



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61844 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ СЕГМЕНТАРНОЇ ПЛАСТИКИ СТРАВОХОДУ

1

2

(21) 2003076770

(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 сегментарної пластики стравоходу, що передбачає розтинання стінки ураженого стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу, висічення ураженої ділянки з наступним накладанням ана-

стомозу "кінець в кінець", який відрізняється тим, що розтинання стінки ураженого стравоходу здійснюють шляхом подовжнього розсічення стінки стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу, як уражені ділянки висікають циркулярно лише рубцево змінену слизову і підслизову оболонки стравоходу, не зачіпаючи незмінену м'язову оболонку, а зшивання розсічених частин стравоходу між собою виконують шляхом накладання циркулярного вузлового шва на слизову і підслизову оболонки з підхоплюванням в шов нерозсіченої м'язової оболонки і вузлового шва в поперечному напрямку - на подовжньо розсічену стінку стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу

Винахід відноситься до медицини, а саме до способів лікування травного тракту і може бути використаний при хірургічному лікуванні рубцевого стенозу стравоходу, викликаного термічними або хімічними опіками

Термін сегментарна пластика стравоходу з'явився в літературі ще в 1962р., коли Г. Є. Островров і Р. А. Тоцаков визначили ім. заміщення обмеженої ділянки середнього грудного відділу стравоходу коротким відрізком тонкої кишки із збереженням і включенням у функцію неуражених верхнього і нижнього відділу стравоходу і кардії. Трохи пізніше цей термін В. І. Попов і В. І. Філін використали при описі методу заміщення коротким відрізком кишки шийного відділу стравоходу. Таким чином цей термін було віднесено саме до цих двох видів езофагопластики (Див. Ванцянін Е. Н., Тоцаков Р. А. "Лечение ожогов и рубцовых сужений пищевода" М., 1971р., - С. 170)

Відомий найбільш близький за своєю суттю до винаходу спосіб сегментарної пластики стравоходу, який передбачає розтинання (шляхом циркулярного розсічення) стінки ураженого стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу, висічення ураженої ділянки (слизової, підслизової, м'язової оболонок) з наступним зшиванням розсічених частин стравоходу між собою - циркулярна резекція стравоходу у зоні стенозу з анастомозом "кінець в кінець" (див. Черноусов А. Ф., Богопольский П. М.,

Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода // Руководство для врачей - 2000 - С. 56-58)

При такому способі при розтинанні стінки ураженого стравоходу розсікається м'язова оболонка, внаслідок чого суттєво порушується кровопостачання зони анастомозу і по лінії шва - натяг тканин стравоходу. Це може призвести до несталості швів анастомозу і розвитку медіастиніту, а в кінцевому рахунку - до ускладнень в післяопераційному періоді

В основу винаходу покладено завдання такого удосконалення способу сегментарної пластики стравоходу, при якому за рахунок того, що незмінена м'язова оболонка не зачіпається при розсіканні, досягається збереження кровообігу зони анастомозу і значне зменшення натягу тканин стравоходу

Означене завдання вирішується завдяки тому, що у способі сегментарної пластики стравоходу, який передбачає розтинання стінки ураженого стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу, висічення ураженої ділянки з наступним зшиванням кінців стравоходу між собою, згідно винаходу розтинання стінки ураженого стравоходу здійснюють шляхом подовжнього розсічення стінки стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу, як уражені ділянки висікають циркулярно лише рубцево змінену слизову і підслизову оболонки стравоходу, не зачіпаючи незмінену м'язову оболонку, а зши-

(13) A

(11) 61844

(19) UA

вання розсічених частин стравоходу між собою виконують шляхом накладання циркулярного вузлового шва на слизову і підслизову оболонки з підхоплюванням в шов нерозсіченої м'язової оболонки і вузлового шва - в поперечному напрямку на подовжньо розсічену стінку стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу

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

У зв'язку з тим, що при подовжньому розсіченні стінки стравоходу в зоні короткого стенозу циркулярне вискаються рубцево змінні слизова і підслизова оболонки, а здорова м'язова оболонка стінки стравоходу залишається недоторканою і далі накладається циркулярний вузловий шов на слизову і підслизову оболонки з підхоплюванням у шов нерозсіченої м'язової оболонки і шов на раніше розсічену м'язову оболонку стравоходу в поперечному напрямку усовується рубцевий стеноз після висічення змінених слизової і підслизової оболонок, зберігається кровопостачання зони анастомозу, зменшується натяг по лінії шва

