



(19) KG (11) 1050 (13) C1 (46) 31.07.2008

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) A61B 17/00 (2006.1)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(19) KG (11) 1050 (13) C1 (46) 31.07.2008

(21) 20070042.1

(22) 26.03.2007

(46) 31.07.2008, Бюл. №7

(76) Бейшембаев М.И., Назаров У.С. (KG)

(56) Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.И., Черноусов Ф.А., Ларионов А.А. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода // Хирургия. – 2003 – №7 – С. 50-54

(54) Способ пластики пищевода резецированным желудком

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии пищевода. Задачей изобретения является повышение эффективности способа пластики пищевода у больных с ранее субтотально резецированным отделом желудка. Поставленная задача решается в способе пластики пищевода гастро-дуоденальным трансплантатом (после субтотальной дистальной резекции желудка), питающимся за счет селезеночной артерии (a. lienalis). Производится срединная лапаротомия для мобилизации резецированного желудка единственным блоком вместе с верхнегоризонтальным коленом 12-перстной кишки, селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы с сохранением селезеночной артерии. При этом правая желудочная артерия и правая желудочно-салниковая артерия были ранее перевязаны и пересечены при выполнении субтотальной дистальной резекции по поводу язвенной болезни. Левая желудочная артерия перевязана и пересечена для обеспечения мобильности трансплантата. Затем производится поворот больного на левый бок для выполнения правосторонней торакотомии по 5 межреберью. После перевязки и пересечения непарной вены мобилизуют и резецируют пораженную внутригрудную часть пищевода. Перемещают гастро-дуоденальный трансплантат с селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы в правую плевральную полость с поворотом на 180°. Питающей артерией служит a. lienalis. Формируют эзофагогастроанастомоз в куполе правой плевральной полости двухрядными кулисными швами (по принятой методике). Дренируют плевральную полость и ушивают послеоперационную рану. 2 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии пищевода.

Реконструктивная хирургия пищевода при доброкачественных и злокачественных заболеваниях до настоящего времени остается одной из сложнейших проблем торакальной онкохирургии. До сих пор частыми причинами подобных пластических операций на пищеводе являются рубцовые ожоговые стриктуры и опухолевые поражения. При этом в качестве трансплантата для замещения пораженного пищевода могут быть использованы различные органы: желудок, тонкая или толстая кишка.

Особенно сложным и дискутабельным вопросом эзофагопластики является выбор органа для замещения пищевода у больных с ранее оперированным желудком.

В 1946 г. Lewis предложил методику резекции и пластики пищевода желудком, с формированием эзофагогастроанастомоза в куполе правой плевральной полости (операция Льюиса). Недостатком способа Льюиса является то, что в качестве трансплантата используется ранее не-оперированный желудок. Питающая артерия *gastroepiploica dextra*, при помощи которой осуществляется кровоснабжение желудочного трансплантата, меньше диаметром, чем селезеночная артерия, вследствие чего возникает вероятность тромбоза сосуда и несостоятельности анастомоза.

В настоящее время приоритетом при выборе трансплантата у больных с ранее оперированным желудком многие ведущие хирурги (Давыдов М.И., Стилиди И.С., Боян В.Ю. Внутриплевральная толстокишечная пластика у больных раком желудка с высоким поражением пищевода // Российский онкологический журнал. – 2002 – №3 – С. 27-29; Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.И., Черноусов Ф.А., Ларионов А.А. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми структурами пищевода // Хирургия. – 2003 – №7 – С. 50-54), отдают предпочтение толстокишечной пластике пищевода. При этом для пластики используют сегмент поперечной ободочной кишки, сегмент нисходящей кишки или восходящую кишку с участком подвздошной. По их мнению, преимуществами толстокишечной пластики пищевода являются: достаточная длина трансплантата, хорошее кровоснабжение, отсутствие избыточных петель.

