



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57827 (13) U
(51) МПК (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 РЕКОНСТРУКЦІЇ ОРОФАРИНГЕОЗОФАГЕАЛЬНОЇ ЗОНИ ТОВСТОКИШКОВИМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ

1

(21) u201010942

(22) 13.09.2010

(24) 10.03.2011

(46) 10.03.2011, Бюл.№ 5, 2011 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, КРАВЕЦЬ
ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ПЛАХОТНІЙ ІГОР ВО-
ЛОДИМИРОВИЧ, ПРОШАК ОЛЕКСАНДР МИКО-
ЛАЙОВИЧ

2

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

(57) Спосіб реконструкції орофарингезофагеальної зони товстокишковим аутоотрансплантатом, що включає аутоотрансплантацію комплексів тканин для пластики, який **відрізняється** тим, що тканину з подібною гістологічною структурою для заміщення дефекту отримують в донорській ділянці попереочно-ободової кишки пацієнта.

Заявка належить до галузі медицини, а саме, до онкології, і може бути використана в хірургічному лікуванні хворих на місцевопоширений рак орофарингеальної ділянки.

Використання донорських тканин, близьких за гістологічною структурою до реципієнтних є перспективним напрямком у вирішенні багатьох питань реконструктивно-відновної хірургії дефектів орофарингезофагеальної зони [1].

Реконструкція дефектів орофарингезофагеальної ділянки філатовським стеблом малоефективна, тому в останні роки для пластики використовують різні шкірно-м'язові клапти. Добрі пластичні можливості шкірно-м'язових клаптів, технічна простота втручання, незначний травматизм, адекватний рівень кровопостачання зробили їх основними в реконструктивній хірургії орофарингезофагеальної зони [2]. Разом з тим, використання пластичного матеріалу з тканин, які включають шкіру, часто приводить до утворення нориць, рубцевої деформації орофарингезофагеальної зони [3].

За прототип обрано спосіб реконструкції дефектів орофарингезофагеальної зони шкірно-м'язовим клаптем великого грудного м'язу (Пачес А.И. Опухоли головы и шеи /А.И. Пачес. - М.: «Медицина», 2000. - 479с), який полягає в відновленні порожнини рота, глотки, шийного відділу стравоходу шляхом транспозиції шкірно-м'язового клаптя з включенням великого грудного м'язу.

Позитивним у прототипі є те, що реконструкція дефектів орофарингезофагеальної зони шкірно-м'язовим клаптем великого грудного м'язу проводиться в один пластичний етап.

Недоліками прототипу є використання пластичного матеріалу з покривних тканин, які включають

шкіру, що сприяє виникненню рубцевої деформації орофарингезофагеальної зони.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити спосіб реконструкції орофарингезофагеальної зони товстокишковим аутоотрансплантатом шляхом мікрохірургічної аутоотрансплантації товстокишкового клаптя, що дасть можливість використати однорідний пластичний матеріал та уникнути рубцевої деформації відновленого органу. Поставлена задача виконується таким чином:

На першому етапі лікування проводять видавлення пухлини орофарингеальної зони та оцінюють дефект порожнини рота, гортаноглотки, шийного відділу стравоходу. Далі виконують верхню серединну лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, під час якої уточнюють архітектоніку судин брижі товстої кишки.

Мобілізацію трансплантату починають з кореня брижі, розсікають вісцеральну очереувину над серединними товстокишковими артерією та веною. Обережними рухами розсувають жирову клітковину і беруть на трималки серединну товстокишкову артерію та вену. Потім піднімають попереково-ободову кишку на світло і оглядають хід судин. В відповідності до судинної сітки вибирають сегмент кишки. Попереково-ободову кишку пересікають по визначеним межах довжиною 15-20 см, що відповідає судинній сітці. Далі пересічений фрагмент мобілізують по брижі на рівні судинної аркади.

Після повної мобілізації сегменту попереково-ободової кишки вікно в брижі ушивають окремими швами, а резековані фрагменти кишки анастомозують «кінець в кінець». На останньому етапі пересікають судинну ніжку трансплантату, при цьому проксимальний відрізок судин прошивають і зав'я-

(13) U
(11) 57827
(19) UA

зують, а на дистальний накладають судинні кліпси. Аутотрансплантат переносять в ділянку дефекту на шиї. Черевну порожнину пошарово ушивають, дренують.

