



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **104410** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2015 07951</p> <p>(22) Дата подання заявки: 10.08.2015</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.01.2016</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.01.2016, Бюл.№ 2</p>	<p>(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Шапринський Володимир Олександрович (UA), Шапринський Євген Володимирович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	---

(54) СПОСІБ ЕЗОФАГОПЛАСТИКИ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИМ ІЛЕОЦЕКАЛЬНИМ СЕГМЕНТОМ

(57) Реферат:

Спосіб езофагопластики ревазуляризованим ілеоцекальним сегментом полягає в тому, що як трансплантат використовують ілеоцекальний сегмент на середніх товстокишкових живлячих судинах та формують мікросудинні анастомози між пересіченою судинною ніжкою клубовотовстокишкової артерії і вени з зовнішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною.

UA 104410 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу езофагопластики реваскуляризованим ілеоцекальним сегментом.

Відомий спосіб покращення живлення трансплантату, розроблений авторами (Малькевич В.Т., Рилук А.Ф., Подгайський А.В., Ільїн І.А., 2011, Білоруська медична академія післядипломної освіти, м. Мінськ) шляхом проведення езофагопластики реваскуляризованим товстокишковим сегментом. Як судинну ніжку для реваскуляризації вибирали сегменти пересічених біля основи правих та середніх ободових судин. Формували товстокишковий трансплантат з правої половини ободової кишки з перев'язуванням середньої та правої ободових артерій. Після ретростернального проведення трансплантату на ший, крайової резекції хрящового сегменту ребра на рівні розташування судинної ніжки формували мікросудинні анастомози між судинною ніжкою середньої ободової артерії і вени з лівою внутрішньогрудною артерією та веною.

Однак, даний реваскуляризований товстокишковий сегмент не можливо використовувати при захворюваннях товстої кишки: запальних, пухлинного ґенезу, проростанні пухлини у відповідний відділ товстої кишки, її некрозу, не чітко вираженій маргінальній артерії, перенесених раніше оперативних втручаннях на товстій кишці, пов'язаних з цим змін анатомічних умов, а також він не використовувався для покращення живлення саме ілеоцекального сегменту як трансплантату.

В основу корисної моделі "Спосіб езофагопластики реваскуляризованим ілеоцекальним сегментом" поставлено задачу створення нового способу езофагопластики реваскуляризованим ілеоцекальним сегментом з мінімальним розвитком інтра- та післяопераційних ускладнень шляхом формування мікросудинних анастомозів між пересіченою судинною ніжкою клубовотовстокишкової артерії і вени з зовнішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною.

Спосіб здійснюється таким чином.

Виконують абдомінальний доступ. З врахуванням даних рентгенологічного дослідження та комп'ютерної томографії визначають довжину мобілізації як трансплантату ілеоцекального кута. При цьому для досягнення достатньої довжини трансплантат може бути зміщений чи в сторону висхідної кишки, чи в сторону клубової кишки. Для пластики особливо верхньогрудного відділу стравоходу живляча ніжка повинна бути у вигляді середніх товстокишкових судин, яка виходить більшої довжини (фіг. 1), ніж - клубовотовстокишкових (фіг. 2). Оптимальне співвідношення довжини трансплантату і часу для його мобілізації повинно бути індивідуальним. Виконують сагітальну діафрагмокруротомію, мобілізують стравохід та шлунок. Виконують екстирпацію стравоходу та при необхідності проводять резекцію шлунку в межах здорових тканин, особливо при рубцевому враженні шлунку, наявності неправильно сформованої гастростоми, перенесених раніше операцій на шлунку. Визначають належну довжину трансплантату для езофагопластики, мобілізують та відсікають підготовлений до пластики трансплантат (видаляється сегмент висхідного відділу ободової кишки, а також частина поперековоободової кишки в ділянці її печінкового кута) зі збереженням живлення за рахунок середньотовстокишкових судин (клубовотовстокишкові та праві товстокишкові судини пересікаються). В черевній порожнині формують сліпокишководуоденальний анастомоз (фіг. 3) у випадку гастректомії, чи, при збереженому шлунку або його частини, - сліпокишковошлунковий анастомоз (фіг. 4). При цьому шлунок залишають у черевній порожнині з анастомозом або переміщують у плевральну порожнину. У випадку раніше виконаної резекції шлунку, в залежності від клінічної ситуації, трансплантат може бути вшитий у його куксу або виконується екстирпація кукси шлунку (формується сліпокишководуоденальний анастомоз). Цілісність травного тракту відновлюється формуванням ентеротрансверзоанастомозу.

Після виконання лівобічної цервікотомії та проведення клубової частини трансплантату через заднє середостіння на ший для його реваскуляризації формуються мікросудинні анастомози між пересіченою судинною ніжкою клубовотовстокишкової артерії і вени з зовнішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною. Операцію завершують накладанням шийного езофагоентероанастомозу. Спосіб формування стравохіднокишкового анастомозу нічим не відрізняється від загальноприйнятих способів: "кінець в кінець", "кінець в бік", ручним чи апаратним способом. Дренування, зашивання операційних ран та декомпресію виконаних в процесі операції анастомозів проводять за загальноприйнятими методиками.