За прототип выбран способ пластики пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми структурами пищевода (Черноусов А.Ф., Андрианов В.А., Чернооков А.И., Черноусов Ф.А., Ларионов А. А. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми структурами пищевода // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 50-54), который осуществляют при невозможности использования для этой цели желудка в связи с его обширным послеожоговым поражением, язвенной болезнью, вследствие выполненной ранее резекции желудка.

Недостатками толстокишечной пластики являются: нефизиологичность пассажа пищи, морфо- и функциональные различия тканей пищевода и трансплантата, большая вероятность тромбоза питающих сосудов толстой кишки и высокая частота несостоятельности анастомозов, частое пептическое поражение трансплантата, обусловленное забросом агрессивного желудочного сока.

Задачей изобретения является повышение эффективности способа пластики пищевода у больных с ранее субтотально резецированным дистальным отделом желудка.

Поставленная задача решается в способе пластики пищевода резецированным желудком у больных после субтотальной дистальной резекции. Используется оставшаяся часть желудка с имеющимся вариантом анастомоза (гастродуоденальный, гастроэнтероанастомозы), питающаяся за счет селезеночной артерии (*a. lienalis*) в комплексе с селезенкой, телом и хвостом поджелудочной железы.

Сущность способа заключается в использовании ранее резецированного желудка (после дистальной субтотальной резекции) и верхнегоризонтального колена 12-перстной кишки в качестве трансплантата с питающей селезеночной артерией и перемещение его вместе с селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы в правую плевральную полость и поворотом на 180°, формировании морфо- и функционально адекватного эзофагогастроанастомоза в куполе плевральной полости справа после удаления пораженного внутригрудного и брюшного отделов пищевода.

Способ включает 2 этапа, иллюстрируется фигурами 1,2.

Первый этап операции: подготовка трансплантата. Выполняют верхнесрединную лапаротомию, мобилизуют острый путем ранее резецированного желудок вместе с верхнегоризонтальным коленом 12-перстной кишки с ранее наложенным анастомозом, селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы с сохранением селезеночной артерии и вены. Сосуды желудка: правая желудочная и правая желудочно-сальниковая артерии ранее были перевязаны и пересечены после дистальной субтотальной резекции. Левая желудочная артерия перевязывается и пересекается для лучшей мобильности трансплантата. Производится частичная сагиттальная фронтотомия и резекция правых ножек диафрагмы с мобилизацией нижнегрудного отдела пищевода. Устанавливаются дренажные трубки в правые и левые боковые каналы брюшной полости, в ложе мобилизованных органов. Лапаротомная рана ушивается.

Вторым этапом операции выполняют боковую торакотомию справа по 5 межреберью в положении больного на левом боку. Мобилизуют внутригрудную пораженную часть пищевода с перевязкой и пересечением непарной вены. Перемещают в правую плевральную полость желудочно-дуоденальный трансплантат с селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы с поворотом на 180°. При этом питающей артерией служит *a. lienalis*. Удаляется пораженная часть пище-

вода. Гастро-дуоденальный трансплантат укладывают в ложе пищевода, а селезенку, хвост и тело поджелудочной железы в косто-вертебральное пространство. Формируют эзофагогастроанастомоз в куполе плевральной полости двухрядными кулисными швами. Дренируют плевральную полость. Накладывают послойные швы на рану.

Пример. Больная Пологовская Т.Н., 1973 г.р. Клинический диагноз: Ожоговая стриктура пищевода. Состояние после субтотальной дистальной резекции желудка (2001 г.) по поводу язвенной болезни и двухкратной гастростомии (2003, 2004 гг.).

Поступила с жалобами на дисфагию IV степени, похудание на 25 кг, общую слабость.

Из анамнеза: больной себя считает с 2003г., когда получила ожог уксусной эссенцией. Лечилась в отделении токсикологии ГКБ №4, затем в Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗ КР) проводилось многократно бужирование, без эффекта. В связи с дисфагией в НГ МЗ КР в 2003 г. произведена гастростомия по Кадеру для питания. В 2004 г. после очередного бужирования проходимость пищевода частично была восстановлена и гастростома была удалена. Однако, в связи с появлением вновь дисфагии, повторно была наложена гастростома по Кадеру с последующим многократным бужированием. Наблюдался кратковременный эффект.

