



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64612 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u201105076

(22) 21.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) КУСТРЬО ВАЛЕРІЙ ІВАНОВИЧ, ЛАНГАЗО
ОЛЕКСАНДРА ВАЛЕРІЇВНА(73) КУСТРЬО ВАЛЕРІЙ ІВАНОВИЧ, ЛАНГАЗО
ОЛЕКСАНДРА ВАЛЕРІЇВНА

(57) Спосіб накладання шлунково-кишкового анастомозу, який включає формування анастомозу між початковим відділом тонкої кишки та передньою стінкою шлунка по типу «бік в бік», який **відрізняється** тим, що розсікають серозном'язовий шар передньої та задньої стінки шлунка підковоподібно-

ним розрізом через малу кривизну проксимальніше ураженої частини в косому напрямку в бік вихідного відділу шлунка на 2/3 його ширини, відшаровують розсічені оболонки шлунка в боки, після чого ушивають розсічені оболонки передньої та задньої стінки проксимального відділу шлунка між собою, починаючи від малої кривизни в напрямку до великої на всьому протязі розсічення, цим самим ввертають неушкоджену його слизову оболонку всередину та вимикають уражений відділ шлунка або дванадцятипалої кишки, при цьому анастомоз формують в місці вершини ввернутої слизової оболонки шлунка біля великої кривизни.

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і призначена для лікування невідальюваних стенозуючих захворювань вихідного відділу шлунка або дванадцятипалої кишки.

Відомий спосіб накладання шлунково-кишкового анастомозу, який включає формування анастомозу між початковим відділом тонкої кишки та передньою стінкою шлунка по типу «бік в бік» [Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. Киев, 1987, С. 169-171].

Недоліком цього способу є значна кількість післяопераційних ускладнень внаслідок того, що прийнята страва надходить в уражений відділ шлунка, викликає хімічну, механічну травматизацію останнього, прогресуванню запальних параморбідних змін. Окрім того, прийнята їжа через вихідний відділ шлунка потрапляє в привідний відділ петлі анастомозу з послідуочим скидом повторно в шлунок з розвитком «хибного кола».

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання шлунково-кишкового анастомозу, який за рахунок вимкнення ураженого відділу шлунка з пасажу забезпечував би зниження числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі накладання шлунково-кишкового анастомозу, який включає формування анастомозу між початковим відділом тонкої кишки та передньою

стінкою шлунка по типу «бік в бік», згідно з корисною моделлю, розсікають серозном'язовий шар передньої та задньої стінки шлунка підковоподібно-ним розрізом через малу кривизну проксимальніше ураженої частини в косому напрямку в сторону вихідного відділу шлунка на 2/3 його ширини. Відшаровують розсічені оболонки шлунка в боки, після чого ушивають розсічені оболонки передньої та задньої стінки проксимального відділу шлунка між собою, починаючи від малої кривизни в напрямку до великої на всьому протязі розсічення, цим самим ввертають неушкоджену його слизову оболонку всередину та вимикають уражений відділ шлунка або дванадцятипалої кишки. При цьому анастомоз формують в місці вершини ввернутої слизової оболонки шлунка біля великої кривизни.

Розсічення серозном'язового шару передньої та задньої стінки шлунка підковоподібно-ним розрізом через малу кривизну проксимальніше на 6,0 см від ураженої частини в косому напрямку в сторону вихідного відділу шлунка на 2/3 його ширини, відшарування розсічених оболонок шлунка в боки, ушивання розсічених оболонок передньої та задньої стінки проксимального відділу шлунка між собою, починаючи від малої кривизни в напрямку до великої на всьому протязі розсічення, ввертанням неушкодженої слизової оболонки шлунка всередину призводить до вимкнення ураженого відділу шлунка та зменшення у зв'язку з цим числа