Перевагами даного способу є те, що його можна застосовувати при враженні верхньогрудного відділу стравоходу, так як живляча ніжка з середньотовстокишковими судинами є достатньою для переміщення клубової частини трансплантату на ший, а запропонована методика реваскуляризації ілеоцекального сегменту забезпечує надійне його кровопостачання. Серед інших переваг наступне: врахування індивідуальних особливостей

пацієнта при неможливості виконання пластики шлунком та товстою кишкою; збереження антирефлюксного механізму за рахунок баугінівої заслінки з меншим ризиком рефлюксу і неминучого розвитку пептичного езофагіту, пептичних виразок та стриктур кишкового трансплантату; збереження резервуарної функції штучного шлунку (його роль у нових умовах виконує сліпа кишка).

Приклад:

Хвора Т., 53 років, госпіталізована в клініку через 6 місяців після хімічного опіку стравоходу та шлунку кислотою з явищами повної його непрохідності, наявною стриктурою шийного та верхньогрудного відділу, деформацією шлунку та стенозом виходу з нього. Хворій була запропонована операція - одномоментна тотальна пластика стравоходу товстою кишкою. Для уточнення анатомічних особливостей майбутньої операції нами до оперативного втручання було проведене ангиографічне дослідження, яке показало, що ліва товстокишкова артерія має розсипний тип будови, що створює труднощі щодо формування товстокишкового трансплантату і не дає можливості виконання езофагопластики товстою кишкою. Крім цього, у хворої було

враження шлунку, що вказує на неможливість його використання як трансплантату.

Хворій з врахуванням даних попередньо проведеної ірігграфії та комп'ютерної томографії визначили, що ілеоцекальний кут добре виражений. Виконали лапаротомію. Виявлено, що середня товстокишкова артерія і вена добре виражені, та якраз будуть судинною ніжкою достатньої довжини для проведення трансплантату на шию. Виконали мобілізацію стравоходу після сагітальної діафрагмокруротомії. Визначили належну довжину трансплантату, через абдомінальний доступ мобілізували висхідну ободову кишку, печінковий кут та відсікли їх з пересіченням правої товстокишкової артерії і вени, клубовотовстокишкової артерії і вени біля їх вічка, та пересіченням дрібних гілок а.ілеocolica та а. colica dextra. Мобілізували та відсікли підготовлений до пластики трансплантат (фіг. 1). Враховуючи тотальне враження шлунку, виконали гастректомію. В черевній порожнині сформували сліпокишководоуденальний анастомоз. Цілісність травного тракту відновили шляхом формування ентеротрансверзоанастомозу "кінець в бік". Далі після проведення клубової частини трансплантату через заднє середостіння на шию, де після лівобічної церві котомії для реваскуляризації ілеоцекального сегменту сформували судинні анастомози між пересіченою судинною ніжкою клубовотовстокишкової артерії і вени з зовнішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною. Операцію завершили накладанням шийного езофагоентероанастомозу "кінець в бік". Дренування, зашивання операційних ран та декомпресію анастомозів виконали за загальноприйнятими методиками. В післяопераційному періоді проводили інтенсивну інфузійну, антибактеріальну терапію, корекцію всіх видів обміну, парентеральне та ентеральне харчування через встановлений назодуоденальний зонд. На 7 добу після операції виконали рентгеноконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту розчином тріомбразу. Виходу контрасту в ділянці анастомозів за межі шлункового-кишкового тракту не було. Через 21 добу хвора в задовільному стані була виписана.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб езофагопластики реваскуляризованим ілеоцекальним сегментом, який полягає в тому, що як трансплантат використовують ілеоцекальний сегмент на середніх товстокишкових живлячих судинах та формують мікросудинні анастомози між пересіченою судинною ніжкою клубовотовстокишкової артерії і вени з зовнішньою сонною артерією та внутрішньою яремною веною.