В анамнезе жизни – в 2001г. по поводу язвенной болезни произведена операция субтотальная дистальная резекция желудка по Бильрот – I.

В связи с отсутствием эффекта от бужирования и развитием полной дисфагии больная неоднократно обращалась в лечебные учреждения городов Бишкек, Астана, Алма-Ата. Из-за высокого риска, обусловленного обширным поражением пищевода, деформацией оставшейся части желудка вследствие резекции, ожога слизистой и двух гастростом по Кадеру, выраженных спаек вследствие трех лапаротомий, ожога и ранее перенесенной субтотальной резекции желудка (перевязаны и пересечены правые сосуды желудка) в пластической операции было отказано. Больная самостоятельно обратилась в Национальный центр онкологии МЗ КР.

При обследовании: на рентгенограмме пищевода – контраст проходит до уровня ТН –3, далее до желудка имеется сужение протяженностью 15 см с нитевидным просветом. Рентгенологическое исследование было выполнено сразу после очередного бужирования. Заключение: Ожоговая стриктура пищевода.

02.11.2006 г. произведена операция – резекция пищевода с пластикой перемещенным в правую плевральную полость комплексом оставшейся проксимальной части желудка с гастроуденальным анастомозом и верхнегоризонтальным коленом 12-перстной кишки, селезенкой, телом и хвостом поджелудочной железы, питание которых обеспечивалось селезеночными сосудами.

Первым этапом операции выполнена срединная лапаротомия, мобилизация оперированного желудка вместе с верхнегоризонтальным коленом 12-перстной кишки с сохранением анастомоза, селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы с сохранением селезеночной артерии. Правая желудочная и правая желудочно-сальниковая артерии были ранее перевязаны и пересечены при субтотальной дистальной резекции желудка по Бильрот – I. Левая желудочная артерия перевязана и пересечена для мобильности трансплантата. Гастростомическое отверстие ушито двухрядными швами.

Вторым этапом операции выполнили правостороннюю боковую торакотомию по 5 межреберью. Мобилизация и резекция внутригрудной части пищевода после перевязки, пересечения непарной вены и перемещения в правую плевральную полость гастро-дуоденального трансплантата вместе с селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы с поворотом на 180°. Формирование эзофагогастроанастомоза в куполе правой плевральной полости. Дренирование плевральной полости и ушивание раны.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Рана зажила первичным наружением. При контрольном рентгенологическом исследовании контраст свободно проходит через эзофагогастроанастомоз. Селезенка, хвост и тело поджелудочной железы и верхнегоризонтальное колено 12-перстной кишки расположены в правой плевральной полости. Дренирование плевральной полости и ушивание раны.

Предлагаемый способ пластики пищевода оперированным желудком (после субтотальной дистальной резекции) с питающей селезеночной артерией служит методом выбора:

– при ожоговой стриктуре средне- и нижнегрудного отдела пищевода;

– при раке средне- и нижнегрудного отдела пищевода;

