



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **278**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0900330
(22) 30.06.2009
(46) Бюл.56 (4), 2009
(71) Юлдошев Р. З.(ТJ); Зикрходжаев Д.З(ТJ);
Рахматов М.Т.(ТJ).
(72) Юлдошев Р. З.(ТJ); Зикрходжаев Д.З(ТJ);
Рахматов М.Т.(ТJ).
(73) Юлдошев Р. З.(ТJ); Зикрходжаев Д.З(ТJ);
Рахматов М.Т.(ТJ).
(54) **СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-
ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА**
(56) Пути улучшения результатов хирургического
лечения рака проксимального отдела желудка.
М.И. Давыдов [и др.] \ \ Российский онкологиче-
ский журнал.-1996. № 1.-ст. 287-292.
(57) Изобретение относится к медицине, в частно-
сти к онкологической хирургии и предназначено

2

для использования в процессе оперативных вме-
шательств к больным, страдающим новообразова-
ниями пищевода и желудка.

Способ включает абдоминальный и торакаль-
ный этапы. До формирования анастомоза накла-
дывают периферические швы, формируют перед-
нюю стенку анастомоза узловыми швами и прове-
ряют герметичность анастомоза. Формируют по-
следний ряд анастомоза, на правую полуокруж-
ность передней стенки желудка накладывают се-
розно-мышечный шов, переходящий на правую
полуокружность пищевода. Аналогично восста-
навливают левую половину пищевода, затягивают
шов сначала справа, затем слева и тем самым ли-
нию швов дистальной части верхней трети пище-
вода погружают в желудок, чем создают дополни-
тельный защитный каркас.

3

278

4

Изобретение относится к медицине, в частно-
сти к онкологической хирургии и предназначено

для использования в процессе оперативных вмешательств к больным, страдающим новообразованиями пищевода и желудка.

Рак пищевода в настоящее время занимает пятое ранговое место в структуре онкологической заболеваемости, имеется тенденция к росту. Ежегодно в Республике Таджикистан выявляется около 450 новых случаев рака пищевода различной локализации. Соотношение мужчин и женщин, страдающих этой патологией составляет 2:1. Пик заболеваемости приходится на возрастную категорию 55-65 лет. В связи с новыми достижениями онкохирургии, анестезиологии и реаниматологии, данная патология успешно лечится хирургическим методом, который занимает лидирующее место среди имеющихся в арсенале онкологии методов.

На сегодняшний день имеется множество методов формирования пищеводно-желудочного анастомоза, имеющие такие недостатки как то, что количество анастомозитов составляет 20-25%, несостоятельность пищеводно-желудочных анастомозов достигает 15-18%, стриктура анастомоза имеет место в 10-12% случаев и т.д.

Наиболее близким (Давыдов М.И. Пути улучшения результатов хирургического лечения рака проксимального отдела желудка /М.И. Давыдов [и др.] // Российский онкологический журнал. – 1996. - № 1. – С. 287-292.) по своей сущности является способ, включающий абдоминальный и торакальный этапы. Абдоминальный этап включает: мобилизацию желудка по большой и малой кривизне с сохранением правого желудочного сальника и правой желудочной артерии; резекцию большого сальника с сохранением желудочного сегмента, где проходят желудочно-сальниковые сосуды; круротомию; мобилизацию 12-ти перстной кишки по латеральному и медиальному краю; сагиттальную диафрагмотомию на участке 4-5 см; мобилизуют абдоминальный отрезок пищевода; обрабатывают пищеводно-диафрагмальные связки; ревизию, гемостаз и дренирование брюшной полости. Торакальный этап включает: торакотомию справа по V межреберью; мобилизацию и пересечение *vena azogus*; мобилизацию средней и нижней третей пищевода с параэзофагальной лимфодиссекцией; иссечение пищевода на границе верхней и средней третей; перепозировку желудка в торакальную полость; гастротомию для наложения анастомоза; формирование пищеводно-желудочного анастомоза узловыми швами.

К недостаткам можно отнести следующее:

- количество анастомозитов составляет 20-25%;
- несостоятельность пищеводно-желудочных анастомозов достигает 15-18%;
- стриктура анастомоза имеет место в 10-12% случаев.

Целью изобретения является внедрение нового метода восстановления пищеводно-желудочного тракта после резекции пищевода по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей.

