



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56493 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/11 (2011.01)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАХЕОСТРАВОХІДНОЇ НОРИЦІ

1

(21) u2010111623  
(22) 30.09.2010  
(24) 10.01.2011  
(46) 10.01.2011, Бюл.№ 1, 2011 р.  
(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, ДУБРОВІН ОЛЕКСАНДР ГЛІБОВИЧ, ПРИТУЛА ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, РУДЕНКО ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ, МЕТЛЕНКО ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ДЖАБАРИН КАЙС ЗУХРИ АБДУЛЛА  
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
(57) Спосіб хірургічного лікування трахеостравохідної нориці, що включає мобілізацію трахеї, стра-

2

воходу та норицевого ходу, відсічення стравоходу від трахеї зі збереженням стінок норицевого ходу, розсічення бокової стінки нориці, ушивання дефекту трахеї і стравоходу та пластику задньої стінки трахеї, який **відрізняється** тим, що після мобілізації нориці норицевий хід розсікають поздовжньо з утворенням півциліндрів, видаляють один з півциліндрів та слизову оболонку іншого, а пластику мембранозної стінки трахеї проводять за рахунок збереженого демокузованого півциліндра норицевого ходу.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до торакальної хірургії, і призначена для хірургічного лікування трахеостравохідної нориці під час корекції норицевих форм атрезії стравоходу та ізолюваної трахеостравохідної нориці.

Для лікування трахеостравохідної нориці використовують хірургічні та консервативні методи. Після корекції вроджених трахеостравохідних нориць (атрезія стравоходу, ізолювана трахеостравохідна та рецидивна нориця) частота рецидивів становить близько 5% [1]. Це пов'язано з анатомічними особливостями вад, технічними помилками накладання анастомозу, неадекватним шовним матеріалом, інфікуванням та запаленням в зоні втручання. Для запобігання рецидивам при хірургічному лікуванні трахеостравохідних нориць застосовують методи інтерпозиції між лініями швів, розмежування ліній швів суміжними тканинами, зміну хірургічного доступу до рецидивної нориці та навіть пластику стравоходу товстокишковим трансплантатом [1, 2].

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування набуті трахеостравохідної нориці, [3], що включає мобілізацію органів, розсічення тканин та усунення дефекту з наступним накладанням швів, який характеризується тим, що проводять мобілізацію трахеї, надсікають бокову стінку нориці та відсікають стравохід від трахеї зі збереженням стінок

норицевого ходу, слизовий шар стравоходу ушивають поздовжньо, м'язовий - укріплюють клаптом на ніжці, а збереженими стінками трахеостравохідної нориці виконують пластику задньої стінки трахеї шляхом їх поздовжнього ушивання.

Негативними сторонами такого способу є необхідність викручування м'язового клаптя на судинній ніжці, що ускладнює операцію, а збереження слизової оболонки нориці є передумовою рецидиву нориці.

Корисна модель, що заявляється, вирішує задачу спрощення оперативного втручання та попередження рецидиву трахеостравохідної нориці після хірургічної корекції.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі буде полягати у зниженні частоти післяопераційних ускладнень, зокрема рецидиву трахеостравохідної нориці.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі хірургічного лікування набуті трахеостравохідної нориці, що включає мобілізацію трахеї, стравоходу та норицевого ходу, відсічення стравоходу від трахеї зі збереженням стінок норицевого ходу, розсічення бокової стінки нориці, ушивання дефекту трахеї і стравоходу та пластику задньої стінки трахеї згідно корисної моделі, після мобілізації нориці норицевий хід розсікають поздовжньо з утворенням півциліндрів, видаляють один з півциліндрів та слизову оболонку іншого, а пласт-

(13) U

(11) 56493

(19) UA

тику мембранозної стінки трахеї проводять за рахунок збереженого демукозованого півциліндру норицевого ходу.

Відмінними ознаками корисної моделі є те, що циліндр норицевого ходу розсікають поздовжньо, видаляють його частинну у вигляді півциліндра, видаляють слизову оболонку іншого півциліндра, ушивають дефект трахеї та проводять пластику її мембранозної стінки збереженими стінками нориці без слизової оболонки з поздовжнім її підшиванням. Для цього після виділення норицевого ходу відсікають його від стравоходу, видаляють пів циліндр нориці та слизову оболонку іншого півциліндра, дефект стравоходу ушивають двошрядним швом, ушивають дефект задньої стінки трахеї окремими швами, після чого лінію швів укріплюють збереженою демукозованою стінкою нориці.

