



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51341 (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 ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u201000960

(22) 01.02.2010

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВИ
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ДАЛАВУРАК ВОЛО-
ДИМИР ПЕТРОВИЧ, НОВІКОВ ЄВГЕН АНАТОЛІ-
ЙОВИЧ, ПОНОМАРЬОВ ЛЕОНІД ОЛЕКСІЙОВИЧ

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

2

(57) Спосіб гастректомії, що включає гастректомію з пересіканням дистальної частини стравоходу, проведення петлі порожнистої кишки крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки, формування інвагінаційного стравохідно-кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання міжкишкового сполучення між привідною і відвідною петлями порожнистої кишки і заглушення її привідної петлі, який **відрізняється** тим, що в процесі гастректомії пересікання стравоходу виконують з утворенням гострого кута між подовжньою віссю стравоходу і дистальним краєм зрізу стравоходу.

Корисна модель стосується медицини, а саме хірургічної гастроентерології і може бути використана для профілактики ускладнень після гастректомії.

Відомий спосіб гастректомії, який описаний в книзі А.А. Шалимова, В.Ф. Саєнко "Хірургія шлунково-кишкового тракту" (см. К. -Здоров'я. - 1987. - С. 273-277, рис. 110-111). Він включає гастректомію, анастомозування стравоходу з тонкою кишкою "кінець в бік" з формуванням кишкової петлі по Пляровичу - Шалімову та міжкишкового співвустя.

Недоліками цього способу є те, що відбувається втрата запиральної функції стравоходу та різке збільшення закидання кишкового вмісту до нього, що викликає рефлюкс-езофагіт з наступним стриктуроутворенням (пептичної стриктури).

Найбільш близьким до корисної моделі за суттю та результатом, що досягається, є спосіб гастректомії за пат. України № №30043А (А61В 17/00, пр. 29.12.1999, опубл. 15.11.2000). Він включає гастректомію, проведення петлі порожнистої кишки крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки, формування інвагінаційного стравохідно-кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання міжкишкового співвустя між привідною і відвідною петлями порожнистої кишки і заглушення її привідної петлі. Перед накладанням анастомозу виконують внутрішньопорожнинну езофаго- і ентеро-дилатацію.

Спосіб дозволяє ліквідувати патологічний осередок в шлунку (рак тіла шлунка, велика виразка

шлунка з підозрою на пухлину, інш.) і відновити безперервність травного тракту. Але недоліками способу є неможливість попередження стенозу анастомозу у випадку розвитку анастомозиту, що призводить до утворення в наступному рубцевого звуження зони анастомозу. До того ж, у сформованого анастомозу недостатня антирефлюксна функція, що також може призвести до рефлюксного езофагіту і також до утворення в наступному рубцевого звуження зони анастомозу. Наявність інвагінаційного анастомозу дозволяє як захистити зону швів, так і частково зменшити рефлюкс кишкового вмісту до стравоходу. Але це зменшення недостатньо ефективне, оскільки антирефлюксний механізм недосконалий.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу гастректомії, який дозволяє попередити стеноз сформованого анастомозу, а також збільшити ефективність антирефлюксної функції останнього.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб гастректомії, що включає гастректомію з пересіканням дистальної частини стравоходу, проведення петлі порожнистої кишки крізь вікно в брижі поперечно-ободової кишки, формування інвагінаційного стравохідно-кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання міжкишкового сполучення між привідною і відвідною петлями порожнистої кишки і заглушення її привідної петлі, згідно з корисною моделлю в процесі гастректомії пересікання стравоходу виконують з утворенням гостро-

(13) U
(11) 51341
(19) UA

го кута між подовжньою віссю стравоходу і дистальним краєм зрізу стравоходу.

Виконання пересікання стравоходу за запропонованим рішенням дозволяє попередити стеноз сформованого анастомозу за рахунок збільшення площини перерізу стравоходу в зоні анастомозу, а також зберегти більш ефективне кровопостачання країв стравоходу за рахунок меншої кількості пересічень колатералей. Останнє сприяє більш ефективному загосненню анастомозу і профілактиці його неспроможності. Спосіб пересікання стравоходу дозволяє також збільшити ефективність антирефлюксної функції за рахунок утворення клапаноподібної складки із зшитих між собою та інвагінованих в просвіт тонкої кишки дистального краю зрізу стравоходу і тонкої кишки.

Заявнику невідоме використання косою зрізу стравоходу для попередження стенозу сформованого анастомозу, а також збільшення ефективності антирефлюксної функції останнього.

Виконання способу ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий етап способу гастректомії. Здійснене з'єднання стравоходу 1 з тонкою кишкою 2, при цьому в процесі гастректомії виконане пересікання стравоходу 1 з утворенням гострого кута 3 між подовжньою віссю стравоходу 1 і дистальним краєм 4 зрізу стравоходу.

Клінічний приклад.

Хворий Н., 50 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на періодичні болі в епігастрії, слабкість, похудіння на 10 кг за 4 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 3 місяці до госпіталі-

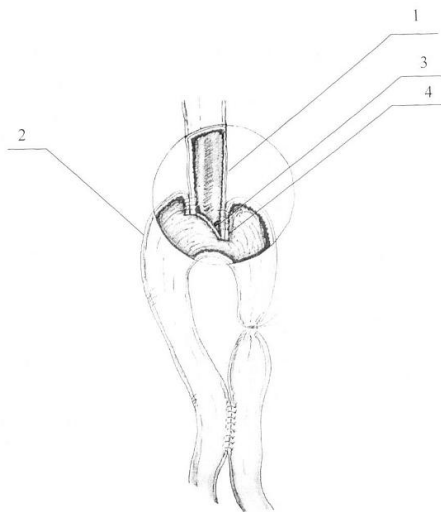
зації. При обстеженні по даним ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина тіла шлунка. Патогістологічний висновок: високодиференційована аденокарцинома. Даних за метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії діагноз підтвердився.

Здійснена гастректомія з лімфодисекцією, при цьому пересікання стравоходу здійснене під кутом 45° до подовжньої вісі стравоходу. Сформований інвагінаційний стравохідно-тонкокишковий анастомоз з міжкишковим співвустям по Брауну та заглушкою привідної петлі кишки по Шалімову.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 12 добу. Проведена поліхіміотерапія.

При обстеженні через 4 та 10 місяців після операції скарг немає, стан задовільний. При ендоскопічному дослідженні ознак рецидиву захворювання та рефлюкс-езофагіту не виявлено. Рентгенологічно: прохідність анастомозу вільна, евакуація не порушена, регургітація не виявлена.

Таким чином, виконання способу гастректомії за корисною моделлю дозволяє попередити стеноз сформованого анастомозу, а також збільшити ефективність антирефлюксної функції останнього. Додатково перевагою способу є можливість формування необхідного розміру перерізу стравоходу в зоні анастомозу в залежності від розміру перерізу обраного відділу тонкої кишки, який анастомозується зі стравоходом.



Фіг.