



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42250 (13) U  
(51) МПК (2009)  
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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ СТРАВОХОДУ З ПЕРЕХОДОМ НА ГОРТАНО-ГЛОТКУ**

1

2

(21) u200901124

(22) 12.02.2009

(24) 25.06.2009

(46) 25.06.2009, Бюл.№ 12, 2009 р.

(72) УМАНЕЦЬ МИКОЛА СТЕПАНОВИЧ, ПОЛІНКЕВИЧ БРОНІСЛАВ СТАНІСЛАВОВИЧ, УСЕНКО ОЛЕКСАНДР ЮРІЙОВИЧ, СИМУЛИК ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛУКАЧ ЄРВІН ВЕНСЕЛОВИЧ, СЕРЕЖКО ЮРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЦИМБАЛЮК ЄВГЕНІЯ МИКОЛАЇВНА, ПЕТРИЩЕ ІРИНА ЙОСИПІВНА

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ, ДУ "ІНСТИТУТ ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ІМ.ПРОФ. О.С.КОЛОМІЙЧЕНКА АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб хірургічного лікування злоякісних новоутворень стравоходу з переходом на гортано-глотку, який включає екстирпацію гортано-глотки і стравоходу з наступною пластикою шлунковим трансплантатом з накладанням анастомозу між ним і ротоглоткою, який **відрізняється** тим, що шлунковий трансплантат формують у вигляді трубки з великої кривизни із збереженням антрального відділу шлунка на живильних правій шлунковій і правій шлунково-сальниковій артеріях.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих із злоякісними новоутвореннями стравоходу з переходом на гортано-глотку.

Відомий спосіб хірургічного лікування злоякісних новоутворень стравоходу, який включає екстирпацію гортано-глотки з резекцією верхньої третини стравоходу з переміщенням шлункового трансплантата у вигляді шлунково-сальникового клаптя на шию з послідуною реваскуляризацією його через внутрішні грудні судини (art. mamaria interna) з накладанням двох міжорганих анастомозів. [И.В.Решетов, В.И.Чисов. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии. Москва, 2001, с.119-129].

Недоліками цього способу є травматичність та довготривалість оперативного втручання, які обумовлені виділенням внутрішніх грудних судин і накладанням мікросудинних анастомозів з послідуними міжорганими анастомозами, та різного роду ускладнень після них: тромбоз міжсудинних анастомозів, неспроможність міжорганих анастомозів, некроз трансплантата, медіастеніт.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування при злоякісних новоутвореннях стравоходу з переходом на гортано-глотку, який за рахунок формування шлункового трансплантата на особистих судинах забезпечу-

вав би зниження травматичності операції, її тривалості та кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування злоякісних новоутворень стравоходу з переходом на гортано-глотку, який включає екстирпацію гортано-глотки і стравоходу з послідуною пластикою шлунковим трансплантатом з накладанням анастомоза між ним і ротоглоткою, згідно корисної моделі, шлунковий трансплантат формують у вигляді трубки з великої кривизни із збереженням антрального відділу шлунка на живильних правій шлунковій і правій шлунково-сальниковій артеріях.

Формування шлункового трансплантата у вигляді трубки з великої кривизни із збереженням антрального відділу шлунка на живильних правій шлунковій і правій шлунково-сальниковій артеріях забезпечує зниження травматичності операції, її тривалості та кількості післяопераційних ускладнень, оскільки зберігається власне кровообіг трансплантата, і немає необхідності міжсудинних та міжорганих анастомозів.

Спосіб виконують наступним чином.

Як правило, оперативне втручання виконують одночасно двома бригадами хірургів. Одна бригада хірургів при шийному доступі проводить екстирпацію гортано-глотки і виділення шийного відділу стравоходу. Друга бригада через абдомінальний доступ проводить ревізію органів черевної порож-

UA (11) 42250 (13) U

нини, в тому числі шлунка, адекватність його кровообігу, який є найбільш оптимальним порожнинним органом для формування трансплантата завдяки своїм пластичним якостям. Формують трансплантат з великої кривизни шлунка на живлячих судинах - правій шлунковій і правій шлунково-сальниковій артеріях, потім проводять трансплантат на шию в попередньо сформований загрудинний тунель і формують анастомоз на шиї з ротоглоткою, тим самим відновлюють прохідність по знов створеному стравоходу із шлункової трубки. Дренують післяопераційну рану шиї. Пошарові шви черевної порожнини і рани шиї. Асептична пов'язка.

Приклад.

Хворий Б., 1961р.народження, історія хвороби №430.

Клінічний діагноз: Рак гортаноглотки з переходом на шийний відділ стравоходу T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub> і проростанням в щитовидну залозу.

Техніка операції. Розрізом на шиї пошарово з персиченням m.platisma і під'язично-ключичного м'яза виділили гортано-глотку з щитовидною залозою, в яку проросла пухлина, відсепарували глотку з шийним відділом стравоходу виконали лімфодисекцію по ходу судин шиї. Електроножем глотку відсікли від ротоглотки. Мобілізували шийний і верхньогрудний відділ стравоходу через шийний відділ.

В цей же час друга бригада хірургів виконувала лапаротомію - ревізію органів черевної порожнини, шлунка, його кровообіг з метою його придатності для формування трансплантата. При сприятливих умовах кровообігу мобілізували шлунок з перев'язкою лівої шлункової артерії із збереженням правої шлункової і шлунково-сальникової

артерій. Мобілізували дванадцятипалу кишку по Кохеру. Пересікли шлунок з боку малої кривизни на 6-7см від ворота, при цьому збереглась анатомічна цілісність антрального відділу. Сформували трубку з великої кривизни необхідної довжини для послідовного анастомоза з ротоглоткою.

Мобілізували стравохід з боку черевної порожнини, відсікли від шлунка, видалили одним блоком весь органоккомплекс через шийний розріз, стравохід, гортаноглотку з щитовидною залозою. Гемостаз по ходу операції. Сформували загрудинний тунель і провели сформований шлунковий трансплантат на шию через переднє середостіння. Наклали анастомоз з ротоглоткою. Дренували черевну порожнину і переднє середостіння через шийний доступ і з боку черевної порожнини. Наклали анастомоз між ротоглоткою і виведенням на шию проксимальним кінцем шлункового трансплантата. Дренували післяопераційну рану шиї. Пошарові шви черевної порожнини і рани шиї. Асептична пов'язка. Тривалість операції 5год. 30хв.

За запропонованим способом проліковано 3 хворих. У одного з них післяопераційний період ускладнився рубцевим стенозом глоточно-шлункового анастомоза, який було розбужовано і прохідність по шлунковому трансплантату відновлена. Середня тривалість операції склала 6 годин.

У той же час у 3-х хворих, прооперованих за способом-аналогом, були виявлені ускладнення у вигляді тромбоза міжсудинних анастомозів, некрозу трансплантата. Середня тривалість операції складала 8 годин.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити травматичність операції, її тривалість та кількість ускладнень в післяопераційному періоді.