



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78206** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2012 10828</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>17.09.2012</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.03.2013</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.03.2013, Бюл.№ 5</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Бойко Валерій Володимирович (UA), Шапринський Володимир Олександрович (UA), Шапринський Євген Володимирович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
---	---

## (54) СПОСІБ ЕЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ ІЛЕОЦЕКАЛЬНИМ СЕГМЕНТОМ

### (57) Реферат:

Спосіб езофагогастропластики ілеоцекальним сегментом включає виконання езофагогастропластики. Як трансплантат використовують ілеоцекальний сегмент на відповідних живлячих судинах.

UA 78206 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу езофагогастропластики з використанням ілеоцекального сегменту кишки.

Відомий спосіб пластики стравоходу з використанням сегменту здухвинної кишки за методикою Попова В. І., Філіна В. І. (Восстановительная хирургия пищевода: научное издание / В. И. Попов, В. И. Филин. - Л.: Медицина, 1965. - 311 с). Спосіб застосовується авторами за показами при пластичі відповідного відділу стравоходу. Суть його полягає в тому, що виконується пластика враженого відділу стравоходу сегментом клубової кишки зі збереженим кровопостачанням трансплантату за рахунок середньої ободової артерії. Мобілізують праву половину ободової кишки і здухвинну кишку з пересіченням правої товстокишкової артерії і вени біля їх вічка, клубовотовстокишкову артерію та пристінкове пересічення дрібних гілок а. ileocolica та а. colica dextra. Видаляють праву половину ободової кишки та формують ілеотрансверзоанастомоз. Абдомінальний етап завершується відсіченням кишки шляхом пристінкової перев'язки і пересічення дрібних судин з врахуванням вибору оптимального сегменту кишки. Далі проводиться трансплантат за грудинно на судинній ніжці (середній товстокишковій артерії і вени). Виконується пластика стравоходу з формуванням проксимального і дистального езофагоентеральних анастомозів.

Однак, при застосуванні відомого способу не досягається добре кровопостачання трансплантату, даний спосіб не можна використати при одночасному враженні абдомінального відділу стравоходу і шлунка, так як не створюється відповідний резервуар, немає антирефлюксного механізму, що може призводити до пептичних виразок та подальшого розвитку пептичних стриктур трансплантату.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення нового способу езофагогастропластики, при якому були б достатні умови кровопостачання трансплантату, можливість подовжити трансплантат до необхідних розмірів, зберігався антирефлюксний механізм та резервуарна функція штучного шлунка.

Поставлена задача вирішується способом, що передбачає визначення за допомогою даних рентгенологічного дослідження та комп'ютерної томографії довжини мобілізованого як трансплантату ілеоцекального кута. Принциповим вважається вибір живлячих судин: середньотовстокишкових чи клубовотовстокишкових, що визначається наявною хірургічною ситуацією. Живляча ніжка зі середніми товстокишковими судинами виходить більшої довжини, ніж з клубовотовстокишковими. Однак, формування такого трансплантату займає більше часу. Виконують торакотомію (справа - при враженні середньо - і верхньогрудного відділів стравоходу; зліва - при враженні абдомінального відділу стравоходу). В грудну порожнину виводять стравохід і шлунок, проводять їх резекцію в межах здорових тканин. Визначають належну довжину трансплантату, 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 чи клубовотовстокишкових судин. При необхідності виконання гастротомії в черевній порожнині формують сліпокишководуоденальний анастомоз, чи, при збереженому шлунку або його частини, - сліпокишковошлунковий анастомоз. При цьому шлунок залишають у черевній порожнині з анастомозом або переміщують у плевральну порожнину. У випадку раніше виконаної резекції шлунка, в залежності від клінічної ситуації, трансплантат може бути вшитий у його куксу, або виконується екстирпація кукси шлунка (формується сліпокишководуоденальний анастомоз). Цілісність травного тракту відновлюється формуванням ентеротрансверзоанастомозу. Операцію завершують накладанням стравохідно-кишкового анастомозу у плевральній порожнині або після проведення клубової частини трансплантату на шию з формуванням шийного езофагоентероанастомозу.

