



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15912 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ ПРИ ВИРАЗКОВОМУ ПРОЦЕСІ

1

2

(21) u200601146

(22) 06.02.2006

(24) 17.07.2006

(46) 17.07.2006, Бюл. № 7, 2006 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Клименко Вадим Петрович

(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі, який включає мобілізацію абдомінального відділу стравоходу і кардіального відділу шлунка за малою кривизною, ваготомію, висічення виразки у межах здорових тканин двома розрізами, що її

обрамляють, і формування стравохідно-шлункового переходу на шлунковому зонді, який відрізняється тим, що з двох кінцевих пунктів отриманого основного розрізу в протилежні сторони від нього проводять два бічних розрізи однакової довжини під кутом не менш 60° до дотичної в цих пунктах до основного розрізу, з утворенням двох трикутних шматків, виконують пілородилатацію і френофундоплекцію, при цьому формування стравохідно-шлункового переходу здійснюють відновленням співустя за допомогою зшивання сторін шматків, які стикаються, а також ушиття вільних вершин трикутних шматків у протилежні кінцеві пункти основного розрізу.

Корисна модель стосується медицини, а саме хірургічної гастроентерології і може бути використана при хірургічному лікуванні кардіоезофагеальних виразок шлунка для запобігання післяопераційних ускладнень.

Імовірність виникнення післяопераційних ускладнень після хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі істотно залежить від якості швів і характеру їхнього післяопераційного рубцювання. При цьому на процес рубцювання вирішальний вплив здійснює напрям лінії розрізу, а, таким чином, і лінії швів, що формується. Неспроможність швів може виникати також як результат їхнього надзвичайного натягу або зіставлення в анастомозі різних тканин.

Відомий процес лікування ускладнених шлункових виразок кардіального відділу [В.Т. Зайцев, А.М. Тищенко, В.В. Бойко, І.А. Тарабан Язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением. - Харьков. - 1994. - С. 177-178]. Він включає мобілізацію абдомінального відділу стравоходу і кардіального відділу шлунка за малою і великою кривизною, видалення виразки разом з резекцією проксимальної частини шлунка, пілородилатацію, формування стравохідно-шлункового переходу (анастомозу) і френофундоплекцію. Формування стравохідно-шлункового анастомозу здійснюють паралельно великій кривизні шлунка в сагітальній

плоскості методом ротації культі шлунка праворуч наліво й назад на 90°.

Процес, який було описано, дозволяє лікувати кардіальні виразки шлунка, однак його вадою є висока імовірність післяопераційних ускладнень, наприклад, неспроможності швів унаслідок зіставлення в анастомозі різних тканин. Також можливе утворення стенозу і рубцевої деформації сформованого анастомозу в післяопераційному періоді. До того ж, потрібно відмітити великий травматизм та тривалість операції. При проксимальній резекції шлунка безповоротно втрачається найважливіша з функціональної точки зору ділянка шлунково-кишкового тракту - кардіофундальний відділ і сфінктер кардії, порушується резервуарна функція шлунка, відбувається його деформація. Як наслідок, після таких операцій розвиваються важкі функціональні розлади та постгастрорезекційні синдроми.

Найближчим до корисної моделі за суттю та результатом, який досягається, є спосіб хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі, що його описано в книзі В.Т.Зайцева і соавт. [см. В.Т. Зайцев, А.М. Тищенко, В.В. Бойко, І.А. Тарабан Язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением. - Харьков. - 1994. - С. 166-167]. Він включає мобілізацію абдомінального відділу стравоходу і кардіального від-

(19) UA (11) 15912 (13) U

ділу шлунка за малою кривизною, ваготомію, висічення виразки в межах здорових тканин двома розрізами, які її обрамляють, а також формування стравохідно-шлункового переходу. При цьому формування стравохідно-шлункового переходу роблять подовжнім ушиванням виразкового дефекту. Операцію доповнюють пілоропластиком.