Саме ці технічні особливості сприяють розділенню ліній швів на стравоході та трахеї зі зменшенням частоти післяопераційних ускладнень, в тому числі і повторних рецидивів трахеостравохідних нориць. За доступними літературними даними такий спосіб корекції трахеостравохідної нориці невідомий.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Мобілізують ділянку стравоходу в зоні нориці, виділяють норицевий хід між трахеєю та стравоходом з накладанням швів-утримувачів на стравохідний та трахеальний полюси нориці. Норицевий хід відсікають від стравоходу, дефект в стінці якого ушивають дворядним швом. Норицевий хід розсікають поздовжньо по протилежним стінкам таким чином, щоб утворились два клапти у вигляді півциліндрів, після чого один з них (нижній) видаляють, а інший (верхній) демукозують. Дефект стінки трахеї ушивають П-подібними швами (полідіоксанон 5/0, 4/0), а потім укріплюють демукозованим клаптом стінки нориці.

Описана пластика мембранозної стінки трахеї дозволяє розділити лінії швів на стінках трахеї та стравоходу, укріпити стінку трахеї. Це в подальшому дозволяє уникнути рецидивування трахеостравохідної нориці та запобігти проявам трахеомалії. Клінічний приклад.

Пацієнтка В. віком 7 років була госпіталізована до клініки зі скаргами на неможливість харчування через рот, кашель при ковтанні їжі, часті загострення пневмонії. Дитина була оперована в періоді новонародженості за місцем проживання з приводу атрезії стравоходу з дистальною трахеостравохідною норицею. Післяопераційний період ускладнився неспроможністю анастомозу стравоходу. Гастростому було закрито в 2 місяці. Дитина постійно хворіла на бронхіт, відмічено часті рецидиви пневмонії. У віці 4 роки діагностовано мішкоподібні

бронхоектази в нижній частці правої легені. При обстеженні в 7 років було встановлено діагноз: VATER-асоціація, стан після корекції атрезії стравоходу з дистальною трахеостравохідною норицею. Реканалізація трахеостравохідної нориці, локальна трахеомалія III ст., аспіраційна пневмонія, двобічні бронхоектази, шлунково-стравохідний рефлюкс, ДН II. Декстрокардія, правобічна дуга аорти. Перехресна дистонія нирок. Було прийняте рішення про етапне хірургічне лікування. Першим етапом проведено операцію (18.02.2010) фундоплікацію за Ніссеном, гастростомію за Кадером. Дитину було повністю переведено на харчування через гастростому. Наступним етапом через 3 місяці було проведено радикальну корекцію рецидивної трахеостравохідної нориці (операція 26.05.2010) за описаною методикою. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Контрольні обстеження (езофагографія, трахеобронхоскопія) підтвердили відсутність трахеостравохідної нориці. 16.06.2010 дитину було виписано додому в задовільному стані на повному пероральному харчуванні.

При контрольному огляді через 2 місяці у пацієнта скарг немає, харчується в повному обсязі через рот, загострень бронхіту не було, кашлю немає.

В клініках кафедри дитячої хірургії НМУ ім. О.О. Богомольця проведено 4 операції за способом, що заявляється. Отримано добрий функціональний результат у безпосередньому та віддаленому періоді після операції.

Таким чином, при ліквідації трахеостравохідної нориці з пластикою мембранозної стінки трахеї демукозованою збереженою стінкою нориці відбувається розділення ліній швів на стравоході та трахеї, укріплюється мембранозна стінка трахеї, що створює умови для попередження рецидиву трахеостравохідної нориці та усунення проявів трахеомалії. Це дозволяє провести радикальну корекцію трахеостравохідної нориці з одночасною корекцією локальної трахеомалії.

Джерела інформації:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб.: Хардфорд, 1996. -Т.1.-384с.

2. Диагностика и лечение стеноза пищевода у детей / Д.Ю. Кривченя, А.Г. Дубровин, С.А. Андреев - К.: Лига-Информ, 2008. - 182с.

3. Пат. 9532 Україна, МПК А61В17/22, А61В17/04. Процес хірургічного лікування набуті трахеостравохідної нориці: Пат.9532 Україна, МПК А61В17/22, А61В17/04 / М.М. Багіров, О.В. Сейковський; Верещако Р.І. - №20041109023; Заявл. 04.11.2004; Опубл. 17.10.2005, Бюл. №10.