



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51782 (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 НАКЛАДЕННЯ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОГРУДНОГО ВІДДІЛУ СТРАВОХОДУ

1

2

(21) u201003108

(22) 18.03.2010

(24) 26.07.2010

(46) 26.07.2010, Бюл.№ 14, 2010 р.

(72) СТАРІКОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, ТРУНОВ
ГЕННАДІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, МАЙБОРОДА КОСТЯ-
НТИН ЮРІЙОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб накладення стравохідно-шлункового
анастомозу при резекції внутрішньогрудного відді-

лу стравоходу, що включає видалення пошкодже-
ної частини стравоходу, переміщення шлунка в
праву плевральну порожнину та накладання швів
між куксою шлунка та дистальною частиною стра-
воходу, який **відрізняється** тим, що прошивають
ліву частину шлунка біля анастомозу, стравохід та
праву частину шлунка однією лігатурою, затягують
та зав'язують її, нижче лігатури накладають ще 3-4
шви між правою та лівою стінками кукси шлунка.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до торакальної онкохірургії, і може бути ви-
користаною при виконанні резекції внутрішньо-
грудного відділу стравоходу.

Одним з найважчих і часто фатальних усклад-
нень при резекції внутрішньо-грудного відділу
стравоходу є неспроможність стравохідно-
шлункового анастомозу. Менш небезпечним
ускладненням, що різко погіршує якість життя хво-
рих, є рефлюкс шлункового вмісту в стравохід. Це
супроводжується частою печією й розвитком пеп-
тичних виразок в дистальній частині стравоходу
[М.І. Давыдов, И.С. Стилиди Рак пищевода. - М.:
РОНС, «Практ. медицина», 2007. - 392 с.].

Для запобігання подібних ускладнень викорис-
товується наступна методика. Після видалення
ураженої частини стравоходу шлунок переміща-
ється в праву плевральну порожнину й між дном
шлунка і дистальною частиною стравоходу почи-
нають формувати анастомоз кінець у бік. Накла-
дають перший ряд сіро-серозних швів між дном
шлунка й дистальною частиною стравоходу. Дру-
гим і третім рядами слизисто-підслизистих швів
фіксують кінець стравоходу до бічної поверхні кук-
си шлунка. Четвертим рядом серозно-м'язових
швів навколо стравоходу фіксують і занурюють
куксу шлунка в стравохід і формують антирефлюк-
сний кут [В.Л. Ганул, СІ. Кіркільєвський Рак страво-
ходу. - Київ: «Книга плюс», 2003. - 199 с.].

Даний спосіб накладення стравохідно-
шлункового анастомозу при резекції внутрішньо-

грудного відділу стравоходу є найбільш близьким
до того, що заявляється за технічною суттю та
результатом, який може бути досягнутий, тому
його обрано в якості прототипу.

Даний спосіб формування анастомозу має ряд
недоліків. По-перше у зв'язку зі значною кількістю
швів на обмеженому просторі це тверда фіксація
стравоходу до шлунка й звуження місця анастомо-
зу, що може привести до анастомозиту та рубце-
вої стриктури. По-друге, в цьому випадку є вира-
жена ішемія зони анастомозу й висока ймовірність
його неспроможності в післяопераційному періоді.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної
моделі покладено задачу вдосконалення способу
формування стравохідно-шлункового анастомозу
при резекції внутрішньо-грудного відділу страво-
ходу шляхом зниження ішемії зони анастомозу,
зменшення травматизації тканин і зниження тру-
домісткості операції.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-
делі, вирішують тим, що у відомому способі на-
кладення стравохідно-шлункового анастомозу при
резекції внутрішньогрудного відділу стравоходу,
що включає видалення пошкодженої частини
стравоходу, переміщення шлунку в праву плевра-
льну порожнину та накладання швів між куксою
шлунка та дистальною частиною стравоходу, згід-
но з корисною моделлю, прошивають ліву частину
шлунка біля анастомозу, стравохід та праву час-
тину шлунка однією лігатурою, затягують та зав'яз-

(19) UA (11) 51782 (13) U

зують її, нижче лігатури накладають ще 3-4 шви між правою та лівою стінками кукси шлунка.

