



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53316 (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 ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

1

2

(21) u201000044

(22) 11.01.2010

(24) 11.10.2010

(46) 11.10.2010, Бюл.№ 19, 2010 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВИ  
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ХАРЧЕНКО КАТЕРИ-  
НА ВОЛОДИМИРІВНА

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

(57) Спосіб відновлення безперервності шлунково-  
кишкового тракту, що включає мобілізацію сегмен-

та порожньої кишки зі зберіганням судин, які жив-  
лять цей фрагмент кишки, переміщення отримано-  
го сегмента до стравоходу, який **відрізняється**  
тим, що виконують з'єднання стравоходу з кишкою  
"кінець в бік", проксимальний кінець трансплантата  
з'єднують зі шлунком "кінець в кінець", дванадця-  
типалу кишку з'єднують з дистальним кінцем по-  
рожньої кишки "кінець в бік", а також додатково  
формують анастомоз між тілом шлунка та порож-  
ньою кишкою "бік в бік".

Корисна модель стосується медицини, а саме  
хірургічної гастроентерології і може бути викорис-  
тана для відновлення травного тракту після резек-  
ції стравоходу.

Існує спосіб оперативного лікування захворю-  
вань грудного відділу стравоходу (див. Шалімов О.  
О., Саєнко В. Ф. «Хирургия пищеварительного  
тракта». - К. - Здоров'я. - 1987. - С. 122-123). Він  
включає резекцію стравоходу з одночасним внут-  
рішньооплевральним езофагогастроанастомозом в  
модифікації Льюїса.

Спосіб дозволяє виконувати резекцію ураже-  
ної ділянки стравоходу з одночасним формуван-  
ням езофагогастроанастомозу в правій плевраль-  
ній порожнині. Негативною стороною даного  
способу є необхідність мобілізації шлунку та про-  
ведення його в праву плевральну порожнину для  
накладання стравохідно-шлункового анастомозу,  
що додає травматичності оперативному втручан-  
ню. Однак, зустрічаються ситуації, коли неможли-  
во мобілізувати шлунок за різними причинами.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті  
і результату, що досягається, є спосіб відновлення  
безперервності шлунково-кишкового тракту шля-  
хом пластики стравоходу тонкою кишкою по Ру-  
Герцену-Юдіну, що описаний в книзі  
А.А.Шалимова, В.Н.Полупана „Атлас операций на  
пищевод, желудке и двенадцатиперстной кишке"  
(см. М.-Медицина. - 1975. - С. 130-132). Він вклю-  
чає мобілізацію сегменту порожньої кишки зі збері-  
ганням судин, які живлять цей фрагмент кишки,  
дистальне та проксимальне пересічення кишки,  
переміщення отриманого сегмента крізь вікно в

мезоколон і підведення його до стравоходу, з'єд-  
нання дистального кінця кишкового резервуара зі  
шлунком, а проксимального - зі стравоходом, а  
також відновлення безперервності порожньої киш-  
ки.

Перевагою зазначеного рішення є включення  
в пасаж їжі дванадцятипалої кишки, при цьому до  
процесу травлення безпосередньо залучаються  
панкреатичні соки, жовч, гормони дванадцятипалої  
кишки. Негативною стороною даного оперативного  
втручання є можливість виникнення значущих  
ішемічних порушень на кінцях трансплантату, які  
можуть призвести до неспроможності анастомозу.  
Також, необхідність формування підшкірного тунелю,  
крізь котрий проводять трансплантат порож-  
ньої кишки, достатньо травматична для пацієнта.

В основу корисної моделі поставлене завдан-  
ня створення удосконаленого способу відновлення  
травного тракту після резекції стравоходу, який  
дозволяє підвищити ефективність лікування хво-  
рих шляхом розвантаження анастомозу проксима-  
льного кінця трансплантату за рахунок формуван-  
ня додаткового шляху евакуації їжі через відповідну  
гілку трансплантату, дистального - за рахунок пот-  
рапляння до нього частково перевареної їжі. Езо-  
фагоєюноанастомоз формується на відстані від  
проксимального кінця трансплантата, в місці най-  
ліпшого його кровопостачання.

Поставлене завдання вирішується тим, що в  
способі відновлення безперервності шлунково-  
кишкового тракту, який включає мобілізацію сег-  
менту порожньої кишки зі зберіганням судин, які  
живлять цей фрагмент кишки, переміщення отри-

(19) UA (11) 53316 (13) U

маного сегмента до стравоходу, згідно з корисною моделлю виконують з'єднання стравоходу з кишкою «кінець в бік», проксимальний кінець трансплантата з'єднують зі шлунком «кінець в кінець», дванадцятипалу кишку з'єднують з дистальним кінцем порожньої кишки «кінець в бік», а також додатково формують анастомоз між тілом шлунка та порожньою кишкою «бік в бік».

Формування езофагоєюноанастомоза вище-описаним способом «кінець в бік» дозволяє провести профілактику некрозу трансплантата порожньої кишки.

Формування анастомозу між шлунком та проксимальним кінцем сегменту порожньої кишки дозволяє створити додаткове переміщення їжі крізь відвідну гілку сегменту порожньої кишки. Таким чином, крізь дистальний кінець трансплантата їжа евакуюється вже частково перевареною. Додатковий анастомоз між шлунком та сегментом порожньої кишки дозволяє розгрузити трансплантат та створити ліпші умови для процесу травлення.

Заявнику невідомі рішення, які включають відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту трансплантатом з порожньої кишки описаним способом з метою профілактики ішемічних порушень в кінцях трансплантату.

Детальний опис процесу поєднано з прикладом його клінічного використання.

Клінічний приклад.

Хворий А., 45 років, поступив до клініки інституту зі скаргами на ускладнення проходження їжі, зниження маси тіла на 10 кг за останні 3 місяці. З анамнезу: два роки тому опік стравоходу лужним електролітом. При рентгенівському дослідженні стравоходу виявлений стеноз у середній третині грудного відділу стравоходу довжиною. Виконано оперативне лікування - пластика стравоходу сегментом порожньої кишки. Інтраопераційно сформований трансплантат з порожньої кишки зі збереженням судин. Трансплантат підведений до стравоходу. Сформований езофагоєюноанастомоз «кінець в бік», гастроєюноанастомоз «кінець в кінець», дуоденоєюноанастомоз «кінець в бік» та додатковий анастомоз між шлунком та порожньою кишкою «бік в бік». Післяопераційний період протікав без ускладнень. Пацієнт виписаний у задовільному стані. Харчується будь-якою їжею.

Таким чином, виконання процесу у відповідності до корисної моделі дозволяє підвищити ефективність лікування хворих з патологією стравоходу за рахунок профілактики ішемічних порушень у трансплантаті з порожньої кишки шляхом формування анастомозів описаним способом.