Для обеспечения хорошего результата хирургического лечения рака пищевода необходима соответствующая предоперационная подготовка, которая включает в себя четкое определение проксимальных и дистальных границ опухоли, протяженность пораженного опухолью отдела пищевода, форма роста опухоли. Кроме этого, больному необходимо проведение бронхоскопии, эндоскопического исследования. Необходимо предпринять меры для нормализации показателей коагулограммы, биохимического состава крови.

Перечень графических изображений:

Фигура 1 - Субтотальная проксимальная резекция желудка с резекцией нижней трети пищевода;

Фигура 2 - Формирование желудочной культи и начальный момент наложения анастомоза с пищеводом.

Фигура 3 - Второй этап ручного формирования пищеводно-желудочного анастомоза

Фигура 4 - Третий этап ручного формирования пищеводно-желудочного анастомоза

Фигура 5 - Четвертый этап ручного формирования пищеводно-желудочного анастомоза и формирование дополнительного каркаса для анастомоза

Фигура 6 - Схема анастомоза в сагиттальном разрезе.

Фигура 7 - Окончательный вид пищеводно-желудочного анастомоза (эзофагогастроанастомоза).

Операция выполняется в два этапа:

1. Абдоминальный

После установления наличия операбельной опухоли пищевода, проводится соответствующая предоперационная подготовка. Операция начинается с мобилизации желудка по большой и малой кривизне с сохранением правого желудочного сальника и правой желудочной артерии. Резецируется большой сальник с сохранением желудочного сегмента, где проходят желудочно-сальниковые сосуды. После завершения мобилизации выполняется круротомия справа для обеспечения подвижности желудочного стебля. Дистально 12-перстная кишка мобилизуется по латеральному и медиальному краю. Выполняется сагиттальная диафрагмотомия на участке 4-5 см. Мобилизуется абдоминальный отрезок пищевода, обрабатываются пищеводно-диафрагмальные связки. Производится ревизия, гемостаз и дренирование брюшной полости.

2. Торакальный этап

Торакотомия справа по V межреберью. Мобилизация и пересечение *vena azogus*

Мобилизация средней и нижней трети пищевода с параэзофагальной лимфодиссекцией. Иссечение пищевода на границе верхней и средней третей. Перепозировка желудка в торакальную полость. Проверка на жизнеспособность желудка (цвет серозного покрова желудка, пульсация сосудов, наличие перистальтики). На кардиальный отдел желудка накладывается аппарат УКЛ-60, линия танталовых швов укрывается узловыми капроновыми швами. На расстоянии 3 см от линии швов выполняется гастротомия (вскрывается просвет желудка), формируется первый слой анастомоза между передней стенкой желудка и задней стенкой верхней трети пищевода. Количество узлов – до 4. Формируется второй ряд пищеводно-желудочного анастомоза узловыми швами. С целью профилактики сужения анастомоза сначала накладываются периферические швы. Далее формируется передняя стенка анастомоза узловыми швами. Для проверки герметичности анастомоза используется следующая методика:

- на желудок на 3 см ниже анастомоза накладывается кишечный зажим
- через пищеводный зонд вводится 10 мл бриллиантового зеленого
- определяется наличие участков разгерметизации анастомоза.

Формирование последнего ряда анастомоза. На правую полуокружность передней стенки желудка накладывается серозно-мышечный шов, который переходит на правую полуокружность

пищевода. Таким же образом восстанавливается левая половина. Затягиваются шов сначала справа, затем слева, таким образом, линия швов, дистальная часть верхней трети пищевода погружается в желудок, чем создается дополнительный защитный каркас для анастомоза (Фиг.1-7).

Отличительными чертами заявленного способа являются:

- до формирования анастомоза сначала накладываются периферические швы с целью натяжения для профилактики сужения анастомоза;
- после формирования анастомоза на правую полуокружность передней стенки желудка накладывается серозно-мышечный шов с переходом на правую полуокружность пищевода. Таким же образом погружается левая половина линии швов, которые затягиваются сначала справа, затем слева и линия швов дистальной части пищевода погружается в желудок, чем создается дополнительный защитный каркас для анастомоза.

