



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38423 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

(21) 2000063877

(22) 30.06.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Радзіховський Анатолій Павлович, Бобров
Олег Євгенович, Мендель Микола Андрійович,
Нестеренко Олександр Леонтійович(73) Радзіховський Анатолій Павлович, Бобров
Олег Євгенович, Мендель Микола Андрійович,
Нестеренко Олександр Леонтійович(57) Спосіб резекції шлунка, що включає резекцію
шлунка по Більрот-1 з термінолатеральним гас-
тродуоденоанастомозом, який **відрізняється** тим,
що при формуванні гастроуденоанастомозу пе-
редню стінку ДПК розсікають поперечно.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для лікування хворих із виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК).

Відомі способи резекції шлунка по Більрот-1, при яких кукса ДПК ушивається наглухо, а безперервність шлунково-кишкового тракту відновлюється накладенням термінолатерального гастроуденоанастомозу [1]. Перевагою цих способів є відновлення пасажу по травній трубці з включенням у травлення ДПК.

Найбільш близьким за технічною сутністю і прийнятим за прототип є спосіб Фінстерера резекції шлунка по Більрот-1 [2], що полягає в наступному. Виконується резекція шлунка з ушиванням частини просвітку кукси шлунка в області малої кривизни. Куксу ДПК зашивають наглухо. Неушиту у великої кривизни частину кукси шлунка анастомозують у бік ДПК, розсікаючи передню стінку ДПК поздовжньо.

Недоліком прототипу є висока частота ускладнень через порушення пасажу в області гастроуденоанастомозу, обумовлено поздовжнім розсіченням циркулярних м'язових волокон ДПК і погіршення кровопостачання через пересічення судин.

Задачею винаходу є створення такого способу резекції шлунка, який за рахунок накладення поперечного гастроуденоанастомозу, забезпечив би зниження числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб резекції шлунка формують гастроуденоанастомоз розсікаючи передню стінку ДПК поперечно.

Спосіб виконується таким чином. Виконують верхнє-серединну лапаротомію. При встановленні показань виконують резекцію шлунка. Куксу ДПК зашивають. Частину кукси шлунка ушивають,

формуючи малу кривизну. Передню стінку ДПК розсікають поперечно. Безперервність травного тракту відновлюють шляхом накладення термінолатерального гастроуденоанастомозу. Після операційну рану ушивають наглухо.

Приклад: Хворий С., історія хвороби № 10634/99, поступив із скаргами на біль в епігастричній області, нудоту, почуття важкості в епігастрії після прийому їжі, часте блювання з'їденою їжею, відрижку, зниження маси тіла. З анамнезу: хворіє на виразкову хворобу цибулини ДПК протягом 7 років, неодноразово проходив курси консервативної терапії.

Обстежений: при фіброгастроуденоскопії в шлунку натще визначається велика кількість рідини, слиз, слизова шлунка вогнищеве гіперемована, складки набряклі, стінка шлунка легко розправляється повітрям, порожнина шлунка збільшена у розмірах. Цибулина ДПК значно деформована за рахунок рубцевих змін, звужена, пройти її ендоскопом не вдається. При рентгенографії шлунка через 6 і 24 години після введення суспензії сульфату барію відзначена затримка контрасту. Встановлено діагноз: рубцева деформація цибулини ДПК, декомпенсований стеноз виходу зі шлунка. Після передопераційної підготовки виконана верхнє-серединна лапаротомія. Цибулина ДПК рубцево деформована, шлунок збільшений у розмірах, стінка його витончена. Виконано резекцію шлунка, кукса ДПК ушита. Передня стінка ДПК розсічена поперечно, після чого накладений термінолатеральний гастроуденоанастомоз. Післяопераційна рана пошарово ушита наглухо. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний на 9 добу після операції. При контрольному огляді через 4 місяці скарг не пред'являє, практично здоровий.

За запропонованим способом оперовано 2

(19) UA (11) 38423 (13) A

хворих, ускладнень при цьому не спостерігалось. При операції за способом Фінстерера в 3 хворих, в одного хворого відзначалось порушення евакуації зі шлунка.

Таким чином, порівняння з прототипом показує, що застосування даного способу дозволяє зменшити число післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. К., Здоровье, 1987.- с.179-184.
2. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. Киев, Здоровье, 1979. - с.105.

+

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
