



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41233 (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 ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

1

2

(21) u200814779

(22) 22.12.2008

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
САВВИ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ШЕВЧЕН-
КО ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ, UA, РАДЖИВ
КУМАР СОХОДЕБ, UA

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", UA

(57) 1. Спосіб хірургічного лікування післяопікових
стриктур стравоходу і шлунка, що включає лапа-

ротомний доступ, задньоободову гастроентерос-
томію і ентеростомію, гастроентероанастомоз із
задньою стінкою шлунка на межі його верхньої і
середньої третини, який **відрізняється** тим, що
додатково виконують подвійну задньоободову гас-
троентеростомію за типом "бік в бік".

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що фо-
рмують антирефлюксний гастроентероанастомоз,
термінальний кінець відключеної за Ру кишки ви-
водять через окремий параректальний розріз в
лівому підребер'ї, де формують єюностому.

Корисна модель стосується хірургії і може бути
використана для оперативного лікування
післяопікових стриктур стравоходу і шлунку.

Відомий спосіб оперативного лікування
післяопікових уражень стравоходу та шлунка, який
включає лапаротомний доступ, виведення в рану
шлунка, на найбільш рухливу передню стінку на-
кладають кисетний шов, по центру якого крізь
розріз шлунку уведеться резинова трубка, навколо
якої зав'язують кисетний шов. Вільний кінець тру-
бки виводиться на черевну стінку, (див. А.А. Шали-
мов, В.Ф. Саенко "Хирургия пищеварительного
тракта". - М." Медицина.-1987.-С. 566).

Недоліком цього способу є груба деформація
шлунку, неможливість на подальших етапах
лікування використовувати його для пластики
стравоходу.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті
і результату, що досягається, є спосіб хірургічного
лікування післяопікових уражень стравоходу та
шлунку, який включає лапаротомний доступ, на
першому етапі лікування формують гастростому,
через 4-6 місяців проводять пластику стравоходу
товстою або тонкою кишкою. (Островерхов Г.Е. и
др. "Оперативная хирургия и топографическая
анатомия". - М., "Медицина". 1972. С. 584-586).

До недоліків згаданого способу слід віднести
можливість виникнення в подальшому порушень
евакуації із шлунка в наслідок його рубцьової
деформації, що може потребувати додаткового
оперативного втручання.

У основу корисної моделі поставлене завдан-
ня створення удосконаленого способу хірургічного
лікування післяопікових стриктур стравоходу і
шлунку, у якому виключена можливість виникнен-
ня ускладнень захворювання.

Поставлене завдання вирішується тим, що у
спосіб хірургічного лікування післяопікових стрик-
тур стравоходу і шлунку, який включає лапаро-
томний доступ, подвійну позадіободочну
гастроентеростомію і ентеростомію,
антірефлюксний гастроентероанастомоз з заднь-
ою стінкою шлунку на межі його верхньої і
середньої третини що забезпечує дренажування
ураженого опіком шлунка та можливість харчу-
вання хворого.

Уведення у склад способу нових ознак
(антірефлюксного гастроентероанастомозу із зад-
ньою стінкою шлунку на межі його верхньої і
середньої третини за типом «бік в бік») забезпечує
виключення попадання їжі в кишку минувши шлу-
нок, можливість більш якісного хірургічного втру-
чання при післяопікових стриктур стравоходу і
шлунку, запобігання ускладнень.

Застосування операції подвійної
позадіободочної гастроентеростомії і
ентеростомії, відключеною тонкою кишкою
забезпечує адекватне дренажування шлунка,
запобігає ускладненням при комплексном етапном
лікуванні післяопікових стриктур стравоходу і шлу-
нку.

(19) UA (11) 41233 (13) U

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання. Застосовують лапаротомний доступ, на 10 см. дистальніше за зв'язки Трейца перетинають тонку кишку і формують відключену за Ру тонку кишку, шляхом формування анастомозу за типом «кінець в бік» (проксимальний кінець перетнутої кишки в бік дистальному відрізу) на відстані 30см від рівня перетину кишки. У брижі поперечно-ободової кишки формують отвір, в який проводять відключену за Ру тонку кишку. Потім формують антірефлюксний гастроентероанастомоз із задньою стінкою шлунку на межі його верхньої і середньої третини за типом «бік в бік». Термінальний кінець відключеної кишки проводять через великий сальник уздовж великої кривизни шлунку, при цьому кишка розпластана на шлунку, для того, щоб виключити попадання їжі в кишку

минувши шлунок, потім формують гастроентероанастомоз з передньою стінкою шлунку за типом «бік в бік». Термінальний кінець відключеної за Ру кишки виводять через окремий параректальний розріз в лівому підребер'ї, де формують еюностому. Контроль гемостазу. Пошарове закриття рани.

Таким чином, використання запропонованого рішення дозволяє виключити можливість виникнення ускладнень захворювання, у вигляді порушень прохідності шлунку.

При цьому зменшується травматичність, час і трудомісткість втручання. Травматичність зменшується за рахунок більш фізіологічного способу дренивання шлунку. Усе перелічене дозволяє забезпечити якісно нові характеристики способу хірургічного хірургічного лікування післяопікових стриктур стравоходу і шлунку.