Спосіб здійснюється наступним 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. Принциповим вважається вибір живлячих судин: середньотовстокишкових чи клубовотовстокишкових, що визначається наявною хірургічною ситуацією. Живляча ніжка зі середніми товстокишковими судинами (фіг. 1) виходить більшої довжини, ніж з клубовотовстокишковими (фіг. 2). Однак, формування такого трансплантату займає більше часу (фіг. 1). Оптимальне співвідношення довжини трансплантату і часу для його мобілізації повинно бути індивідуальним. Виконують торакотомію (справа - при враженні середньо- і верхньогрудного відділів стравоходу; зліва - при враженні абдомінального відділу стравоходу). В грудну порожнину виводять стравохід і шлунок, проводять їх резекцію в межах здорових тканин, особливо при рубцевому враженні шлунка, наявності неправильно

сформованих гастростом, перенесених раніше операцій на шлунку. Визначають належну довжину трансплантату для езофаго- чи езофагогастропластики, 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 чи клубовотовстокишкових судин. При необхідності виконання гастректомії в черевній порожнині формують сліпокишководуоденальний анастомоз (фіг. 3), 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 шлунка, в залежності від клінічної ситуації, трансплантат може бути вшитий у його куксу, або виконується екстирпація кукси шлунка (формується сліпокишководуоденальний анастомоз). Цілісність травного тракту відновлюється формуванням ентеротрансверзоанастомозу. Операцію завершують накладанням стравохіднокишкового анастомозу у плевральній порожнині або після проведення клубової частини трансплантату на шию з формуванням шийного езофагоентероанастомозу. Спосіб формування стравохіднокишкового анастомозу нічим не відрізняється від загальноприйнятих способів: "кінець в кінець", "кінець в бік", ручним чи апаратним способом. Для виконання анастомозу циркулярним апаратом фірми "Етікон" для введення його робочої частини використовують зону сліпої кишки у ділянці вимушеного видалення червоподібного відростку. Після виконання співустя апарат видаляють, цекотомну рану зашивають трьохрядним швом. Дренування, зашивання операційних ран та декомпресію виконаних в процесі операції анастомозів проводять за загальноприйнятими методиками.

Перевагами даного способу езофагогастропластики ілеоцекальним сегментом кишки на живлячій ніжці є наступне: можливість радикального видалення враженої частини стравоходу при її враженні злякисним процесом та проведенні адекватної лімфодесекції; врахування індивідуальних особливостей пацієнта при неможливості виконання пластики шлунком; достатні умови кровопостачання трансплантату; можливість подовжити трансплантат до необхідних розмірів (включаючи сегментарні аутовенозні вставки у живлячі трансплантат судини); 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 шлунка (його роль у нових умовах виконує сліпа кишка).

Приклад:

Хворий 48 років госпіталізований в клініку через 6 місяців після хімічного опіку стравоходу та шлунку кислотою з явищами повної його непрохідності, наявною стриктурою шийного та грудного відділу, деформацією шлунка та стенозу виходу з нього. Хворому була запропонована операція - одномоментна тотальна пластика стравоходу товстою кишкою. Для уточнення анатомічних особливостей майбутньої операції нами до оперативного втручання було проведене ангіографічне дослідження, яке показало, що ліва товстокишкова артерія має розсіпний тип будови, що створює труднощі щодо формування товстокишкового трансплантату і не дає можливості виконання езофагопластики товстою кишкою. Крім того, у хворого було враження шлунка, що показує неможливість його використання як трансплантату.

