



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40964 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ЛАРИНГОСТОМИ

(21) 2000127095

(22) 11.12.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Кізім Володимир Валентинович

(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб пластики ларингостоми, що містить у собі використання місцевих шкірних шматків, який **відрізняється** тим, що для заміщення дефекту гортані і розширення її просвіту використовується частково демінералізований кістковий алотрансплантат, заздалегідь вживлений у безпосередній близькості від краю ларингостоми.

Винахід відноситься до медицини, а саме до клінічної медицини і може бути використаний в оториноларингології, онкології, комбустіології, пластичній хірургії.

Відомий спосіб пластики ларингостоми з використанням шкірно-марлекс-фасціального шматка на живильній ніжці приготовленого заздалегідь шляхом вживлення імплантату в тканини шиї, в безпосередній близькості до дефекту гортані (В.Г.Зенгер, 1967) (прототип).

Відомий спосіб заміщення дефектів хрящової і кісткової тканин з використанням частково демінералізованого кісткового алотрансплантата (ЧДКА). При цьому ЧДКА служить матриксом, що в подальшому успішно проростає навколишньою сполучною тканиною (А.К.Покотилієнко і співавт., 1994).

Однак за даними літератури (Юнина А.І., 1972) і власними спостереженнями (В.В.Кізім, В.В.Толчинський, 2000) використання синтетичних матеріалів при великих дефектах гортані не завжди можливо, нерідко ускладнюється нагноєнням і відторгненням трансплантата.

Перевага способу, що заявляється, полягає в тому, що пластина частково демінералізованого кісткового алотрансплантата, котра заздалегідь розміщується в тканинах пацієнта в безпосередній близькості до дефекту гортані добре приживається і частково заміщується тканинами пацієнта та служить каркасом для реконструйованої гортані.

В основу винаходу поставлена задача створення способу пластики великих дефектів гортані з використанням алотрансплантатів, яка досягається тим, що алотрансплантат заздалегідь вживлюється в тканини шиї пацієнта в безпосередній близькості до дефекту гортані, що дозволяє надалі використовувати оточений м'якими тканинами

пацієнта трансплантат для пластики ларингостоми.

Спосіб виконується таким чином: під час видалення ураженої пухлиною частини гортані разом із фрагментом щитовидного хряща і формування ларингостоми в безпосередній близькості (1-1.5 см) від краю ларингостоми в підшкірному шарі формується тунель, у який уводиться заздалегідь підготовлена пластина частково демінералізованого кісткового алотрансплантата. При цьому розміри пластини співпадають з розмірами дефекту щитовидного хряща, що утворився, товщина пластини складає 0.2-0.4 см. Після приживлення трансплантата в тканинах пацієнта (через 1.5-2 місяці після резекції гортані) виконується другий етап пластики ларингостоми: формується шкірно-фасціальний шматок на живильній ніжці разом із трансплантатом, що прижився. Шматок розвертається шкірою усередину і підшивається до протилежного краю ларингостоми таким чином, щоб алотрансплантат «уклинювався» у дефект щитовидного хряща. Шкірна рана ушивається з використанням переміщеного шкірного шматка на живильній ніжці, виділеного на протилежній стороні ларингостоми. У такий спосіб дефект гортані (ларингостома) ушивається двома рядами шкірних шматків, між якими як каркас розташовується пластина частково демінералізованого кісткового алотрансплантата.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворого П., 44 років, госпіталізовано у ЛОР-клініку з діагнозом рак гортані, III стадія (голосова щілина, підголосова порожнина) (Т3N0M0). Після обстеження і гістологічної верифікації діагнозу хворому виконана фронто-латеральна субтотальна резекція гортані праворуч, сформована ларингостома. Під час формування ларингостоми уздовж її

лівого краю в підшкірному шарі сформовано тунель, у який уведена пластина частково демінералізованого кісткового алотрансплантата, що має розміри відповідні дефекту щитовидного хряща (2 x 2.5 x 0.3 см). У ранньому післяопераційному періоді хворий одержував антибактеріальну, десенсибілізуючу та загальозміцнювальну терапію. В подальшому пацієнту проведено курс післяопераційної променевої терапії.

Через два місяці після закінчення променевої терапії хворого знову госпіталізовано у ЛОР-клініку для другого етапу пластики ларингостоми. Об'єктивно: на передній поверхні шиї в проекції щитовидного хряща мається ларингостома розмірами 3.5 x 2 см. У лівого краю ларингостоми пальпується подовжньої форми трансплантат, який обмежено зміщується разом зі шкірою. Слизова оболонка гортані чиста, на границі шкіри і слизової оболонки гортані незначно виражені рубцеві зміни.

В операційній під місцевою інфільтраційною анестезією розчином новокаїну 1 % -40 мл зроблено напівмісячної форми розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини від верхнього кута ларингостоми по зовнішньому краю трансплантата до нижнього кута ларингостоми. Отсепаровано шкірно-фасціальний шматок утримуючий трансплантат. Другий розріз шкіри і підшкірно-жирової клітковини зроблено праворуч від верхнього до нижнього кутів ларингостоми по границі шкіри і слизової оболонки ларингостоми. Лівий шматок, що містить трансплантат, розгорнуто шкірою усередину і підшито до внутрішнього листка слизової оболонки гортані праворуч. При цьому трансплантат «укли-

нено» у дефект щитовидного хряща і фіксовано лігатурами. Дефект шкіри, що утворився, ліквідовано з використанням язикоподібного переміщеного шкірного шматка на живильній ніжці, сформовано на бічній поверхні шиї праворуч.

У післяопераційному періоді хворий одержував антибактеріальну, десенсибілізуючу, дегідратаційну та загальнозміцнювальну терапію. Щодня проводились перев'язки рани. Рана загоїлась первинним натягом. На час виписки: дихання через природні шляхи вільне, голос звучний, ковтання не порушене. При подальшому спостереженні в плинні 2-х років відторгнення чи інших реакцій з боку трансплантата не спостерігалось, рецидиву і метастазування не виявлено.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Зенгер В.Г. Применение некоторых аллопластических материалов для замещения ларинготрахеальных дефектов. Дисс. канд. М., 1967.
2. Кизим В.В., Толчинский В.В. Использование частично деминерализованного костного аллотрансплантата в реконструкции гортани // Матеріали ІХ з'їзду оториноларингологів України. - Київ.- 2000.-С.70.
3. Покотиленко А.К., Горбачевский В.Н., Олуде О.А. Экспериментальное и морфологическое обоснование применения деминерализованных костных аллотрансплантатов для пластики наружного носа // Журн.ушных, носовых и горловых болезней.- 1994.-№3.- С.14-19.
4. Юнина А.И. Травмы органов шеи и их осложнения.-М., Медицина.-1973.-206с.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
