



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40022 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/04МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200811340

(22) 19.09.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл. № 6, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
САВВИ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, КРИВО-
РУЧКО ІГОР АНДРІЙОВИЧ, UA, ІВАНОВА ЮЛІЯ
ВІКТОРІВНА, UA, ХАРЧЕНКО КАТЕРИНА ВОЛО-
ДИМИРІВНА, UA(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", UA(57) 1. Спосіб лікування хворих з неспроможністю
стравохідно-шлункового анастомозу, що включає
ургентну релапаротомію, санацію і дренування
черевної порожнини і місця абсцесу, а також інту-
бацію кишечника, який відрізняється тим, що до-

датково виконують розділення анастомозу, виклю-
чення стравоходу та виведення культі шлунка на
передню черевну стінку шляхом формування тер-
мінальної гастростоми, а інтубацію кишечника ви-
конують введенням зонда крізь гастростомну трубу-
ку.

2. Спосіб лікування хворих з неспроможністю
стравохідно-шлункового анастомозу за п.1, який
відрізняється тим, що виключення стравоходу
виконують шляхом накладання езофагостоми на
протязі.

3. Спосіб лікування хворих з неспроможністю
стравохідно-шлункового анастомозу за п.1, який
відрізняється тим, що виключення стравоходу
виконують ушиванням стравоходу наглухо, а та-
кож трансназально вводять зонд для видалення
слизу.

Корисна модель стосується хірургічної гастро-
ентерології та може бути використана при опера-
ціях на шлунково-кишковому тракті у випадку не-
спроможності стравохідно-шлункового анастомозу,
наприклад, після субтотальної проксимальної ре-
секції шлунку.

Існує спосіб лікування хворих на рак кардіаль-
ного відділу шлунку, що описаний у [книзі Шалімо-
ва О.О., Саєнко В.Ф. «Хірургія шлунково-кишкового
тракта» див. К. -Здоров'я. -1987. -С.206-207]. До
його складу входять наступні основні етапи: мобі-
лізація великої кривизни шлунку; мобілізація малої
кривизни з перев'язуванням лівої шлункової арте-
рії; мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохе-
ром; резекція проксимальної частини шлунку; на-
кладання стравохідно-шлункового анастомозу.

Але таке оперативне лікування в 1,8-33% спо-
стережень ускладнюється неспроможністю езофа-
гогастроанастомозу і в 68-82% призводить до сме-
рті хворого [див. Р.А. Григорян «Релапаротомія в
хірургії желудка и двенадцатиперстной кишки». -
Москва. -МІА. -2005. -С.109-111].

Найбільш близьким до корисної моделі по суті
та результату, що досягається, є спосіб лікування
неспроможності стравохідно-шлункового анасто-
мозу, що описаний в [книзі В.И. Казанский «Хірур-
гія рака пищевода» див. Москва. - «Медицина». -
1973. -С.317-320].

Він включає виконання ургентної релапарото-
мії, формування єюностомії для підтримки харчу-
вання хворого, інтубацію кишечника, а також вико-
нання санації та дренування черевної порожнини і
місця абсцесу.

Описаний спосіб дозволяє лікувати неспромо-
жність анастомозу, однак це лікування є недостат-
ньо ефективним, оскільки передбачає залишення
езофагогастроанастомозу у черевній порожнині,
що в подальшому призводить до додаткового інфі-
кування черевної порожнини та продовжуваному
перитоніту.

В основу корисної моделі поставлене завдан-
ня створення удосконаленого процесу, який до-
зволяє підвищити ефективність лікування хворих
при виявленні неспроможності стравохідно-
шлункового анастомозу після субтотальної прок-
симальної резекції шлунку шляхом розділення
анастомозу, виключення стравоходу з травного
процесу та харчування хворого через культю шлу-
нка.

Поставлена задача вирішується тим, що в
спосіб лікування хворих з неспроможністю стра-
вохідно-шлункового анастомозу після субтоталь-
ної проксимальної резекції шлунку, який включає
ургентну релапаротомію, накладання єюностомії,
санацію і дренування черевної порожнини та місця
абсцесу, а також інтубацію кишечника, у відповід-

(13) U

(11) 40022

(19) UA

ності до корисної моделі додатково виконують розділення анастомозу, виключення стравоходу і виведення культі шлунку на передню черевну стінку шляхом формування термінальної гастростоми, а інтубацію кишечника виконують введенням зонду крізь гастростомну трубку.

Доцільно виключення стравоходу виконувати шляхом накладання езофагостоми на протязі.

Доцільно також виключення стравоходу виконувати ушиванням стравоходу наглухо, а також трансназально вводити зонд для видалення слизу.

Виконання розділення анастомозу, виключення стравоходу з травного процесу і виведення культі шлунку на передню черевну стінку у вигляді термінальної гастростоми, дозволяє усунути головне джерело перитоніту (анастомоз, що не склався) і, таким чином, попередити його вторинні локальні та генералізовані гнійно-септичні ускладнення протягом раннього післяопераційного періоду у хворого.

Заявнику невідомі рішення, які включають виконання розділення анастомозу, виключення стравоходу та формування термінальної гастростоми на передню черевну стінку з метою запобігання розвитку запального процесу в черевній порожнині у хворих, які перенесли субтотальну проксимальну резекцію шлунку, що ускладнена неспроможністю стравохідно-шлункового анастомозу.

Більш докладний опис процесу суміщено з прикладом його конкретного клінічного застосування.

Клінічний приклад.

Хворий К., 67 років, переведений до інституту з клінікою неспроможності езофагогастроанастомозу після перенесеної шість діб тому субтотальної проксимальної резекції шлунку з приводу раку кардіального відділу. За життєвими показаннями, після передопераційної підготовки в умовах ПІТ, виконана ургентна релапаротомія, під час якої при ревізії органів черевної порожнини виявлена неспроможність швів езофагогастроанастомозу, перитоніт. Виконано розділення анастомозу, накладання езофагостоми на протязі з виведенням трубки крізь окрему контрапертуру в правому підребер'ї, формування термінальної гастростоми з культі шлунку, інтубація кишечника крізь гастростомну трубку, санація, дренування черевної порожнини і місця абсцесу двома перчаточнотрубковими дренажами з обох підребер'їв. В післяопераційному періоді хворому проводилась комплексна інтенсивна, антибактеріальна, проти-запальна, органотропна та замісна терапія. Після появи клініко-лабораторної ремісії була проведена реконструктивна операція - екстирпація культі шлунку з накладанням езофагоєюноанастомозу. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані.

Таким чином, виконання процесу у відповідності до корисної моделі дозволяє підвищити ефективність лікування хворих з неспроможністю стравохідно-шлункового анастомозу після субтотальної проксимальної резекції шлунку, що була перенесена раніше.