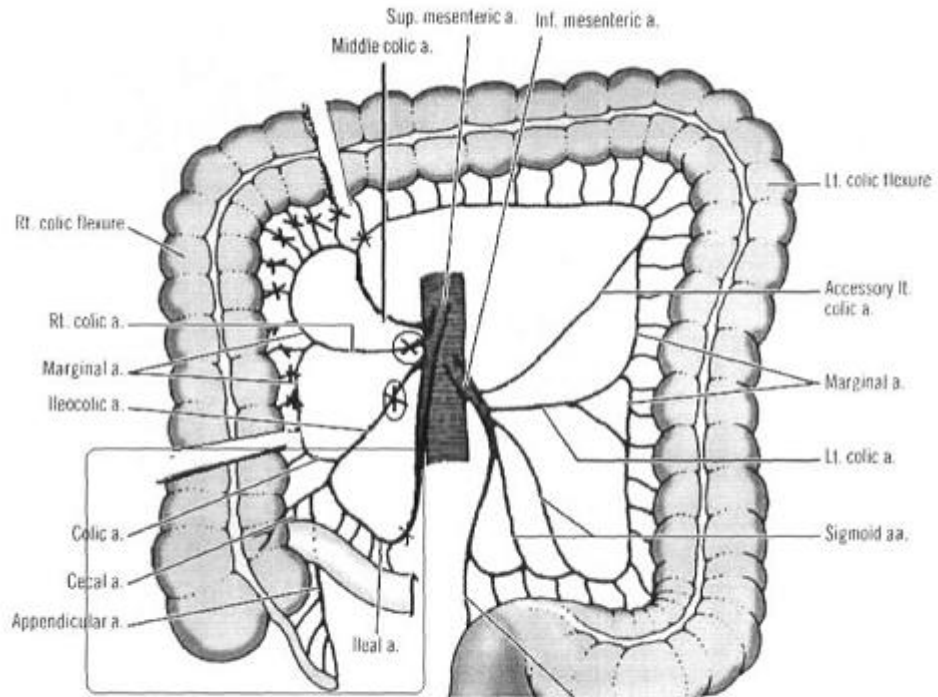


Fig. 1

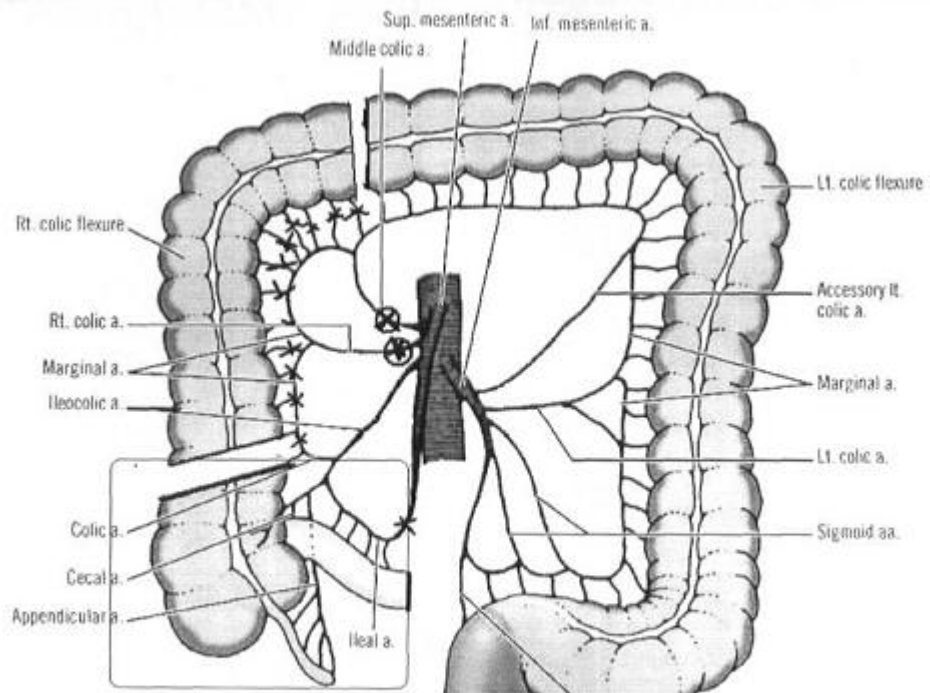
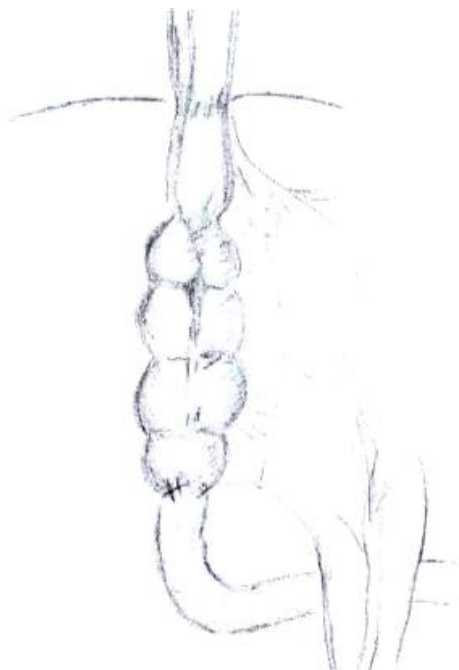
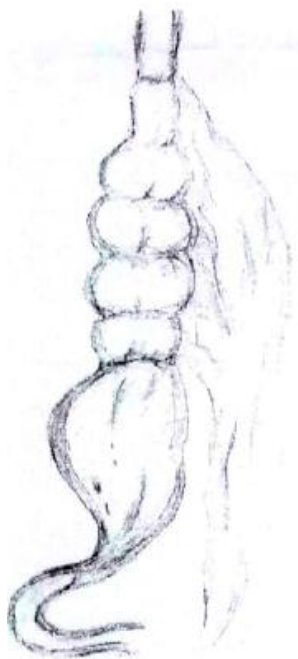


Fig. 2



Фіг. 3.



Фіг. 4.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601