Пример:

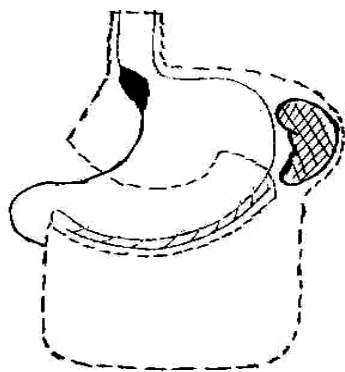
Больная Х., 56 лет, поступила с диагнозом: Рак средней трети пищевода. Диагноз установлен эндоскопически, морфологически, рентгенологически, протяженность процесса – 9 см. после соответствующей предоперационной подготовки выполнена операция Люиса - субтотальная резекция пищевода с применением вышеизложенного способа анастомозирования. Полученные результаты – удовлетворительные.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

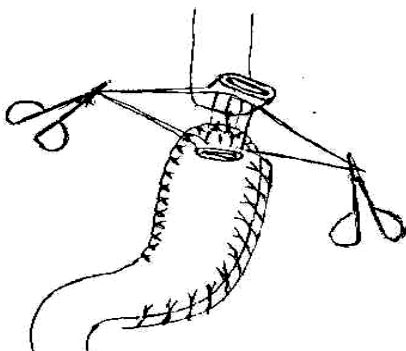
Способ формирования пищеводно-желудочного анастомоза, включающий абдоминальный этап, при котором мобилизуют желудок, резецируют большой сальник с сохранением желудочного сегмента, выполняют круротомию сплава, дистально мобилизуют 12 – перстную кишку по латеральному и медиальному краю, выполняют сагиттальную диафрагмотомию на участке 4-5 см, мобилизуют адоминальный отрезок пищевода, обрабатывают пищеводно – диафрагмальные связки, производят ревизию, гемостоза и дренирование брюшной полости, и торакальный этап, при котором проводят торакотомия сплава по V межреберью, мобилизуют и пересекают vena azogus, среднюю и нижнюю трети пищевода с параэзофагальной лимфодиссекцией, иссекают пищевод на границе верхней и средней третей, перепозируют желудок в торакальную полость, проверяют жизнеспособность желудка, формируют первый слой анастомоза между перед

ней стенкой желудка и задней стенкой верхней трети пищевода, формируют второй ряд пищеводно-желудочного анастомоза, **отличающийся тем, что** на кардиальный отдел желудка накладывают аппарат УКЛ-60, линии танталовых швов укрывают капроновыми швами, на расстоянии 3 см от линии швов выполняют гастротомию (вскрываются просвет желудка), до формирования анастомоза накладывают периферические швы, формируют переднюю анастомоза узловыми швами, проверяют герметичность анастомоза, формируют последний ряд анастомоза, на правую полуокружность пищевода передней стенки желудка накладывают серозно – мышечный шов, переходящий на правую полуокружность пищевода, аналогично восстанавливают левую половину пищевода, затягивают шов сначала справа, затем с лева и тем самым линию швов дистальной части верхней трети пищевода погружают в желудок, чем создают дополнительный защитный каркас.

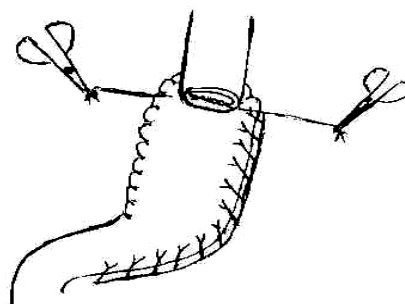
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА



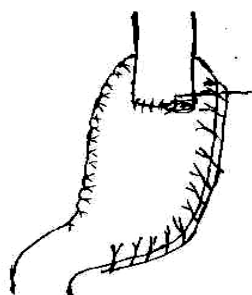
Фиг. 1



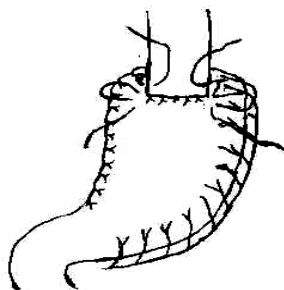
Фиг. 2



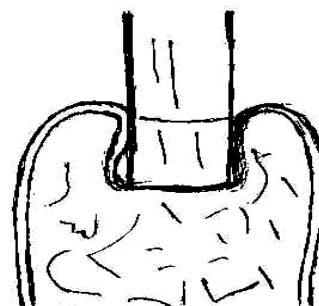
Фиг. 3



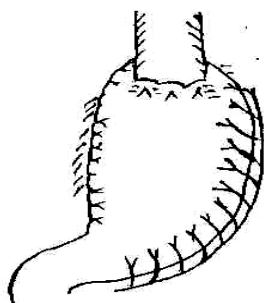
Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ

734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.