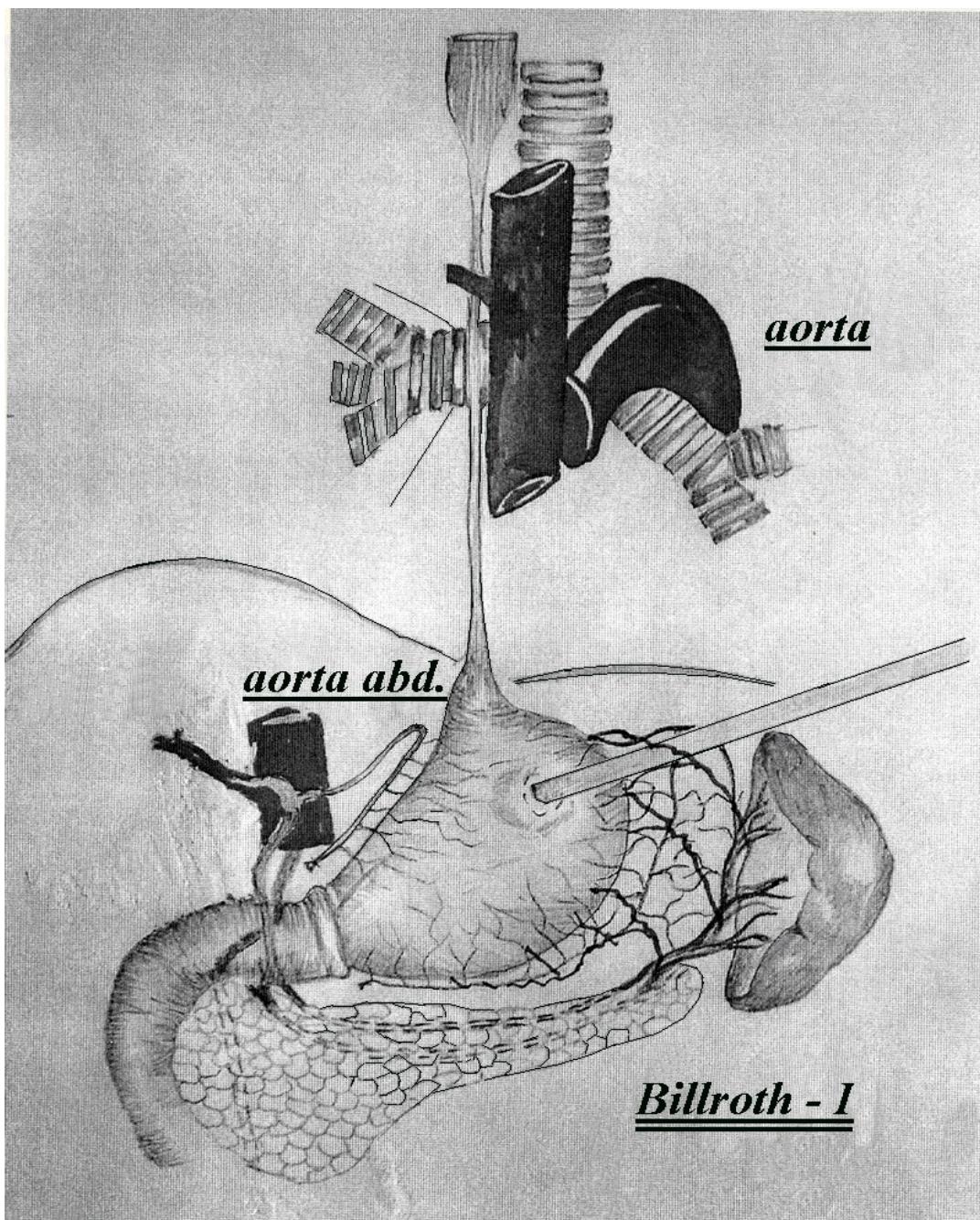
– при сочетании язвенной болезни желудка (локализации язвы в антравальном отделе) с ожоговой стриктурой или раком пищевода.

Преимуществами предлагаемого способа являются: морфо- и функциональное обеспечение физиологичности расположения органов и пищеварения, отсутствие пептического раздражения, адекватная длина трансплантата и полноценное кровоснабжение за счет селезеночной артерии с минимизацией риска развития несостоительности анастомоза.