Мікросудинні анастомози накладають між середньою товстокишковою артерією і веною та попередньо підготовленими реципієнтними судинами шиї. Товстокишковий аутотрансплантат розсікають по протибрижовому краю, ушивають в дефект шийного відділу стравоходу, гортаноглотки, порожнини рота однорядним неперервним швом. Тканини шиї пошарово ушивають та активно дренують.

Прикладами реалізації заявленого способу є випадки з двох історій хвороб.

1. Хворий Б-й., 54 роки, (історія хвороби №3968/09), поступив у відділення пухлин голови та шиї Черкаського обласного онкологічного диспансеру із скаргами на болі в горлі, порушення ковтання, хриплість голосу. При огляді виявляють тотальне інфільтративне ураження язика із звирозкучуванням в ділянці кореня на всьому протязі, з переходом на крилощелепову ділянку, бічну стінку ротоглотки ліворуч. При ларингофарингоскопії виявляють тотальне ураження лівого грушоподібного синуса, вестибулярного відділу гортані, нерухомість лівої половини гортані. Діагноз: рак язика з розповсюдженням на ротогортаноглотку T4N1M0 кл. гр. 2, продовження захворювання після курсу променевої терапії СВД 52 Гр. Патгістологічне дослідження № 9610-9613 від 09.06.09.: плоскоклітинний зрігований рак.

Пацієнту проводять операцію - глосектомія з резекцією дна порожнини рота, ротоглотки, нижньої щелепи ліворуч, ларингектомія з субтотальною резекцією гортаноглотки, футлярно-фасціальне висічення клітковини шиї ліворуч. Сформувався комбінований дефект орофарингоезофагеальної зони (Фіг. 1).

Реконструкцію дефекту виконують із застосуванням мікрохірургічної аутотрансплантації вільного товстокишкового клаптя. Проводять верхньосерединну лапаротомію. Виділяють та готують до резекції ділянку попереково-ободової кишки 18 см., в зоні живлення серединної товстокишкової артерії і вени (Фіг. 2).

Живлячі судини та трансплантат відсікають, передають в зону дефекту голови (Фіг. 3). Накладають трансверзо-трансверзо анастомоз двохранним швом. Дренують та пошарово ушивають черевну порожнину.

Трансплантат промивають гепаринізованим фізіологічним розчином для вимивання крові та тромбогенних попередників. Попередньо на шиї підготовлені реципієнтні судини: зовнішня сонна артерія, верхня 4 щитоподібна артерія, внутрішня яремна вена. Накладають мікро судинні анастомози по типу «кінець в кінець» між серединною товстокишковою артерією і верхньою щитоподібною артерією, та «кінець в бік» між внутрішньою яремною веною і серединною товстокишковою веною. Після контролю прохідності мікросудинних анастомозів, аутотрансплантат ушивають до країв дефекту стравоходу, гортаноглотки та порожнини рота (Фіг. 4).

Післяопераційний період протікав без ускладнень, назогастральний зонд знято на 10 добу, відмічають повне приживлення клаптя (Фіг. 5).

Отримано добрий функціональний і косметичний результат пластики. Хворий харчується через рот, виражена деформація обличчя відсутня (Фіг. 6).

2. Хворий Б-в, 58 років. Історія хвороби № 7542/08. Поступив у відділення пухлин голови та шиї Черкаського обласного онкологічного диспансеру із скаргами на біль при ковтанні, утруднене дихання, наявність збільшеного шийного лімфовузла. При огляді виявляють пухлинний процес, з локалізацією в ділянці лівого грушоподібного синуса, розповсюдженням на всі відділи гортані, корінь язика, рухому частину язика, бічну стінку ротоглотки. Обидві половини гортані нерухомі. Діагноз: рак гортаноглотки, метастаз в лімфовузлах шиї T4N1M0. ПГД № 3038 від 24.12.2008 р. - плоскоклітинний рак із схильністю до зріговіння

Хворому проводять операцію - ларингектомію із субтотальною резекцією гортаноглотки, резекцією ротоглотки, порожнини рота та футлярно-фасціальним висіканням клітковини шиї ліворуч. Одномоментно проводять реконструкцію дефекту глотки з використанням мікрохірургічної аутотрансплантації товстокишкового клаптя.

Виконують верхню серединну лапаротомію. Виділяють та готують до резекції ділянку попереково-ободової кишки 20 см., в зоні живлення серединної товстокишкової артерії і вени.

Живлячі судини та трансплантат відсікають, передають в зону дефекту голови. Накладають трансверзо-трансверзо анастомоз двохранним швом. Дренують та пошарово ушивають черевну порожнину.

