

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **18781**

(13) **С1**

(46) **2014.12.30**

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

(54) **СПОСОБ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ЭЗОФАГОКОЛОПЛАСТИКИ**

(21) Номер заявки: а 20120212

(22) 2012.02.15

(43) 2013.10.30

(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 (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. 164.

KZ 23928 A4, 2011.

RU 2336036 C1, 2008.

UA 61843 A, 2003.

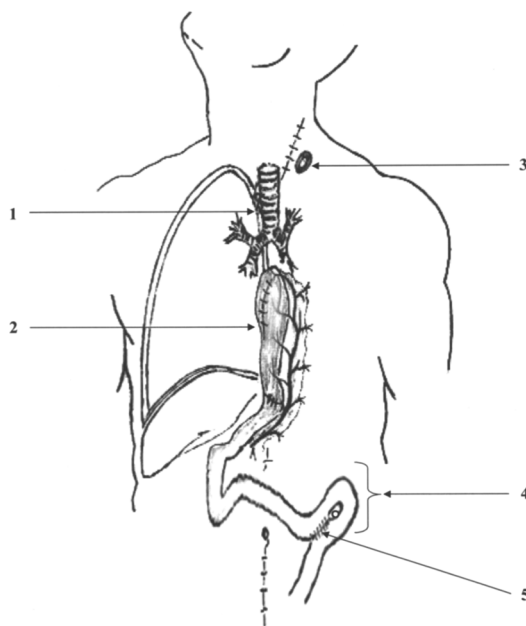
RU 2285463 C2, 2006.

RU 2207069 C2, 2003.

ЧЕРНОУСОВ А.Ф. и др. Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. - 2005. - № 8. - С. 71-75.

(57)

Способ реконструктивной эзофагоколопластики, **отличающийся** тем, что формируют изоперистальтический трансплантат с питающей ножкой на левых ободочных сосудах из верхней половины восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба и проксимальных



Фиг. 1

ВУ 18781 С1 2014.12.30

2/3 поперечной ободочной кишки с включением в него сосудистой ножки из средних ободочных сосудов, сосудистую брыжейку трансплантата располагают позадиободочно, выполняют реваскуляризацию трансплантата за счет донорских средних ободочных сосудов и внутренних грудных сосудов в реципиентной зоне, аборальный конец трансплантата анастомозируют с отводящей петлей тонкой кишки дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностомы по типу конец в бок и ниже сформированного колоэнттероанастомоза накладывают дополнительное межкишечное соустье по Брауну.

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

Известен способ эзофагоколопластики, включающий формирование трансплантата из верхней половины восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба, поперечной ободочной кишки, селезеночного изгиба и верхней половины нисходящей ободочной кишки с питающей ножкой на левых ободочных сосудах и пересечением средних ободочных сосудов, перемещение трансплантата через грудную клетку на шею и анастомозирование орального конца трансплантата с шейным отделом пищевода, аборального - с желудком [1].

Недостатками данного способа являются: недостаточное кровоснабжение орального конца трансплантата; высокий риск развития ишемических осложнений вплоть до некроза; невозможность формирования анастомоза трансплантата с желудком у пациентов, перенесших разобщающую операцию по поводу внутривисцеральных осложнений после неудачной первичной эзофагогастропластики. В связи с этим в условиях дефицита пластического материала и недостаточности кровообращения требуется обеспечение толстокишечного трансплантата источником дополнительного кровоснабжения и определение зоны кишечного сегмента для оптимального формирования дистального колоэнттероанастомоза.

Задачей заявляемого способа является обеспечение толстокишечного трансплантата дополнительным кровоснабжением и формирование надежного колоэнттероанастомоза, не требующего мобилизации и оперативного закрытия ранее сформированной еюностомы.

Поставленную задачу решают тем, что предложен способ реконструктивной эзофагоколопластики, который выполняют после разобщающей операции в случае неудачной первичной эзофагогастропластики. Формируют изоперистальтический трансплантат с питающей ножкой на левых ободочных сосудах из верхней половины восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба, проксимальных 2/3 поперечной ободочной кишки с включением в трансплантат сосудистой ножки из средних ободочных сосудов. При этом сосудистую брыжейку трансплантата располагают позадиободочно. Аборальный конец трансплантата анастомозируют с отводящей петлей тонкой кишки дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностомы по типу конец в бок. Ниже сформированного колоэнттероанастомоза накладывают дополнительное межкишечное соустье по Брауну. Выполняют реваскуляризацию трансплантата за счет донорских средних ободочных сосудов и внутренних грудных сосудов в реципиентной зоне.

