

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **12192**

(13) **С1**

(46) **2009.08.30**

(51) МПК (2006)

A 61B 17/03

(54) СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

(21) Номер заявки: а 20070339

(22) 2007.04.02

(43) 2008.12.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Ковальчук Виктор Иванович; Новосад Василий Васильевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) БАИРОВ Г.А. Срочная хирургия детей. Руководство для врачей. - СПб, Питер, 1997. - С. 55-56, 61-62.

RU 2135104 С1, 1999.

SU 1165371 А1, 1985.

НИКИФОРОВ А.Н. Врожденная непроходимость пищеварительного тракта у детей. - Минск, 1998. - С. 10.

КРАСОВСКАЯ Т.В. и др. // Детская хирургия. - 2000. - № 5. - С. 46-50.

ГРИНЕВИЧ Ю.М. и др. Проблемы детской хирургии нового века. Материалы Международной научно-практической конференции. - Гродно, 2001. - С. 21-23.

(57)

Способ оперативного лечения атрезии пищевода при диастазе между концами пищевода не более 2 см, заключающийся в том, что выделяют концы пищевода, нитью на атравматической игле захватывают серозно-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца, фиксируют его отдельным узловым швом к фасции передней поверхности нижележащего грудного позвонка, таким же образом захватывают и фиксируют дистальный отдел пищевода к фасции передней поверхности вышележащего позвонка и накладывают прямой эзофагоанастомоз.

Изобретение относится к области медицины, а именно к детской хирургии и может быть использовано для хирургического лечения атрезии пищевода.

Атрезия пищевода - один из наиболее часто встречающихся врожденных пороков пищевода. Атрезия пищевода, обычно сочетающаяся с трахеопищеводным свищом (ТПС), неизбежно приводит к смерти, если диагноз не поставлен, либо ребенок по каким-то причинам не оперирован. Лечение атрезии пищевода - только оперативное (К.У. Ашкрафт, Т.М Холдер. Детская хирургия.-ИЧП "Хардфорд" Санкт-Петербург.-1996. - 278с).

Наиболее близким к предлагаемому является способ лечения атрезии пищевода путем создания прямого анастомоза (Г.А. Баиров. Срочная хирургия детей: руководство для врачей.- СПб.: Питер Пресс, 1997.- С. - 61-62). Выполняется заднебоковая торакотомия спра-

ва в 4-5 межреберьях. Внеплеврально или интраплеврально обнажается заднее средостение, после мобилизации концов пищевода и обработки трахеопищеводного свища накладывается прямой эзофагоанастомоз. Однако последний возможен только в тех случаях, когда диастаз между сегментами пищевода не превышает 1,5 см. Наложение анастомоза при большом натяжении сегментов пищевода не оправдывает себя из-за технических трудностей и возможного прорезывания швов в послеоперационном периоде. Натяжение швов вызывает ишемический некроз выше и особенно ниже линии анастомоза.

Задача изобретения - улучшение результатов лечения за счет снижения натяжения в зоне прямого эзофагоанастомоза при диастазе между концами пищевода не более 2,0 см.

Поставленная задача решается путем оперативного лечения атрезии пищевода при диастазе между концами пищевода не более 2,0 см. Выделяют концы пищевода, нитью на атравматической игле захватывают серозно-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца, фиксируют отдельным узловым швом к фасции передней поверхности нижележащего грудного позвонка, таким же образом захватывают и фиксируют дистальный отдел пищевода к фасции передней поверхности вышележащего позвонка и накладывают прямой эзофагоанастомоз.

Способ осуществляют следующим образом. Выполняют заднебоковую торакотомию справа в 4-5 межреберьях. Обнажают заднее средостение. Выделяют концы пищевода, обрабатывают трахеопищеводное соустье, оценивают диастаз. Предварительно нитью vicrili 4-0 на атравматической игле захватывают серозно-мышечный слой проксимального отдела пищевода на 0,5 см выше его конца, фиксируют отдельным узловым швом к фасции передней поверхности нижележащего грудного позвонка, таким же образом захватывают и фиксируют дистальный отдел пищевода к фасции передней поверхности вышележащего позвонка и накладывают прямой эзофагоанастомоз.

Приводим доказательства, подтверждающие возможность осуществления способа. Предлагаемым способом прооперировано 11 новорожденных с атрезией пищевода, у которых диастаз между концами пищевода во время операции составил 1,5-2 см. У одного ребенка на 3 сутки после операции развилась несостоятельность анастомоза, которая была консервативно устранена. Всем детям, начиная с 10 суток послеоперационного периода, выполнялась фиброгастроэзофагоскопия и профилактическое бужирование пищевода. Проводилось контрольное рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием.

Во всех случаях получены хорошие результаты.

Пример

Ребенок К. поступил в стационар 13.03.2006г. в возрасте 1 суток. Диагноз: Множественные врожденные пороки развития. Атрезия пищевода с дистальным и проксимальным трахеопищеводными свищами. Врожденный порок сердца (открытое овальное окно, дефект межжелудочковой перегородки). 14.03.2006г. выполнена операция - заднебоковая торакотомия справа, обработка трахеопищеводных свищей, наложение прямого эзофагоанастомоза. Во время операции обнаружен диастаз между концами пищевода 1,5-1,8см. После сближения концов пищевода путем фиксации их к передней поверхности грудных позвонков наложен прямой однорядный эзофагоанастомоз. Дренажная трубка к зоне анастомоза, рана послойно ушита. Послеоперационное течение без особенностей. Ребенок выписан на 26 сутки после операции.

Таким образом, предлагаемый способ лечения атрезии пищевода действительно позволяет улучшить результаты лечения за счет снижения натяжения в зоне прямого эзофагоанастомоза при диастазе между концами пищевода не более 2,0 см.

Способ несложен в исполнении, эффективен и может использоваться в хирургии новорожденных.