



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4765 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬВІДБІРАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЕЛІПСОЇДНОЇ ГАСТРОПЛАСТИКИ

1

2

(21) 2004031768

(22) 11.03.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. №2, 2005р.

(72) Гринчук Федір Васильович, Полянський Ігор
Юлійович, Максим'юк Віталій Васильович(73) Гринчук Федір Васильович, Полянський Ігор
Юлійович, Максим'юк Віталій Васильович(57) Спосіб еліпсоїдної гастропластики шляхом
зшивання протилежних стінок дефекту органа,
який відрізняється тим, що після висічення вира-

зки дефект шлунка зашивається таким чином, щоб місце першого акому голки було зміщено, залежно від розмірів дефекту, на 2-4 см доверху та досередини відносно переднього медіального кута рани шлунка, утвореного при накладанні на його стінку симетричних утримуючих лігатур, а викол голки проводився на протилежній стінці безпосередньо біля кута рани, що не звужує просвіт органа, а відновлює звичайну форму шлунка після його зашивання.

Корисна модель відноситься до медицини і може бути використана для лікування хворих на виразкову хворобу шлунку, ускладнену перфوراцією та розповсюдженням перитонітом, профузною кровотечею. Це потребує проведення екстреного оперативного втручання, яке полягає у висіченні виразки та зашиванні дефекту шлунку - гастропластиці, оскільки радикальні операції в таких умовах не проводяться (Шалимов А.А., Саєнко В.Ф., Хірургія шлунково-кишкового тракту - К.: Здоров'я, 1987.- С.232; 240). Такі ж за об'ємом втручання застосовують у ослаблених пацієнтів із великими та гігантськими виразками.

Однак, у віддаленому післяопераційному періоді у частини хворих виникають ускладнення, пов'язані з деформацією шлунку, внаслідок проведеного втручання, розвитком гастростазу.

Дану корисну модель спрямовано на розробку такого методу гастропластики, який дозволив би відновлювати форму шлунку, близьку до нормальної, уникати розвитку деформацій та пов'язаних із цим післяопераційних ускладнень.

Прототип описаний в книгах: Шалимов А.А., Саєнко В.Ф., Хірургія шлунково-кишкового тракту.- К.: Здоров'я, 1987.- С.232, Зайцев В.Т., Тищенко А.М., Бойко В.В., Тарабан І.А. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.- Харьков, 1994.- С.166-167. Для пластики дефекту шлунку, після висічення виразки, з метою профілактики звуження його просвіту використовують зашивання органу впоперек до його повздожної осі.

Якщо отвір, що зашивається, невеликих розмірів, то суттєвої деформації шлунку це не викликає. Але, така пластика великих дефектів призводить до значного збільшення поперечного розміру й до вкорочення шлунку, а також до стягування його стінок до лінії швів, що також змінює конфігурацію шлункового каналу. Такі зміни спричиняють до порушення анатомічних співвідношень органів, зв'язаних із шлунком, сповільненої евакуації, порушення процесів травлення, що є причиною виникнення цілого ряду віддалених післяопераційних ускладнень.

При розробці способу гастропластики поставлена задача розробити такий спосіб, який би був позбавлений вказаних недоліків, тобто, не призводив би до змін анатомічних співвідношень між органами, зв'язаними з шлунком, не призводив би до деформації його каналу, не мав протипоказів, був простим і швидким у виконанні.

Поставлена задача досягається наступним чином. Для усунення вказаного недоліку, пов'язаного із особливостями техніки виконання гастропластики, нами запропоновано для її виконання зашивати дефект шлунку таким чином, щоб місце першого акому голки було зміщено, залежно від розмірів дефекту, на 2-4см доверху та досередини відносно переднього медіального кута рани шлунку, утвореного при накладанні на його стінку симетричних утримуючих лігатур, а викол голки проводився на протилежній стінці безпосередньо біля кута рани (Фіг.1, Фіг.2, Фіг.3). Така техніка

(13) U

(11) 4765

(19) UA

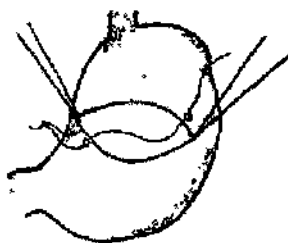
зашивання не спричиняє до звуження просвіту органу, а еліпсоїдна конфігурація лінії швів призводить до формування звичайної форми шлунку після його зашивання (Фіг 4).

Таким чином, головною відмінною ознакою запропонованого способу еліпсоїдної гастропластики є те, що зашивання дефекту шлунку після висічення великих та гігантських виразок не призводить до значного збільшення поперечного розміру й до вкорочення шлунку, а також до стягування його стінок до лінії швів, не змінює конфігурацію шлункового каналу. Досягається це за допомогою зміни техніки зашивання отвору в шлунку таким чином, що відновлюється звичайна конфігурація органу.

Розроблений нами спосіб еліпсоїдної гастропластики апробований на хворих. Хворий Д., 75р., медична карта №3585, поступив в ургентному порядку з клінікою перфоративної гастродуоденальної виразки. В екстреному порядку прооперований. Субопераційно встановлено, що у всіх відділах очеревинної порожнини велика кількість серозне-фібринозне-геморагічного каламутного ексудату з домішкою жовчі та шлункового вмісту в загальній кількості до 2л. Шлунок різко деформований, підтягнутий до печінки, по малій кривизні у ділянці тіла визначається отвір до 3см в діаметрі, з якого

поступає шлунковий вміст, навколо виразки виражений інфільтрат до 14см в діаметрі, в який втягнутий малий чіпець, печінкове - дванадцятипала зв'язка, головка підшлункової залози, краї виразки щільні. Краї виразки відмобілізовані та висічені. При цьому утворився дефект шлунку верхній край якого нижче на 4см від кардії, а нижній - над гепатодуоденальною зв'язкою. Виконана еліпсоїдна гастропластика, санація і дренування очеревинної порожнини. Післяопераційний період без ускладнень. Виписаний на амбулаторне лікування на 9 добу без скарг, у задовільному стані. Під час контрольних оглядів через пів-року та рік скарг з боку органів травлення не висуває, при ендоскопічному та рентгенологічному обстеженнях виразки та деформації шлунку не виявлено.

Таким чином, використання запропонованого способу еліпсоїдної гастропластики значного не призводить до збільшення поперечного розміру й вкорочення шлунку, а також стягування його стінок до лінії швів, знижує ризик розвитку деформації шлунку та конфігурації шлункового каналу, зменшує кількість післяопераційних ускладнень, витрати на реабілітаційне лікування, покращує якість життя хворих.



Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3



Фіг.4