



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54461 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ СЕГМЕНТАРНОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ ЕЗОФАГОПЛАСТИКИ

1

2

(21) u201005482

(22) 05.05.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл. № 21, 2010 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВА
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕ-
СЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКО-
ЛАЙОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"(57) 1. Спосіб сегментарної тонкокишкової езофа-
гопластики, що включає викроювання тонкокишко-

вого трансплантата на судинній живильній ніжці і формування верхнього глотково/(стравохідно)-тонкокишкового і нижнього тонкокишкового-стравохідного анастомозів, який **відрізняється** тим, що попередньо підготовляють судинний трансплантат і формують судинні вставки необхідної довжини в середні товстокишкові артерію та вену.

2. Спосіб сегментарної тонкокишкової езофагопластики за п. 1, який **відрізняється** тим, що судинний трансплантат виготовляють аутовенозним із великої підшкірної вени стегна.

Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології і може бути використана для сегментарної пластики шийної частини стравоходу при оперативному втручанні по поводу раку стравоходу.

Відомий спосіб сегментарної пластики шийної частини стравоходу відділком тонкої кишки по Seidenberg (1959), що описаний в книзі А.А. Шалимова, В.Ф. Саенко «Хирургия пищеварительного тракта» (див. К. - Здоровье. - 1987. - с. 115. - абз. 2). Він включає ларингектомію і шийну езофагектомію, викроювання трансплантата у вигляді вільного відділка тонкої кишки і відновлення дефекту між глоткою і стравоходом з формуванням стравохідно-кишкових анастомозів. Також формують судинні анастомози між радіарною брижовою і лівою нижньою щитоподібною артеріями, а також між радіарною брижовою і лівою загальною лицьовою венами.

До недоліків описаного способу слід віднести довгострокове порушення кровопостачання вільного трансплантата (до 60-70 хвилин), що веде в наступному до неспроможності стравохідно-кишкового анастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб, який запропоновано В.И. Поповим і В.И. Филиним (1936 г.) та описаний в книзі А.А. Шалимова, В.Ф. Саенко «Хирургия пищеварительного тракта» (див. К. - Здоровье. - 1987. - с. 115. - абз. 1). Він включає викроювання тонкокишкового трансплантата із

сегменту клубової кишки на довгій судинній живильній ніжці із середньої товстокишкової артерії і формування верхнього глотково/стравохідно-тонкокишкового і нижнього тонкокишкового-стравохідного анастомозів. (В залежності від рівня резекції стравоходу формують глотково-тонкокишковий або стравохідно-тонкокишковий анастомоз). Викроювання тонкокишкового трансплантата здійснюється наступним чином. Мобілізують праву половину ободової кишки та ілеоцекальний кут шляхом пересікання прямих судин, які спрямовані до товстої кишки. Перев'язують біля вустя клубово-ободової і праву ободову артерію. Праву половину ободової кишки, яка залишена без кровопостачання, видаляють, накладають ілео-трансверзоанастомоз. Після пересікання однієї-двох кінцевих радіарних артерій мобілізують сегмент клубової кишки. Мобілізований тонкокишковий трансплантат на судинній ніжці із середньої товстокишкової артерії підшкірно проводять на шию і формують верхній і нижній анастомози.

Викроювання тонкокишкового трансплантата дозволяє попередити довгострокову ішемію трансплантата і наступну неспроможність стравохідно-кишкових анастомозів.

Але шийна езофагопластика клубовою кишкою неможлива при короткій брижі товстої кишки, а також при коротких середніх товстокишкових судинах, тобто при неможливості сформувати достатньо довгу живильну ніжку для кишкового трансплантата.

(19) UA (11) 54461 (13) U

В основу корисної моделі поставлене завдання створення способу, який дозволяє здійснити шийну езофагопластику при короткій брижі і коротких середніх товстокишкових судинах, виключивши при цьому довгострокову ішемію трансплантата в процесі операції шляхом попереднього подовження живильної ніжки трансплантата, який формується.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі сегментарної тонкокишкової езофагопластики, який включає викроювання тонкокишкового трансплантата на судинній живильній ніжці і формування верхнього глотково/(стравохідно)-тонкокишкового і нижнього тонкокишкового-стравохідного анастомозів, згідно з корисною моделлю, попередньо підготовлюють судинний трансплантат і формують судинні вставки необхідної довжини в середній товстокишковій артерії та вену.

Доцільно судинний трансплантат виготовляти аутовенозним із великої підшкірної вени стегна.

Вшивання вставок в судини, які живлять тонкокишковий трансплантат (середні товстокишкові), дозволяє сформувати живильну ніжку будь-якої необхідної довжини за рахунок обрання довжини вставок. Вставки можуть виконуватися як синтетичними, так і аутовенозними, що розширює галузь застосування способу.

Крім цього, оскільки подовження судинної ніжки відбувається на початковому етапі операції, в процесі формування судинної ніжки зберігаються інші судини і кровопостачання кишкового трансплантата, що підготовлюється. Останнє виключає ішемію трансплантата і в наступному попереджує неспроможність анастомозів.

Більш того, якщо з'являються сумніви в надійності кровопостачання кишкового трансплантата, на цьому етапі операцію можна призупинити на строк адаптації сегмента кишки до нових умов кровопостачання (10-15 діб) і продовжити після того, як адаптація відбудеться.