Суть винаходу пояснюється малюнками, на яких представлена послідовна схема реалізації способу сегментарної пластики стравоходу, де на фіг 1 зображено зону короткого рубцевого стенозу стравоходу 1, зону звуження змінених слизової і підслизової оболонок 2, лінію подовжнього розсічення стінки стравоходу в місці короткого рубцевого стенозу 3, на фіг 2 - розведені стінки стравоходу у зоні розсічення 4, зону циркулярне висічених слизової і підслизової оболонок 5, на фіг 3 - шов на слизовій і підслизовій оболонках 6, поперечний шов 7 на попередньо подовжньо розсіченій стінці стравоходу

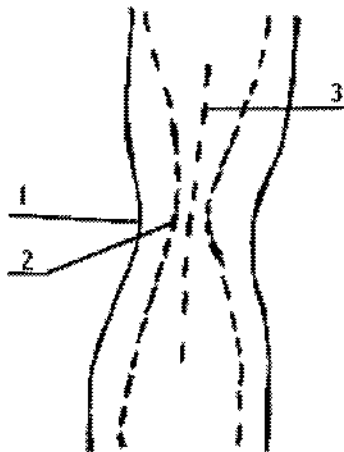
Приклад конкретної реалізації способу сегментарної пластики стравоходу

У Київську клінічну лікарню №17 поступив 10.01.2003р. хворий 3, 31 рік, вік 59. Діагноз післяоперативний стеноз середньогрудного відділу стравоходу

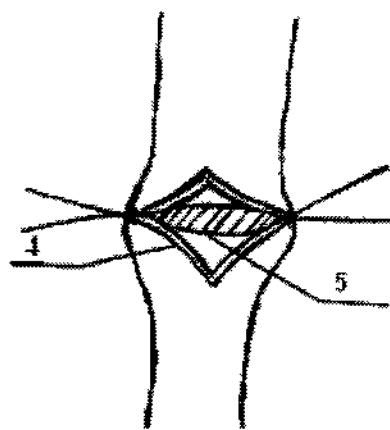
При рентгенівському дослідженні стравоходу виявлений сегментарний стеноз стравоходу на рівні шостого грудного хребця довжиною 1,5см. При ендоскопічному дослідженні стравоходу на 30см від передніх верхніх різців виявлене звуження стравоходу діаметром 0,5см. Спроба піднаркозного бужування стравоходу виявилась марною. Виконано операцію задньо-бокова торакотомія праворуч по п'ятому міжребер'ю. Мобілізовано сегмент стравоходу нижче біфуркації трахеї. Подовжньо розсічена стінка стравоходу в зоні короткого рубцевого стенозу (м'язова оболонка стравоходу) протягом 3см. Циркулярно висічені тільки слизова і підслизова оболонки стравоходу, що рубцево змінні, не зачіпаючи незмінну м'язову оболонку. Зшивання розсічених частин стравоходу між собою шляхом накладання циркулярного вузлового шва на слизову і підслизову оболонки з підхоплюванням у шов нерозсіченої м'язової оболонки стравоходу і вузлового шва в поперечному напрямку на попередньо подовжньо розсічену стінку стравоходу у зоні короткого стенозу.

У післяопераційному періоді ускладнень не було. При обстеженні через 3 місяці проходність стравоходу задовільна.

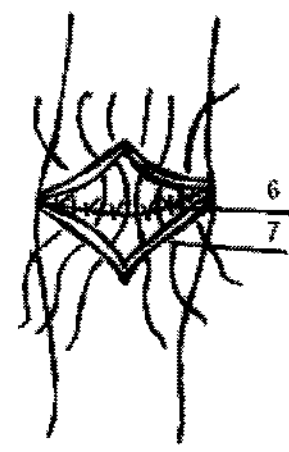
За пропонованим способом оперативні втручання проводились неодноразово. Їх результати дозволяють рекомендувати цей метод до впровадження в спеціалізованих клініках.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3