(19) UA (11) 64612 (13) U

післяопераційних ускладнень.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують верхньо-серединну лапаротомію, мобілізують шлунок по малій кривизні на протязі 6,0-8,0 см в проекції майбутнього розсічення серозном'язової оболонки шлунка. Розсікають серозном'язовий шар передньої та задньої стінки шлунка підковоподібним розрізом через малу кривизну проксимальніше на 5,0-7,0 см від ураженої частини в косому напрямку в бік вихідного відділу шлунка на 2/3 його ширини. Відшаровують розсічені оболонки шлунка в боки, після чого ушивають розсічені оболонки передньої та задньої стінки проксимального відділу шлунка між собою, починаючи від малої кривизни в напрямку до великої на всьому протязі розсічення, ввертають неушкоджену його слизову оболонку всередину та вимикають уражений відділ шлунка або дванадцятипалої кишки. Формують анастомоз між початковим відділом тонкої кишки та передньою стінкою шлунка в місці вершини ввернутої слизової оболонки шлунка біля великої кривизни. В разі потреби зниження кислотопродукуючої функції шлунка виконують один з видів ваготомії. Дренаж черевної порожнини. Ушивають рану передньої черевної стінки.

Приклад

Хворий К., 1954 року народження, історія хвороби №1223, був прийнятий у відділення 3.02.2011 р. з діагнозом: хронічна виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, стадія загострення, субкомпенсований стеноз дванадцятипалої кишки. Стан після ушивання проривної виразки дванадцятипалої кишки в 1986 році.

8.02.2011 року виконана операція: селективно-проксимальна ваготомія, фундоплікація за Ніссенном, гастроентероанастомоз з «вимиканням» виразки. Верхньо-серединна лапаротомія, при ревізії виявлена постбульбарна виразка дванадцятипалої кишки з виразковим інфільтратом, який включає гепатодуоденальну зв'язку, і ускладнюється субкомпенсованим стенозом дванадцятипалої кишки. У зв'язку з наявністю виразкового інфільтрату та стенозу вирішено виконати селективно-проксимальну ваготомію та накласти обхідний шлунково-кишковий анастомоз з «вимиканням» виразки. Виконали селективно-проксимальну ваготомію, фундоплікацію за Ніссенном, після чого на

межі антрального відділу та тіла шлунка розсікли серозном'язовий шар передньої та задньої стінки шлунка підковоподібним розрізом через малу кривизну, в косому напрямку в сторону вихідного відділу шлунка на 2/3 його ширини. Відшарували розсічені оболонки шлунка в боки, після чого ушили розсічені оболонки передньої та задньої стінки проксимального відділу шлунка між собою вузловими швами, починаючи від малої кривизни в напрямку до великої на всьому протязі розсічення, ввернули неушкоджену слизову оболонку шлунка всередину. Сформували анастомоз між початковим відділом тонкої кишки та передньою стінкою шлунка в місці вершини ввернутої слизової оболонки шлунка біля великої кривизни. Дренаж черевної порожнини. Ушили рану передньої черевної стінки.

Післяопераційний період проходив гладко. Рана зажила первинним натягом. На 8 добу після операції хворий виписаний. При контрольному огляді через 1 місяць стан хворого задовільний, він набув ваги, блювоти, болі не відмічає. При рентгенологічному обстеженні шлунка відмічається порційна евакуація барієвої суміші в одному напрямку - через сформований шлунково-кишковий анастомоз.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих, ускладнень у них не спостерігалось, больовий симптом купіруваний на 3 добу після операції, усі прибавили у вазі, відчують задоволення від прийнятої їжі. При рентгенологічному обстеженні шлунка відмічається порційна евакуація барієвої суміші в одному напрямку - через сформований шлунково-кишковий анастомоз.

Тим часом, як з 5 хворих, прооперованих за способом-прототипом, у 4 відмічалось зривання прийнятої їжі, застій останньої в шлунку, відчуття розпирання в епігастральній ділянці, відсутність задоволення від прийнятої їжі, при рентгенологічному обстеженні шлунка відмічалась евакуація барієвої суміші як через сформований гастроентероанастомоз, так і через уражену дванадцятипалу кишку.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити частоту післяопераційних ускладнень.