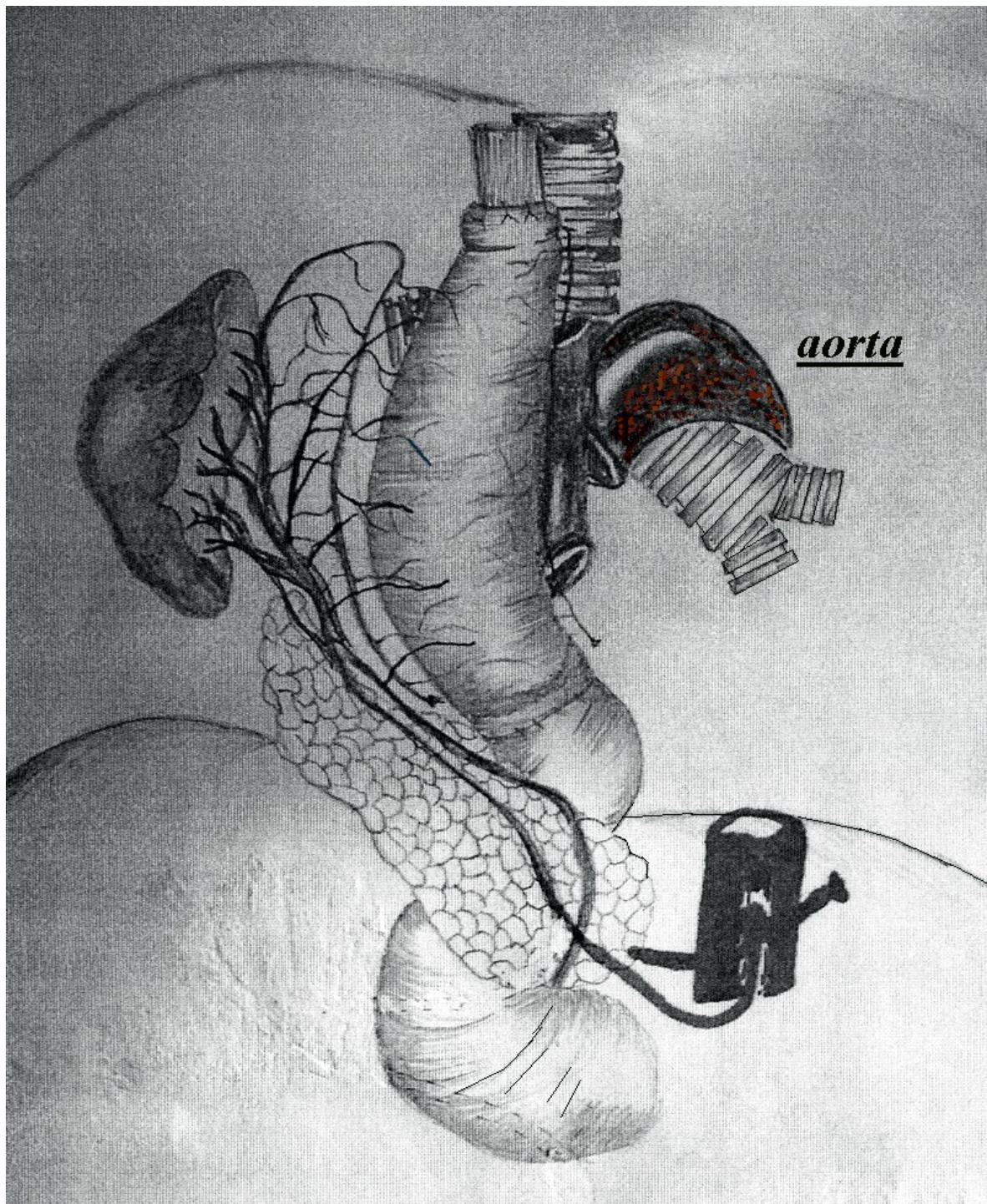
Формула изобретения

Способ пластики пищевода резецированным желудком, включающий мобилизацию и резекцию внутригрудной части пищевода после перевязки и пересечения непарной вены, формирование эзофагогастроанастомоза в куполе правой плевральной полости, дренирование и ушивание раны, отличающийся тем, что в качестве трансплантата используют ранее субтотально резецированный желудок вместе с питающей селезеночной артерией, который перемещают с поворотом на 180° вместе с верхнегоризонтальным коленом 12-перстной кишки с гастродуоденальным анастомозом, селезенкой, хвостом и телом поджелудочной железы в правую плевральную полость.

До операции



После операции



Фиг. 2

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Торобекова М.А.
Чекиров А.Ч.