Способ осуществляют следующим образом.

Реконструкцию выполняют пациенту с раком пищевода спустя три месяца после разобщающей операции в случае неудачной первичной эзофагогастропластики. В ходе разобщающей операции выполняют резекцию зоны осложнения с оставлением культи эзофагогастротрансплантата в заднем средостении, формируют эзофагостому и еюностомы.

Выполняют тотальную лапаротомию, аппендэктомию. Формируют изоперистальтический толстокишечный трансплантат с питающей ножкой на левых ободочных сосудах из верхней половины восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба, проксимальных 2/3 поперечной ободочной кишки с включением в трансплантат сосудистой ножки из средних ободочных сосудов. При мобилизации тщательно выделяют сосудистую ножку из донор-

ских средних ободочных сосудов (артерия и вена) и пересекают у основания. Пересекают восходящую ободочную кишку посередине. Примеряют трансплантат и определяют реципиентную зону для расположения микрососудистых анастомозов, которая соответствует проекции хрящевой части третьего ребра слева. Сформированный трансплантат проводят позадигрудинно на шею, где накладывают анастомоз с шейным отделом пищевода (эзофагоколоанастомоз) по типу конец пищевода в оральный конец трансплантата. Резецируют хрящевую часть третьего ребра слева. При этом формируют реципиентную сосудистую зону. Выводят в образованную рану сосудистую ножку из донорских средних ободочных сосудов трансплантата. В этой же зоне мобилизуют реципиентные левые внутренние грудные сосуды (артерию и вену). Формируют микрососудистые анастомозы между средними ободочными сосудами (артерией и веной) трансплантата и левыми внутренними грудными сосудами (артерией и веной).

Формируют колоэнттероанастомоз. Для этого аборальный конец трансплантата, образованный путем пересечения поперечной ободочной кишки дистальнее вхождения средних ободочных сосудов, анастомозируют с отводящей петлей тонкой кишки дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностома по типу аборальный конец трансплантата в бок противобрыжечной стенки тонкой кишки. Причем сосудистую брыжейку трансплантата располагают позадиободочно. Ниже сформированного колоэнттероанастомоза накладывают дополнительное межкишечное соустье по Брауну. Проподимость толстой кишки восстанавливают путем формирования анастомоза между оставшимися сегментами восходящей и дистальной 1/3 поперечной ободочной кишки. Раны на шее и брюшной стенке ушивают послойно.

Способ поясняется фиг. 1, 2.

На фиг. 1 изображена схема разобщающей операции, которую выполняют в случае неудачной первичной эзофагогастропластики, где 1 - трахея; 2 - культя резецированного эзофагогастротрансплантата в заднем средостении; 3 - эзофагостома; 4 - еюностома с межкишечным соустьем по Брауну; 5 - межкишечное соустье по Брауну.

На фиг. 2 представлен окончательный вид реконструктивной эзофагоколопластики, где 6 - эзофагоколоанастомоз; 7 - трансплантат; 8 - сосудистая ножка из донорских средних ободочных сосудов в реципиентной зоне; 9 - сосудистая брыжейка трансплантата; 10 - колоэнттероанастомоз, расположенный на отводящей петле дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностома; 11 - еюностома, образованная в ходе разобщающей операции (фиг. 1); 12 - дополнительное межкишечное соустье по Брауну, сформированное ниже колоэнттероанастомоза.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

1) формирование изоперистальтического трансплантата с питающей ножкой на левых ободочных сосудах и включением в трансплантат сосудистой ножки из средних ободочных сосудов;

2) использование в качестве источника дополнительного кровоснабжения реципиентных внутренних грудных сосудов;

3) позадиободочное расположение сосудистой брыжейки трансплантата;

4) анастомозирование аборального конца трансплантата с отводящей петлей тонкой кишки дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностома по типу конец в бок;

5) формирование дополнительного межкишечного соустья по Брауну ниже колоэнттероанастомоза.

Преимущества предлагаемого способа:

1) способ позволяет выполнить реконструкцию во всех случаях невозможности выполнения эзофагогастропластики после разобщающих операций (резекция зоны осложнения, демукозация пищевода) с формированием эзофаго- и еюностома по поводу неудачной первичной эзофагопластики (несостоятельность швов анастомоза и/или некроз эзофагогастротрансплантата);

ВУ 18781 С1 2014.12.30

2) изоперистальтическая позиция трансплантата способствует своевременной эвакуации пищи, препятствуя регургитации кишечного содержимого;

3) обеспечение трансплантата источником дополнительного кровоснабжения за счет реципиентных внутренних грудных сосудов в условиях недостаточности кровообращения;

