



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62583 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ПРОХІДНОСТІ СТРАВОХОДУ

1

2

(21) 2003043272

(22) 11 04 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Кіркпелівський Станіслав Ігорович, Ганул Валентин Леонідович, Кондрацький Юрій Миколайович

(73) ІНСТИТУТ ОНКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ

НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб відновлення прохідності стравоходу, що передбачає формування обхідного стравохідного анастомозу, який відрізняється тим, що стравохідний анастомоз "кінець у бік" формується із шлунком з виключенням пухлини з травного каналу

Заявка відноситься до галузі медицини, зокрема - до онкології

Сьогодні для відновлення прохідності стравоходу при його стриктурах, спричинених нерезектабельними злоякісними пухлинами, найбільш перспективним вважається встановлення у пухлинний канал дротяних стентів, що саморозширюються [1]. Але суттєвими недоліками цього методу є неможливість встановлення стентів при значному звуженні стравоходу, можливість зміщення стенту у дистальному напрямку, закупорка країв стенту пухлинними масами через подальше розростання пухлини.

Хірургічні операції, суть яких полягає у накладанні обхідних анастомозів, були запропоновані більше, як 50 років тому [2].

За прототип нами взято спосіб хірургічного формування обхідного езофагоєюноанастомозу (New multi-disciplinary treatment modality with RALS for patients with esophageal cancer / T. Toki, S. Ogoshi, Y. Ogawa et al // Oncol. Rep. - 1998 - V 5, N 5 - P 1157-1162).

Згідно з методикою, хворим на нерезектабельний рак внутрішньогрудного відділу стравоходу накладають стравохідно-тонкокишковий анастомоз між ділянкою стравоходу вище пухлинної структури та мобілізованою й переміщеною у грудну клітину петлею порожньої кишки за схемою з'єднання "бік-у-бік".

Позитивним у прототипі є те, що формування обхідного анастомозу дозволяє відновити в хворих харчування природним шляхом.

Суттєвими недоліками такої операції є переміщення петлі тонкої кишки до необхідного для анастомозування рівня стравоходу не завжди мо-

жливе через імовірність несприятливої архітекtonіки судин кишкової брижі, стравохідний анастомоз, накладений за схемою "бік-у-бік" не відрізняється високою надійністю, невиключення пухлини з травного каналу залишає можливість розвитку таких летальних ускладнень з боку прогресуючої пухлини, як формування респіраторно-дигестивних норниць та виникнення кровотеч у порожнину органів травлення.

В основу винаходу поставлено задачу - створити спосіб відновлення прохідності стравоходу шляхом формування обхідного стравохідно-шлункового анастомозу, що забезпечить можливість його застосування у переважній більшості хворих, зменшення частоти післяопераційних ускладнень та профілактику виникнення важких ускладнень з боку пухлини, яка прогресує.

Проголошена задача вирішується формуванням обхідного стравохідно-шлункового анастомозу за схемою "кінець-у-бік" з повним виключенням пухлини із травного каналу.

Використання шлунка як трансплантату для формування обхідного анастомозу гарантує можливість виконання операції у всіх хворих, які на неї потребують, бо архітекtonіка судин шлунка відрізняється сталістю та достатністю для його кровопостачання після мобілізації та переміщення у грудну клітину.

Використання схеми накладання стравохідно-го анастомозу "кінець-у-бік" суттєво підвищує надійність анастомозу, полегшує його загоєння і значно знижує ризик виникнення його недостатності.

Виключення пухлини з травного каналу принципово усуває можливість при прогресуванні та розпаді пухлини розвитку респіраторно-

(13) A

(11) 62583

(19) UA

дигестивних нориць та виникнення кровотеч у порожнину органів травлення

Сукупність вищезгаданих властивостей обхідного стравохідно-шлункового анастомозу за схемою "кінець-у-бік" з повним виключенням пухлини із травного каналу забезпечує можливість виконання операції у всіх хворих, які на неї потребують, знижує ризик виникнення післяопераційних ускладнень, усуває можливість розвитку респіраторно-дигестивних нориць та виникнення кровотеч у порожнину органів травлення, що роблять спосіб перспективним для онкологічної практики

Операція починається з верхньо-серединної лапаротомії. Шлунок мобілізують на всьому протязі із збереганням його кровопостачання за рахунок правої шлункової та правої шлунково-сальникової артерій. Рану черевної порожнини зашивають. Виконують правобічну торакотомію у 4-му або 5-му міжребір'ях. Мобілізують ділянки стравоходу вище та нижче пухлини. Стравохід пересікають безпосередньо по верхньому та нижньому краях пухлини (фіг 1). У пухлинний канал з метою його обтурації вводять вільну частку великого сальника (фіг 2). Шлунок переводять у плевральну порожнину. Резектують кардіальний відділ шлунка разом з дистальним відділом стравоходу. Формують стравохідно-шлунковий анастомоз "кінець-у-бік" (фіг 3). Накладають шви на рану грудної стінки.

Прикладом реалізації заявленого способу може вважатися витяг з історії хвороби.