Хворому з врахуванням даних попередньо проведеної іріографії та комп'ютерної томографії визначали, що ілеоцекальний кут добре виражений. Виконали лапаротомію. Потрібну довжину трансплантату вибирають інтраопераційно за рахунок його зміщення в сторону висхідної кишки чи в сторону клубової. Також виявлено, що середня товстокишкова артерія і вена добре виражені, та якраз будуть судинною ніжкою достатньої довжини для проведення трансплантату на шию. Виконали торакотомію справа. Проводять резекцію стравоходу в межах здорових тканин. Визначають належну довжину трансплантату, через абдомінальний доступ мобілізують висхідну ободову кишку, печінковий кут та відсікають їх з пересіченням правої товстокишкової артерії і вени, клубовотовстокишкової артерії і вени біля їх вічка, та пересіченням дрібних гілок a. ileocolica та a. colica dextra. Мобілізують та відсікають підготовлений до пластики трансплантат (фіг. 1). Враховуючи тотальне враження шлунка, виконали гастректомію. В черевній порожнині сформували сліпокишководуоденальний анастомоз. Цілісність травного тракту відновили шляхом формування ентеротрансверзоанастомозу "кінець в бік". Далі після проведення клубової частини трансплантату ретростернально на шию виконали накладання езофагоентероанастомозу "кінець в кінець". 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 рентгенконтрастне дослідження шлунково-кишкового тракту з сульфатом барію. Виходу контрасту в ділянці анастомозів за межі шлунково-кишкового тракту не було. Через 21 добу хворий в задовільному стані був виписаний.

5

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб езофагогастропластики ілеоцекальним сегментом, який передбачає виконання езофагогастропластики, який **відрізняється** тим, що як трансплантат використовують ілеоцекальний сегмент на відповідних живлячих судинах - середніх товстокишкових чи клубовотовстокишкових.

