



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61842

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ СТРАВОХОДУ ПРИ РУБЦЕВОМУ СТЕНОЗІ

1

2

(21) 2003076768

(22) 18 07 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Багров Мамед Мансурович, Верещако Роман Іванович

(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П. Л. ШУПИКА МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, Багров Мамед Мансурович, Верещако Роман Іванович

(57) Спосіб пластики стравоходу при рубцевому стенозі, що передбачає місцеву пластику стравоходу в зоні верхнього стенозу і наступну шунтуючу

товстокишкову езофагопластику, який відрізняється тим, що місцеву пластику стравоходу в зоні верхнього стенозу здійснюють шляхом резекції стравоходу в зоні верхнього стенозу, висічення рубцево змінених слизової і підслизової оболонок, відновлення цілісності стравоходу шляхом накладання швів на слизову, підслизову і м'язову оболонки, після цього проводять загруднинну шунтуючу товстокишкову езофагопластику з накладанням анастомозу між товстокишковим трансплантатом і незміненим стравоходом над зоною початку нижнього рубцевого стенозу за типом "кінець у бік"

Винахід відноситься до медицини, а саме до способів лікування травного тракту і може бути використаний при хірургічному лікуванні подвійного рубцевого стенозу стравоходу, коли має місце верхній стеноз на рівні плоточно-стравохідного переходу і нижній стеноз на рівні верхньогрудного відділу стравоходу, при цьому між стенозами стравохід не уражений

Відомий спосіб пластики стравоходу при рубцевому стенозі (див. Э. Н. Ванцян, Р. А. Тоцаков «Лечение ожогов и Рубцовых сужений пищевода» Москва. Издательство «Медицина» - 1971 - С. 93-101), який передбачає тотальну шунтуючу товстокишкову езофагопластику, яку здійснюють з плоточно-кишковим анастомозом на шиї

Недоліком такого способу є те, що при його реалізації при наявності подвійного стенозу незмінений практично здоровий стравохід, що знаходиться між стенозами, не зберігається, що може спричинити ускладнення у віддаленому післяопераційному періоді, крім того при проведенні езофагопластики з плоточно-кишковим анастомозом на шиї необхідно створювати більш довгий товстокишковий трансплантат, що може призвести до його некрозу в зоні плоточно-кишкового анастомозу

В основу винаходу покладено завдання такого удосконалення способу пластики стравоходу при рубцевому стенозі, при якому за рахунок накладання анастомозу між товстокишковим трансплантатом і незміненим стравоходом над зоною початку нижнього рубцевого стенозу забезпечується

збереження незміненого стравоходу між стенозами, що дуже важливо у віддаленому післяопераційному періоді для нормальної функції знову створеного стравоходу, використання для створення штучного сегмента стравоходу більш короткого товстокишкового трансплантата, що значно знижує ризик некрозу трансплантату в зоні стравохідно-кишкового анастомозу

Означене завдання вирішується завдяки тому, що у способі пластики стравоходу при рубцевому стенозі, який передбачає місцеву пластику стравоходу в зоні верхнього стенозу і наступну шунтуючу товстокишкову езофагопластику, згідно винаходу місцеву пластику стравоходу в зоні верхнього стенозу здійснюють шляхом резекції стравоходу в зоні верхнього стенозу, висічення рубцево змінених слизової і підслизової оболонок, відновлення цілісності стравоходу накладанням швів на слизову, підслизову і м'язову оболонки, після цього проводять шунтуючу загруднинну товстокишкову езофагопластику з накладанням анастомозу між товстокишковим трансплантатом і незміненим стравоходом над зоною початку нижнього рубцевого стенозу за типом "кінець у бік"

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляється і медичним результатом, який досягається при її реалізації, полягає у наступному

У зв'язку з тим, що при реалізації пропонованого способу зберігається незмінений стравохід між стенозами, у віддаленому післяопераційному періоді функції знову створеного стравоходу по-

(19) UA (11) 61842 (13) A

рушуються незначно, використання для створення штучного сегмента стравоходу більш короткого товстокишкового трансплантату значно знижує ризик некрозу трансплантату в зоні стравохідно-кишкового анастомозу