Викроювання аутовенозного судинного трансплантата із великої підшкірної вени стегна дозволяє для трансплантата взяти судину необхідного діаметра і не побільшує тяжкість операції.

Заявнику невідоме використання судинних вставок в позицію середніх товстокишкових судин з метою подовження судинної живильної ніжки тонкокишкового трансплантата, який використовується для сегментарної шийної езофагопластики.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому відображений кінцевий вигляд травного тракту після операції. Здійснена пластика стравоходу сегментом кишковику на живильній судинній ніжці 1, а також сформовані верхній глотково/(стравохідно)-тонкокишковий і нижній тонкокишково-стравохідний анастомози 2, 3, відповідно. Сформовані також судинні вставки 4, 5, відповідно, в середні товстокишкові артерії та вену 7.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

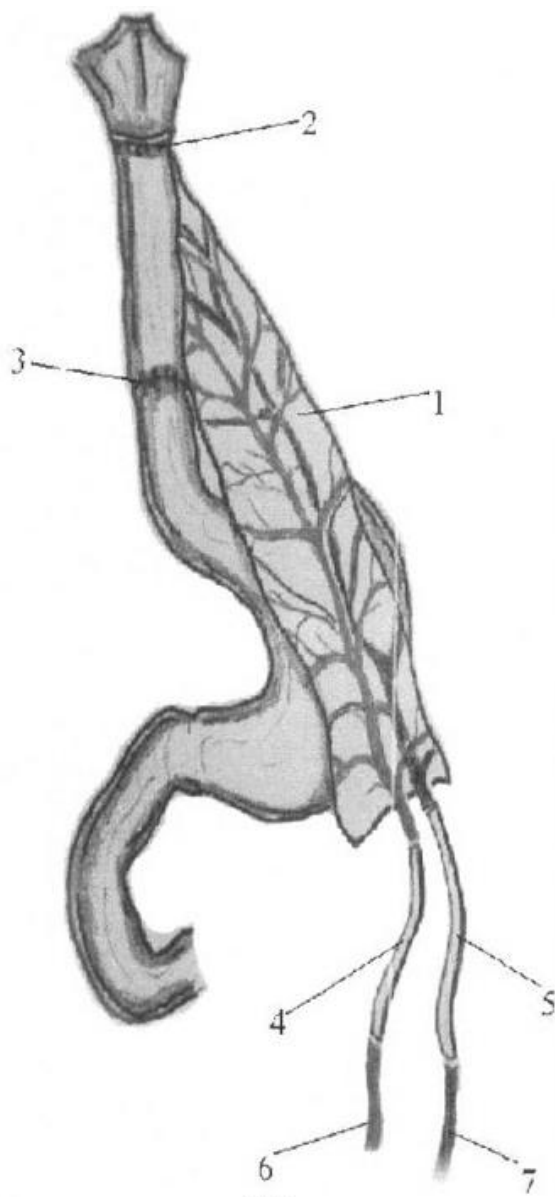
Клінічний приклад.

Хворий Ф., 63 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі за грудиною, дисфагію, нудоту, слабкість, похудіння на 5 кг за 2-3 місяці. Вважає себе хворим на протязі останніх 3 місяців. В анамнезі резекція двох третин шлунку з приводу виразкової хвороби. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина шийного відділу стравоходу з переходом на верхньогрудний відділ стравоходу, просвіт стравоходу звужений. За даними комп'ютерної томографії та УЗД діагноз підтверджено. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Патогістологічний висновок: плоскоклітинний рак стравоходу. Хворий оперований в плановому порядку. Із шийного доступу виконана ревізія: виявлена пухлина шийного відділу стравоходу з розповсюдженням на його верхньогрудний відділ розміром 6×5×2 см; пророщення в сусідні органи не спостерігається. Виконана правобічна торакотомія у V міжребер'ї з наступною резекцією шийного та верхньогрудного відділів стравоходу із комбінованого доступу. На етапі відновлення безперервності травного тракту виконана лапаротомія. Була виявлена коротка брижа товстої кишки з короткими середніми товстокишковими судинами. Враховуючи неможливість використання шлунка для пластики стравоходу, виконана сегментарна тонкокишкова пластика шийного та верхньогрудного відділів стравоходу з використанням сегменту клубової кишки на судинній ніжці із середніх товстокишкових судин. З метою отримання судинної ніжки необхідної довжини попередньо була виконана венектомія великої підшкірної вени правого стегна та отриманий при цьому аутовенозний трансплантат використаний як аутовенозні судинні вставки до середніх товстокишкових артерій та вени.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 21 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 3 місяці після операції у хворого скарги на помірну дисфагію. При рентгенологічному дослідженні виявлено звуження верхнього стравохідно-тонкокишкового анастомозу. За даними ендоскопічного дослідження, УЗД та комп'ютерної томографії ознак рецидиву захворювання не виявлено, ознак порушення кровопостачання трансплантата не виявлено. Виконана балонна дилатація зони анастомозу. У задовільному стані хворий виписаний додому.

Таким чином, зазначене рішення дозволяє відновити безперервність стравоходу при короткій брижі і коротких середніх товстокишкових судинах шляхом шийної езофагопластики, виключивши при цьому довгострокову ішемію трансплантата в процесі операції.



Фіг.