способ профилактики ишемии и некроза аутотрансплантата, сформированного из правого фланга ободочной кишки, при колоэзофагопластике, при котором сформированный аутотрансплантат перемещают через ретростернальный тоннель на шею, где рассекают группу передних прямых мышц шеи слева, включающих грудиноподъязычную, грудинощитовидную и верхнее брюшко лопаточно-подъязычной мышцы, и анастомозируют оральный конец аутотрансплантата с шейным отделом пищевода, а аборальный конец с желудком.

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют тотальную лапаротомию. Формируют аутотрансплантат из правого фланга ободочной кишки. Косым разрезом по переднему краю левой кивательной мышцы на шее выделяют шейный отдел пищевода. Ретростернально создают тоннель для проведения аутотрансплантата на шею. Выводят аутотрансплантат на шею и выявляют признаки ишемии со стороны орального конца аутотрансплантата, обусловленные его сдавлением в канале верхней апертуры грудной клетки. Пересекают группу передних прямых мышц шеи: грудиноподъязычную, грудинощитовидную и верхнее брюшко лопаточно-подъязычной слева. При этом канал в области верхней апертуры грудной клетки расширяется, признаки ишемии разрешаются, что позволяет избежать мышечной компрессии, ишемии и некроза орального конца аутотрансплантата и питающих его сосудов в наиболее узком месте ретростернального тоннеля. Накладывают пищеводно-толстокишечный анастомоз между шейным отделом пищевода и оральным концом аутотрансплантата. Пересекают аборальный конец аутотрансплантата и анастомозируют его с желудком. Непрерывность толстой кишки восстанавливают путем формирования анастомоза между оставшимися сегментами восходящей ободочной и поперечной ободочной кишки. Шейную и лапаротомную раны ушивают послойно.

Отличительным признаком заявляемого способа является рассечение группы передних прямых мышц шеи: грудиноподъязычной, грудинощитовидной слева, начинающихся от рукоятки грудины; верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы, прикрепляющейся к телу подъязычной кости.

Преимущества предлагаемого способа:

1) ликвидация мышечного фактора компрессии на трансплантат в канале верхней апертуры грудной клетки;

2) интраоперационная профилактика ишемии и некроза со стороны орального конца аутотрансплантата;

3) обеспечение адекватного доступа к надключичным и верхним паратрахеальным лимфоузлам при необходимости выполнения лимфодиссекции;

4) создание эффективного доступа для манипуляций в верхнем средостении.

Способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент Ж. 1971 г. р. поступил в онкологическое торакальное отделение № 1 РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова 19.04.2011 г. для планового реконструктивного вмешательства. Диагноз: рак нижней трети грудного отдела пищевода pT1N0M0. Стадия IA. Состояние после хирургического лечения в 10.2010 г. Выполнено уточняющее дообследование. Данных за прогрессирование опухолевого процесса не выявлено. Решено выполнить заме-

ВУ 18223 С1 2014.06.30

ститтельную колоэзофагопластику с использованием в качестве пластического материала аутотрансплантата из правого фланга ободочной кишки.

25.04.2011 г. пациенту выполнена операция по вышеописанной методике. Произведена тотальная лапаротомия. Сформирован аутотрансплантат из правого фланга ободочной кишки. Косым разрезом по переднему краю левой кивательной мышцы на шее выделен шейный отдел пищевода. Ретростернально создан тоннель для проведения аутотрансплантата на шею. После выведения аутотрансплантата на шею выявлены признаки ишемии со стороны орального конца аутотрансплантата, обусловленные его сдавливанием в канале верхней апертуры грудной клетки. После пересечения группы передних прямых мышц шеи слева - грудиноподъязычной, грудинощитовидной и верхнего брюшка лопаточно-подъязычной - канал в области верхней апертуры грудной клетки расширился, признаки ишемии разрешились. Это позволило избежать мышечной компрессии, ишемии и некроза орального конца аутотрансплантата и питающих его сосудов в наиболее узком месте ретростернального тоннеля. Наложена пищеводно-толстокишечный анастомоз между шейным отделом пищевода и оральным концом аутотрансплантата. Пересечен аборальный конец аутотрансплантата и анастомозирован с желудком. Непрерывность толстой кишки восстановлена анастомозом между оставшимися сегментами восходящей ободочной и поперечной ободочной кишки. Шейная и лапаротомная раны ушиты послойно. Септических осложнений не было.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет ликвидировать мышечный фактор компрессии на толстокишечный аутотрансплантат в канале верхней апертуры грудной клетки за счет пересечения группы передних прямых мышц шеи слева, обеспечивая интраоперационную профилактику ишемии и некроза со стороны орального конца аутотрансплантата.

Источники информации:

1. DeMeester T.R., Kauer W.K.H. Esophageal reconstruction: The colon as an esophageal substitute // Diseases of the esophagus. - 1995. - Vol. 8. - No. 1. - P. 20-29.