Трансплантат промивають гепаринізованим фізіологічним розчином для вимивання крові та тромбогенних попередників. Попередньо на шиї підготовлені реципієнтні судини: зовнішня сонна артерія, верхня щитоподібна артерія, внутрішня яремна вена. Накладають мікросудинні анастомози по типу «кінець в кінець» між серединною товстокишковою артерією і верхньою щитоподібною артерією, та «кінець в бік» між внутрішньою яремною веною і серединною товстокишковою веною. Після контролю прохідності мікросудинних анастомозів, аутотрансплантат ушивають до країв дефекту стравоходу, гортаноглотки та порожнини рота.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, назогастральний зонд знято на 14 добу, відмічають повне приживлення клаптя.

Отримано добрий функціональний і косметичний результат пластики. Хворий харчується через рот, виражена деформація обличчя відсутня.

Тривалість динамічного спостереження - 9 та 14 місяців відповідно, без ознак рецидиву захворювання.

За заявленою методикою проліковано 5 хворих.

Застосування даного способу дає можливість в один пластичний етап відновити дефект орофарингоезофагеальної зони використовуючи донорські тканини, близькі за гістологічною структурою

до реципієнтів, які мають в своєму складі слизову оболонку.

Пояснення до графічних матеріалів корисної моделі:

Фіг. 1 - Фото дефекту орофарингоезофагеальної зони

Фіг. 2 - Товстокишковий аутотрансплантат, вигляд в операційній рані до пересікання серединної товстокишкової артерії та вени.

Фіг. 3 - Фото товстокишкового аутотрансплантату з пересіченою судинною ніжкою

Фіг. 4 - Фото операційної рани на етапі реконструкції дефекту орофарингоезофагеальної зони

Фіг. 5 - Товстокишковий аутотрансплантат в порожнині рота через 1 місяць після оперативного лікування.

Фіг. 6 - Зовнішній вигляд хворого через 1 місяць після завершення реконструктивно-

відновного лікування.

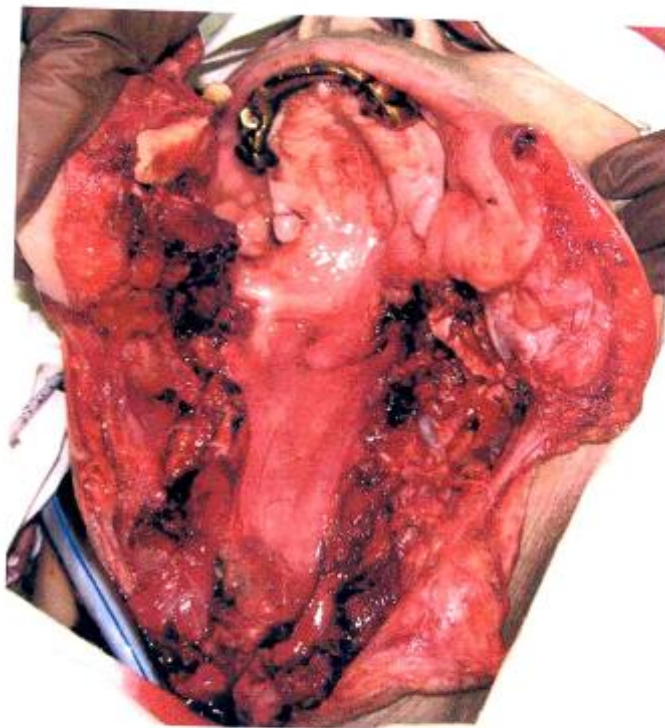
Джерела інформації

1. Решетов И.В. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии / И.В. Решетов, В.И. Чиссов. - М.: ООО РИФ «Стройматериалы», 2001. - 200с.

2. Spriano G. Hypopharyngeal reconstruction using pectoralis major myocutaneous flap and prevertebral fascia / G. Spriano, R. Piantanida, R. Rellini // Laryngoscope. - 2001. - V. III, №3. - P.544-547.

3. Chu P.Y. Reconstruction of circumferential pharyngoesophageal defects with laryngotracheal flap and pectoralis major myocutaneous flap / P.Y. Chu, S.Y. Chang // Head Neck. - 2002. - V.24, №10. - P. 933-939.

4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. - М.: «Медицина», 2000. - 479с. (прототип).