Хворий М., 67 років (історія хвороби №1982) поступив із скаргами на неможливість приймання ніякої їжі, у тому числі, рідкої. Після обстеження був встановлений діагноз плоскоклітинний рак середньої третини стравоходу. За даними рентгенологічного обстеження пухлина мала великі розміри й була визнана нерезектабельною. 1 квітня 2003 р. хворому була виконана операція - накладення обхідного стравохідно-шлункового анастомозу. Наркоз - комбінований ендотрахеальний із нейролептанальгезією. Операцію почали у положенні хворого на спині. Була виконана верхньо-серединна лапаротомія. Шлунок мобілізували на всьому протязі із збереганням його кровопостачання за рахунок правої шлункової та правої шлунково-сальникової артерій. Рану черевної порожнини зашили. Хворий був перевернутий на лівий бік.

Виконали правобічну торакотомію у 4-му міжребір'ї. Під час ревізії констатували наявність пухлини розмірами 80мм на 40мм у середній третині стравоходу. Пухлина вросла в аорту та судини коренів обох легень, тобто, дійсно була нерезектабельною. Мобілізували ділянки стравоходу вище та нижче пухлини. Стравохід пересікли безпосередньо по верхньому та нижньому краях пухлини. У пухлинний канал з метою його обтурації ввели заздалегідь заготовлену вільну частку великого сальника. Шлунок перевели у плевральну порожнину. Резектували кардіальний відділ шлунка разом з дистальним відділом стравоходу. Сформували стравохідно-шлунковий анастомоз "кінець-у-бік". Наклали шви на рану грудної стінки. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 5-ту добу пацієнт почав харчуватися спочатку рідкою їжею, а з 7-ї доби - без обмежень.

Перелік графічних матеріалів до винаходу

Фіг 1. Пересікання стравоходу по верхньому та нижньому краях пухлини.

1 - край стравоходу, пересічений вище пухлини,

2 - пухлина, яка вростає у бронх, 3 - край стравоходу, пересічений нижче пухлини.

Фіг 2. Обтурація пухлинного каналу вільною часткою великого сальника.

1 - вільна частка сальника, якою обтурований просвіт пухлинного каналу.

Фіг 3. Загальний вигляд обхідного стравохідно-шлункового анастомозу з виключенням пухлини з травного каналу.

1 - стравохідно-шлунковий анастомоз,

2 - пухлина, виключена з травного каналу,

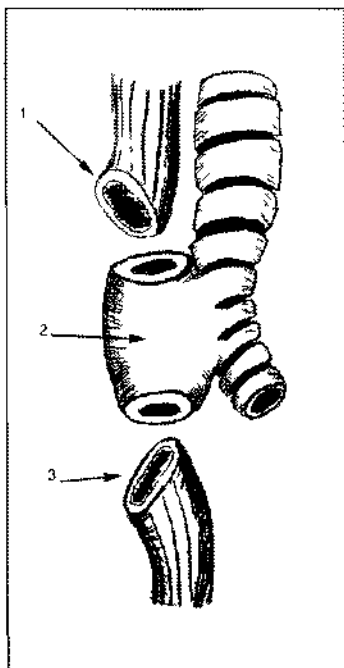
3 - шлунок, переміщений у грудну порожнину.

Джерела інформації

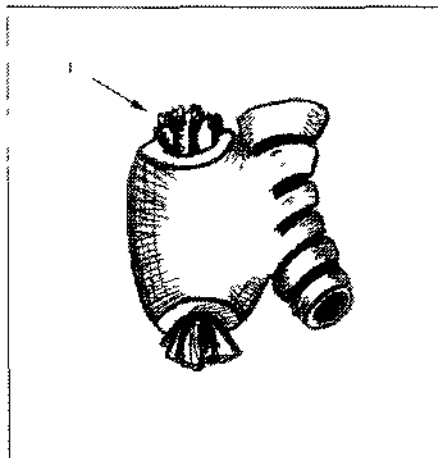
1. Watson A. Self-expanding metal oesophageal endoprotheses which is best? // Eur J Gastroenterol Hepatol - 1998 - V 10, N5 - P 363-365.

2. Петровский Б.В. Хирургическое лечение рака пищевода и кардии. - М. Издательство АМН СССР - 1950 - с.172.

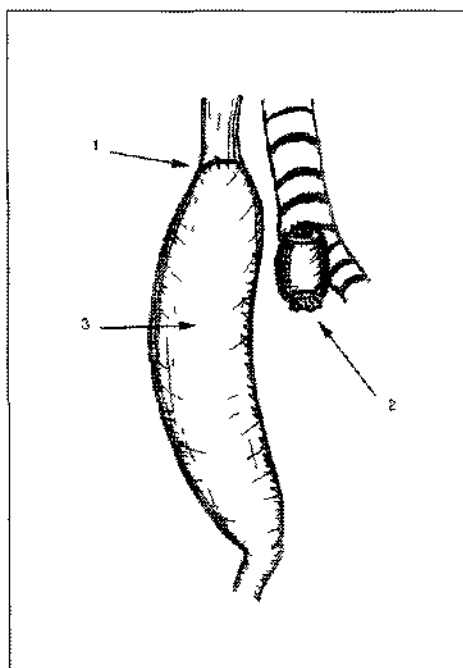
3. New multi-disciplinary treatment modality with RALS for patients with esophageal cancer / T. Toki, S. Ogoshi, Y. Ogawa et al. // Oncol Rep - 1998 - V 5, №5 - P 1157-1162 (прототип).



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3