



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43785 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ЕЗОФАГОГASTРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА З ПРИВОДУ ЗЛОЯКІСНОЇ ПУХЛИНИ

1

2

(21) u200904571

(22) 08.05.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЮК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРОВИЧ, ПРИЙМАК ВІКТОР ВАСИЛЬОВИЧ, РОЗУМІЙ ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ВАСИЛЬЄВ ОЛЕГ ВАЛЕНТИНОВИЧ, КОЛЕСНИК ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА, ЛУКАШЕНКО АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб формування езофагогастроанастомозу при проксимальній резекції шлунка з приводу злоякісної пухлини, що включає стандартне формування дворядного езофагоентероанастомозу абдомінального відділу стравоходу із передньою стінкою кукси шлунка, який **відрізняється** тим, що сформований анастомоз огортають правим та лівим краями кукси шлунка із формуванням між куксою шлунка і стравоходом гострого кута.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до онкології та хірургії, та може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на злоякісні пухлини верхньої третини та кардіального відділу шлунка.

При ураженні верхньої третини або кардіального відділу шлунка злоякісним новоутворенням необхідно виконувати видалення ураженої ділянки шлунка із формуванням езофагогастроанастомозу. Дану операцію можна умовно розділити на два основних етапи. Перший етап складається із в мобілізації шлунка із пухлиною та зонами регіонарного метастазування, подальшою резекцією шлунка із формуванням кукси. Суть другого етапу полягає в відновленні неперервності шлунково-кишкового тракту шляхом формування езофагогастроанастомозу (проксимальний відділ стравоходу з'єднується із куксою шлунка).

Існує декілька способів формування езофагогастроанастомозу, які виконують переважно в одній чи іншій клініці, але кожен з них має певну кількість суттєвих функціональних недоліків. Основним недоліком є розвиток гастроезофагального рефлюксу, як наслідок віддалених післяопераційних розладів моторики пасажу їжі. Виникнення даного ускладнення пов'язано із видаленням верхньої третини шлунку, яка шляхом своїх анатомічних особливостей виконує антирефлюксну функцію.

Спробою зменшити ризик виникнення гастроезофагального рефлюксу при проксимальних резекціях шлунка є операція із пластикою проксимального відділу шлунка ділянкою тонкої кишки на

живлячий ніжці [1], що включає такі етапи: після формування кукси шлунка апаратним способом механічний шов додатково заглиблюється серозозниими вузловими швами; куксу шлунка співставляють із абдомінальною ділянкою стравоходу, так щоб умовна лінія анастомозу розташовувалась на 5 см дистальніше від краю куси по передній стінці шлунка. Далі накладають перший (задній) ряд вузлових серо-мускулярних швів (фіксація задньої стінки стравоходу до передньої стінки кукси шлунка відповідно до умовної лінії анастомоза) далі за допомогою електрокоагулятора розкривають просвіт кукси шлунка і накладають ряд внутрішніх анастомотичних швів через всі шари стравоходу та шлунка поодинокими вузловими швами із співставленням слизових оболонок. Далі накладають передній ряд серо-мускулярних «П» - подібних швів (який продовжує перший - задній ряд) із зануренням анастомозованих ділянки стравоходу в просвіт шлунку.

Недоліками наведеного способу є підвищення обсягу та часу оперативного втручання, додаткове формування 2-х анастомозів (гастро-ентеро, енто-ентеро), що підвищує ризик оперативного втручання шляхом можливого виникнення наступних ускладнень - некроз трансплантату, неспроможність додаткових анастомозів.

Задачею заявленої корисної моделі є забезпечення можливості отримати ефект антирефлюксного механізму без збільшення обсягу оперативного втручання у хворих, яким виконуються проксимальні резекції шлунка з приводу раку вер-

(13) U

(11) 43785

(19) UA

хньої третини шлунка або кардіального відділу шлунка.

Технічний результат полягає в покращенні результатів оперативного лікування та покращенні якості життя хворих на рак верхньої третини та кардіального відділу шлунка при виконанні проксимальних резекцій шлунка шляхом усунення гастроєзофагального рефлюкса.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, що включає стандартне формування дворядного езофагоентероанастомозу абдомінального відділу стравоходу із передньою стінкою кукси шлунка, згідно корисної моделі сформований анастомоз огортають правим та лівим краями кукси шлунка із формуванням між куксою шлунка і стравоходом гострого кута.

Особливістю даного способу є можливість формування гострого кута між стравоходом та куксою шлунка, що в подальшому відновлює антирефлюксний механізм пасажу їжі, також додаткове укутування анастомоза стінкою шлунка зміцнює перші дві анастомотичні лінії швів, що запобігає неспроможності анастомозу. Всі ці механізми спрямовані на покращення результатів лікування та підвищення якості життя в хворих на рак проксимальних відділів шлунка.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Виконують стандартне формування дворядного езофагоентероанастомозу абдомінального відділу стравоходу із передньою стінкою кукси шлун-

ка, після чого сформований анастомоз огортають правим та лівим краями кукси шлунка із формуванням між куксою шлунка і стравоходом гострого кута.

Приклад конкретного виконання:

Хворий Марков П.С., 76 років, 6.04.2009 поступив для оперативного лікування до відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Державної установи «Національний інститут раку» з діагнозом рак верхньої третини шлунка T1N0M0 ст I. Хворому 14.04.2009 виконана проксимальна резекція шлунка із формування езофагоентероанастомозу із додатковим укутуванням анастомозу куксою шлунка. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом. При рентгенологічному та ендоскопічному дослідженні - пасаж їжі через анастомоз задовільний без ознак гастроєзофагального рефлюксу.

Спосіб, що пропонується був апробований в клініці онкології НМУ на базі Державної установи «Національний інститут раку» протягом 2009 року і показав себе як високоефективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерела інформації:

1. Clavien P., Sarr M., Fong Y. et al. Atlas Of Upper Gastrointestinal And Hepato-Pancreato-Biliary Surgery. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007. - 990 p.