Суть винаходу пояснюється малюнками, на яких представлена послідовна схема реалізації способу сегментарної пластики стравоходу, де на фіг 1 зображено зону верхнього і нижнього стенозів стравоходу 1, 2, відповідно, з неушкодженою ділянкою між ними і лінію поздовжнього розсічення у зоні верхнього стенозу 3, на фіг 2 - місцева пластика стравоходу у зоні верхнього стенозу 4, на фіг 3 - відновлений сегмент стравоходу у зоні верхнього стенозу 5, анастомоз стравоходу і товстокишкового трансплантату "бік в кінець" 6, товстокишковий трансплантат - 7

Приклад конкретної реалізації пропонованого способу

Хвора С., 63 років, надійшла у клініку 2 02 1989р, і/х 64. Скарги на порушення прохідності стравоходу, проходить тільки рідина. Діагноз: післяопіковий рубцевий стеноз глотково-стравохідного переходу і верхньогрудного відділу стравоходу. При рентгеновському дослідженні стравоходу виявлений подвійний стеноз стравоходу: верхній стеноз на рівні шостого шийного хребця довжиною 1см і нижній рубцевий стеноз, який починається на рівні другого грудного хребця і продовжується до шлунка. Між першим і другим звуженнями просвіт стравоходу не змінений. Бу-

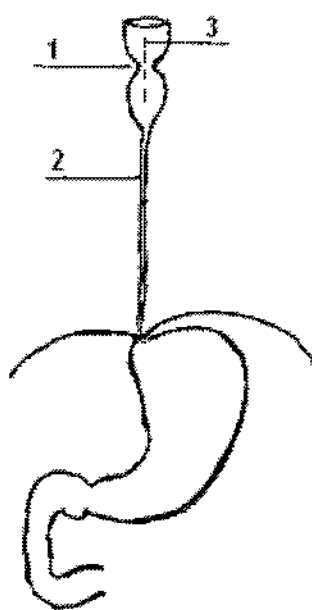
жування стравоходу здійснити було неможливо. Виконано операцію на першому етапі - цервікотомія ліворуч за Розумовським, місцева пластика стравоходу в зоні верхнього стенозу: виділено бічну стінку стравоходу в зоні глотково-стравохідного переходу. Зона звуження розсічена подовжньо, висічена циркулярно рубцево змінена слизова і підслизова оболонки стравоходу, накладено циркулярний шов на слизову і підслизову оболонки і поперечний ряд швів на розсічену м'язову оболонку, на другому етапі - загруднинна шунтуюча товстокишкова езофагопластика: верхньосерединна лапаротомія

а) викроювання товстокишкового трансплантата, накладання анастомозу дистальної частини трансплантата зі шлунком, проведення проксимальної частини трансплантата загруднинно на шию. Ушивання рани передньої черевної стінки,

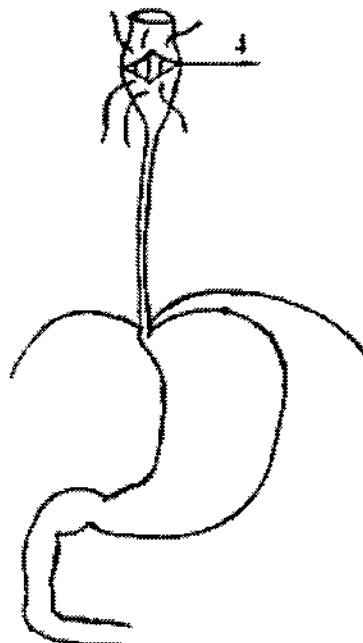
б) мобілізація бокової стінки стравоходу над нижнім звуженням. Накладення анастомозу проксимальної частини трансплантата і незміненої частини стравоходу за типом «кінець у бік». Ушивання рани шиї.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. При обстеженні через 3 і 6 місяців прохідність реконструйованого стравоходу гарна.

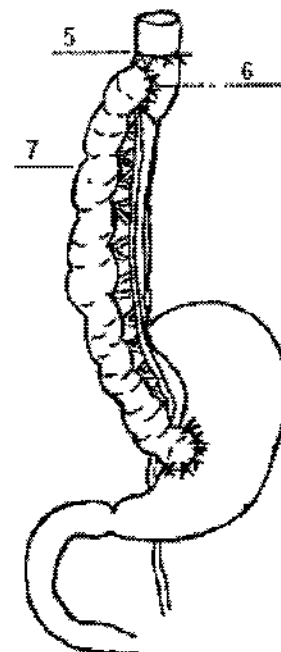
За пропонованим способом оперативні втручання проводились неодноразово. Їх результати дозволяють рекомендувати цей метод до впровадження в спеціалізованих клініках.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3