Фіг. 1



Fig. 2



Fig. 3

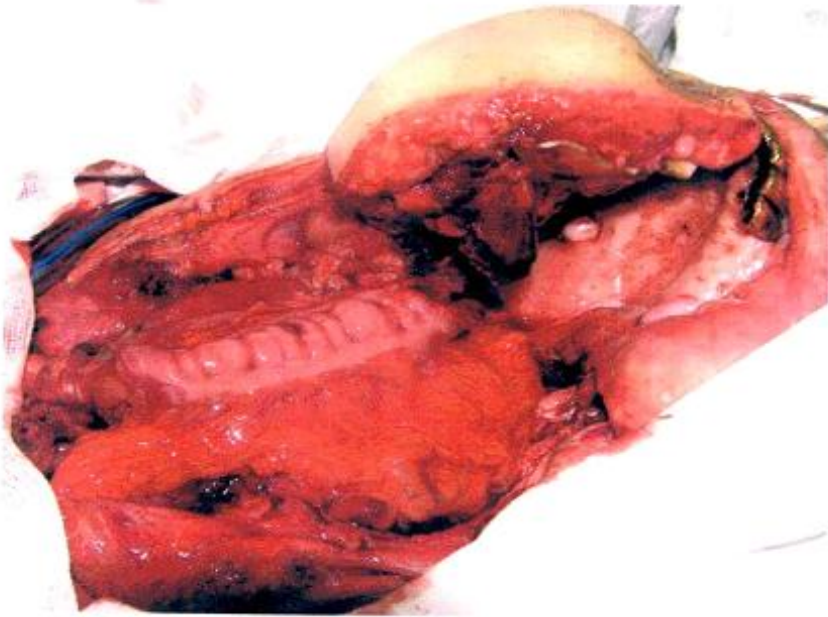
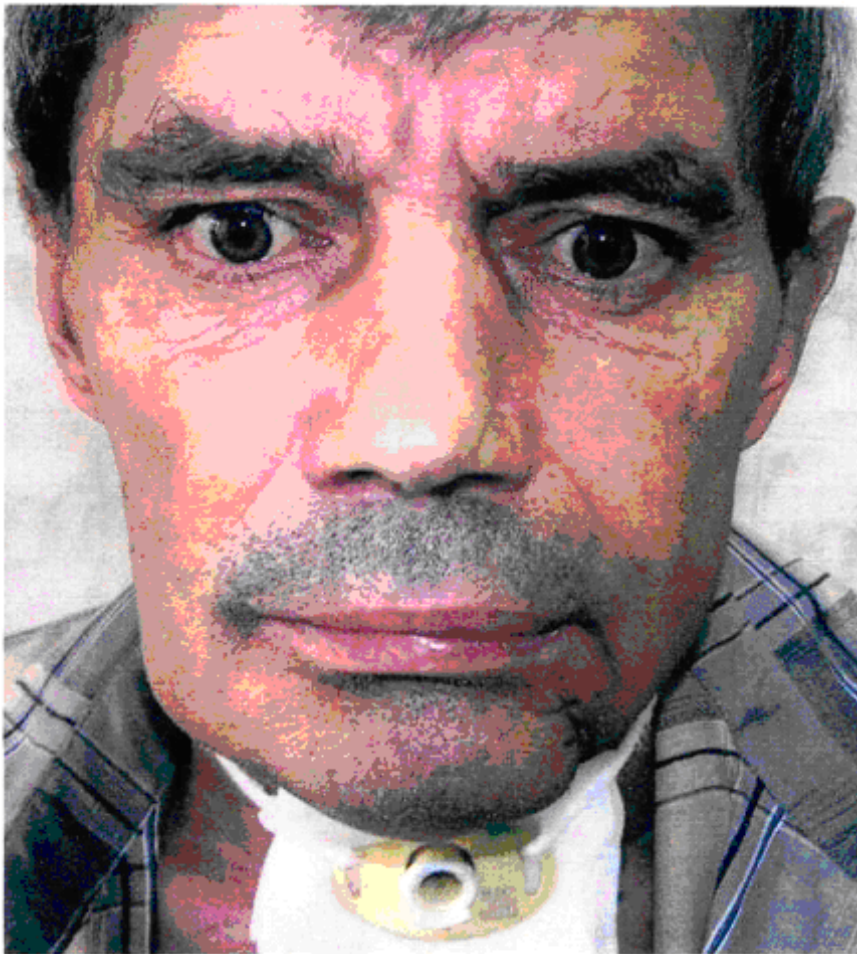


Fig. 4



Fig. 5



Фіг. 6