10

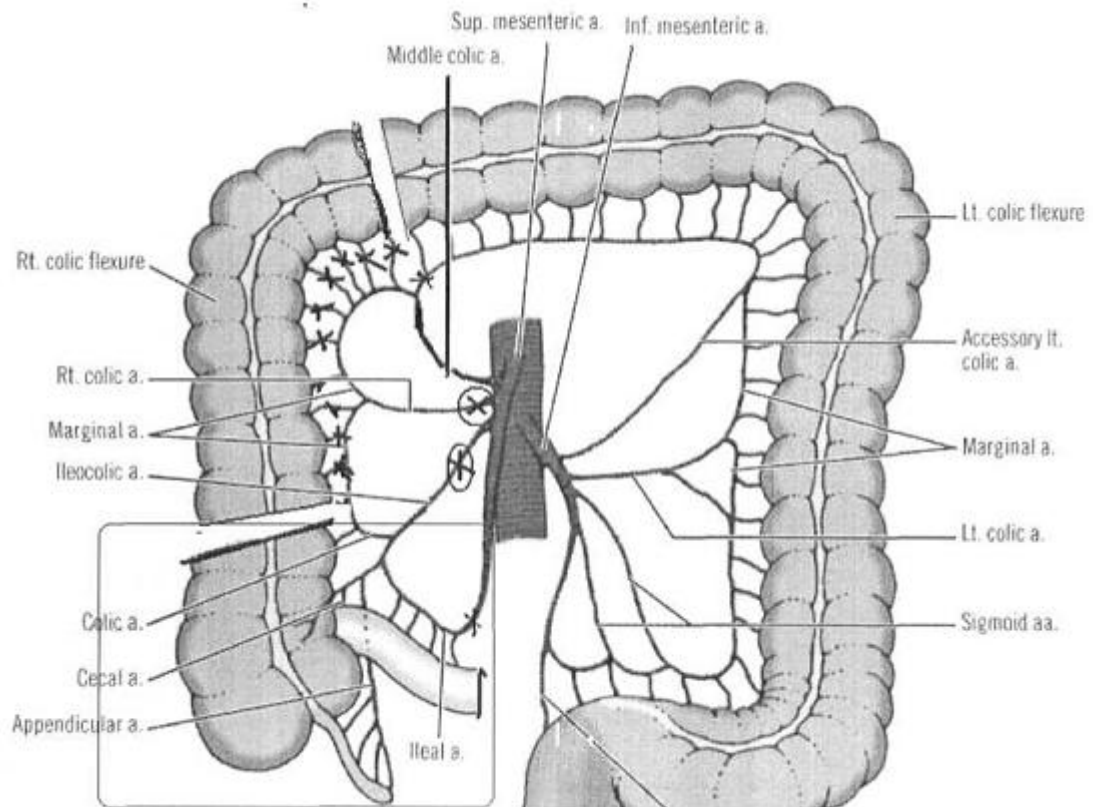
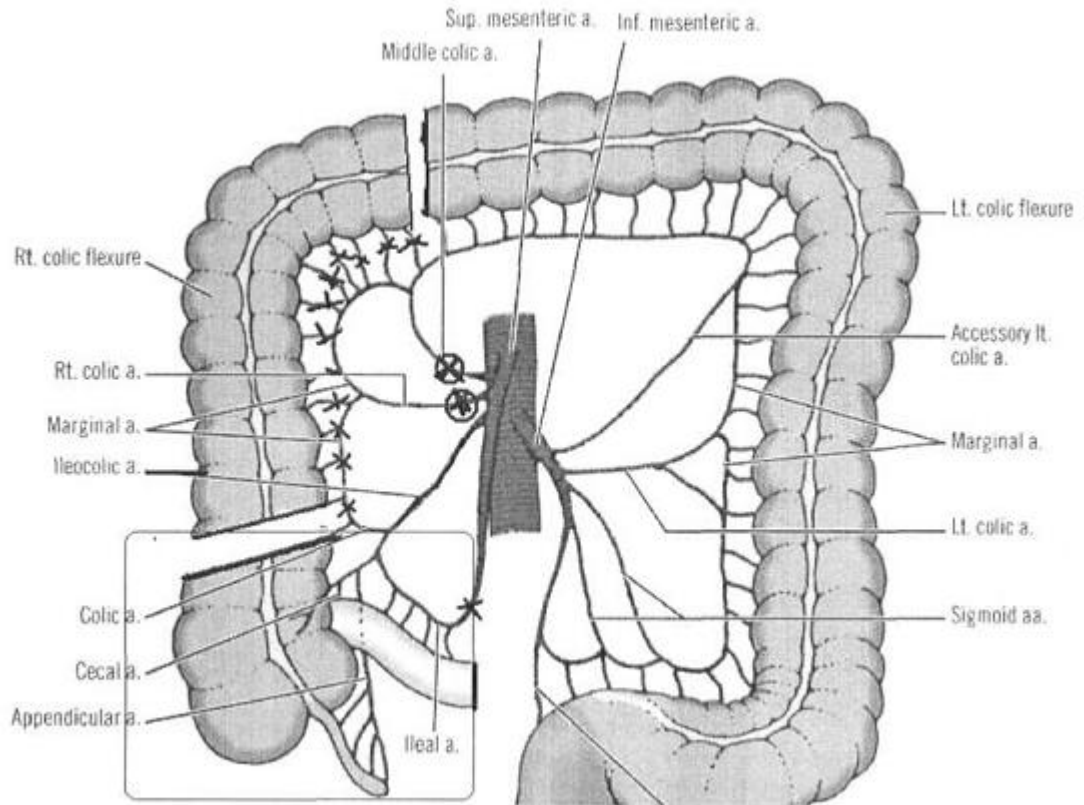
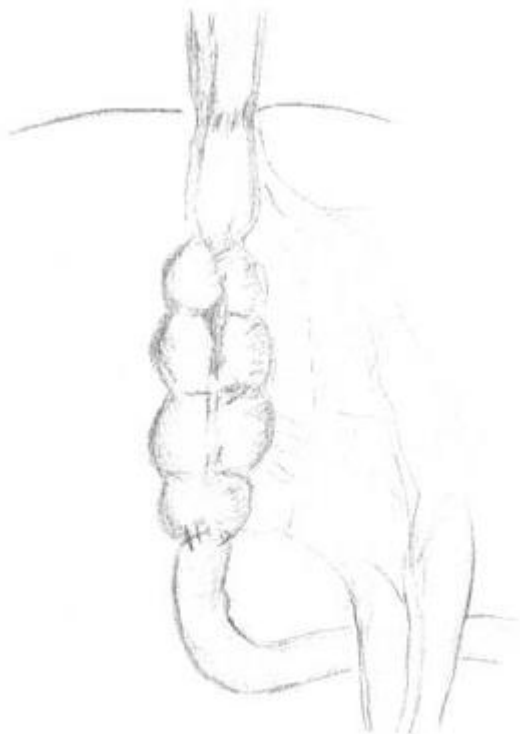


Fig. 1



Φir. 2



Φir. 3



**Fig. 4**

---

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

---

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

---

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