Технічний ефект корисної моделі, а саме зменшення зони ішемії анастомозу та профілактика травматизації тканин, досягається тим, що зменшується кількість швів між шлунком та стравоходом (з 8 до 4).

Спосіб виконують наступним чином. Після бокової торакотомії справа і серединної лапаротомії, мобілізації стравоходу й шлунка з пухлиною виконують перетинання стравоходу вище видимого краю пухлини на 4-5 см. Перетинають шлунок з видаленням кардії і дна шлунка. Препарат видаляють. За допомогою зшиваючого апарата ушивають куксу шлунка й перитонізують другим рядом серозно-м'язових швів. Потім мобілізовану куксу шлунка переміщують в праву плевральну порожнину і між дном шлунка й дистальною частиною стравоходу накладають перший ряд серозно-м'язових швів. Після цього розкривають просвіт шлунка й другим і третім рядами слизистопідслизистих швів фіксують кінець стравоходу до бічної поверхні кукси шлунка. Потім прошивають однією лігатурою дно шлунка праворуч від анастомозу, прошивають стравохід на 2-3 см вище анастомозу, після чого прошивають дно шлунка ліворуч від анастомозу. Лігатуру зав'язують. Нижче зазначеної лігатури накладають ще 3-4 шва на протилежні частини дна шлунка до повного вкриття зони анастомозу. Після цього проводять трансназальну інтубацію кукси шлунка, дренажування грудної й черевної порожнин і ушивання операційних ран.

Спосіб ілюструє наступний приклад.

Приклад. Хворий Л., 59 років, надійшов у торакальне відділення зі скаргами на ускладнення проходження твердої їжі по стравоходу, схуднення, слабкість. При клініко-лабораторному і інструментальному обстеженні у хворого виявлений рак нижньої третини грудного відділу стравоходу Т3N0M0 2 стадія, 2 клінічна група. Цитологічно-плоскоклітинний рак. Вирішено виконати резекцію

внутрішньо-грудного відділу стравоходу із пластикою стравоходу шлунком. Під інтубаційним наркозом виконана бокова торакотомія праворуч в 7 міжребер'ї. При ревізії в нижньогрудному відділі стравоходу виявлена циркулярна пухлина до 5 см довжиною, що звужує просвіт стравоходу на 2/3. Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів не виявлено. Зроблено мобілізацію стравоходу з пухлиною вище видимого краю на 8 см. Розсічено ніжки діафрагми, розширений стравохідний отвір діафрагми. Потім зроблена верхня-середня лапаротомія. При ревізії патології органів черевної порожнини не виявлено. Виконана мобілізація шлунка по великій і малій кривизні зі збереженням правих шлункових судин. Виконано перетинання стравоходу вище видимого краю пухлини на 5 см. Пересічено шлунок з видаленням кардії і дна шлунка. Препарат (нижня й середня третина стравоходу з пухлиною й проксимальною частиною шлунка) вилучений. За допомогою зшиваючого апарата УО-60 ушита кукса шлунка й перитонізована другим рядом серозно-м'язових швів. Потім мобілізована кукса шлунка переміщена в праву плевральну порожнину й між дном шлунка й дистальною частиною стравоходу накладений перший ряд серозно-м'язових швів. Після цього розкритий просвіт шлунка й другим і третім рядами слизистопідслизистих швів фіксований кінець стравоходу до бічної поверхні кукси шлунка. Потім однією лігатурою прошито дно шлунка праворуч від анастомозу, прошитий стравохід на 3 см вище анастомозу, після чого прошито дно шлунка ліворуч від анастомозу. Лігатура зав'язана. Нижче зазначеної лігатури накладено ще 3 шви на протилежні частини дна шлунка до повного вкриття зони анастомозу. Після цього виконана трансназальна інтубація кукси шлунка, дренажування грудної й черевної порожнин та ушивання операційних ран. У післяопераційному періоді неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу і його звуження не відзначалося.