4) интраоперационная профилактика ишемических осложнений (некроза трансплантата и несостоятельности швов анастомоза);

5) адекватная разгрузка колоэнтероанастомоза и профилактика рефлюкс-эзофагита искусственного пищевода за счет формирования дополнительного межкишечного соустья по Брауну ниже колоэнтероанастомоза;

6) ликвидация факторов компрессии на сосудистую брыжейку трансплантата за счет позадиободочного ее расположения;

7) одновременное выполнение операции двумя бригадами хирургов по формированию дигестивных соустьев и на этапе реваскуляризации, что не увеличивает общую продолжительность хирургического вмешательства;

8) не требует мобилизации и оперативного закрытия еюностомы, сформированной в ходе разобщающей операции.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Пациент Ж. находился на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, ему было выполнено оперативное вмешательство по способу, описанному выше.

Реконструкция выполнена спустя три месяца после разобщающей операции (резекция зоны осложнения с формированием эзофагостомы, еюностомы и оставлением культи резецированного эзофагогастротрансплантата в заднем средостении) по поводу неудачной первичной эзофагогастропластики.

Выполнены тотальная лапаротомия, аппендэктомия. Сформирован изоперистальтический толстокишечный трансплантат с питающей ножкой на левых ободочных сосудах из верхней половины восходящей ободочной кишки, печеночного изгиба, проксимальных 2/3 поперечной ободочной кишки с включением в трансплантат сосудистой ножки из средних ободочных сосудов. При мобилизации тщательно выделена сосудистая ножка из донорских средних ободочных сосудов (артерия и вена) и пересечена у основания. Восходящая ободочная кишка пересечена посередине. Выполнена примерка трансплантата и определена реципиентная зона для расположения микрососудистых анастомозов, которая соответствовала проекции хрящевой части третьего ребра слева. Сформированный трансплантат проведен позадигрудинно на шею, где наложен анастомоз с шейным отделом пищевода по типу конец пищевода в оральный конец трансплантата (эзофагоколоанастомоз). Резецирована хрящевая часть третьего ребра слева. При этом сформирована реципиентная сосудистая зона. В образованную рану выведена сосудистая ножка из донорских средних ободочных сосудов трансплантата. В этой же зоне мобилизованы реципиентные левые внутренние грудные сосуды (артерия и вена). Сформированы микрососудистые анастомозы между средними ободочными сосудами (артерией и веной) трансплантата и левыми внутренними грудными сосудами (артерией и веной).

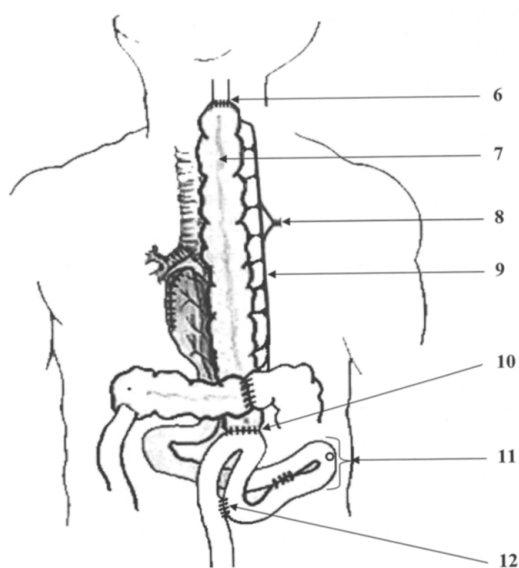
Далее начат этап формирования колоэнтероанастомоза. Для этого аборальный конец трансплантата, образованный путем пересечения поперечной ободочной кишки дистальнее вхождения средних ободочных сосудов, анастомозирован с отводящей петлей тонкой кишки дистальнее соустья по Брауну ранее сформированной еюностомы по типу аборальный конец трансплантата в бок противобрыжеечной стенки тонкой кишки. При этом сосудистая брыжейка трансплантата расположена позадиободочно. Ниже сформированного колоэнтероанастомоза наложено дополнительное межкишечное соустье по Брауну. Проподимость толстой кишки восстановлена путем формирования анастомоза между оставшимися сегментами восходящей и дистальной 1/3 поперечной ободочной кишки. Раны на шее и брюшной стенке ушиты послойно.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На седьмые сутки после операции начато энтеральное питание. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на четырнадцатые сутки после операции.

Таким образом, использование предлагаемого способа позволяет снизить риск развития ишемических осложнений со стороны трансплантата, восстановить непрерывность пищеварительного тракта в условиях дефицита пластического материала после ранее перенесенной разобщающей операции 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.



Фиг. 2