Спосіб, який було описано, дозволяє здійснити органозберігаючу хірургічну корекцію стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі. Однак до його вад потрібно віднести високу імовірність рубцевого звуження стравохідно-шлункового переходу в післяопераційному періоді. Це відбувається внаслідок того, що розріз, який роблять при висіченні виразки і лінія швів, яка формується вздовж нього, є паралельними напрямку руху подовжніх м'язових волокон, що може призводити до утворення гіпертрофованого рубця.

До основи корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого процесу хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі, який дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень за рахунок відновлення його природних співвідношень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічної корекції стравохідно-шлункового переходу при виразковому процесі, який включає мобілізацію абдомінального відділу стравоходу і кардіального відділу шлунка за малою кривизною, ваготомію, висічення виразки у межах здорових тканин двома розрізами, що її обрамляють, і формування стравохідно-шлункового переходу на шлунковому зонді, згідно з корисною моделлю з двох кінцевих пунктів отриманого основного розрізу в протилежні сторони від нього проводять два бічних розрізи однакової довжини під кутом не менш  $60^\circ$  до дотичної в цих пунктах до основного розрізу, з утворенням двох трикутних шматків. Потім виконують пілородилатацію і френофундоплекцію. При цьому формування стравохідно-шлункового переходу здійснюють відновленням співусть за допомогою зшивання сторін шматків, які стикаються, а також ушиття вільних вершин трикутних шматків у протилежні кінцеві пункти основного розрізу.

Введення двох бічних розрізів, їхня форма і розташування (з утворенням Z-подібного розрізу), а також Z-подібна пластика забезпечують зниження числа післяопераційних ускладнень, насамперед рубцевих звужень, за рахунок перетворення лінії шва таким чином, що замість прямого рубця в подовжньому напрямку утворюється зигзагоподібний рубець в оптимальному для подальшого загоєння напрямку.

Вибір кута, під яким розташовують бічні розрізи стосовно основного розрізу, обумовлений необхідністю збереження кровопостачання верхівок шматків. Заявникові відоме використання Z-подібного розрізу, а також Z-подібної пластики [див. Я. Золтан "Cicatrix optima". Операционная техника и условия оптимального заживления раны. - Изд-во АН Венгрии. - 1977. - С. 70-71]. Однак у відомому способі ці ознаки спрямовані на корекцію дефектів шкіри, що мають неправильний напрямок і проходять перпендикулярно силовим лініям, тоді як у запропонованому рішенні вони забезпечують

не тільки корекцію нормальних співвідношень стравохідно-шлункового переходу, але й запобігання в результаті цього його стенозування.

Приклад виконання корисної моделі ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг.1 - процес корекції стравохідно-шлункового переходу, момент висічення виразки і виконання бічних розрізів,

Фіг.2 - те ж саме, момент виконання пілородилатації,

Фіг.3 - те ж саме, момент ушиття трикутних шматків,

Фіг.4 - те ж саме, момент закінчення операції.

Докладний опис способу суміщений із прикладом його конкретного виконання. Спосіб реалізується таким чином.

Здійснюють ревізію органів черевної порожнини. Мобілізують абдомінальний відділ стравоходу і кардіальний відділ шлунка за малою кривизною. Навколо стравоходу проводять гумовий тримач. Розпізнають і виділяють на стравоході блукаючі нерви (передній і задній). Після цього абдомінальний відділ стравоходу і кардіальний відділ шлунка звільняють від блукаючих нервів, відокремлюючи останні шляхом препаровки. Звільнений від блукаючих нервів абдомінальний відділ стравоходу зводять у черевну порожнину. Виконують один з видів ваготомії. Тримачами намічають зону висічення виразкового субстрату. Висікають виразку у межах здорових тканин двома розрізами, що її обрамляють, під контролем уведеного шлункового зонду.

З двох кінцевих пунктів отриманого основного розрізу 1 у протилежні сторони від нього проводять два бічних розрізи 2, 3 відповідно, однакової довжини під кутом не менш як  $60^\circ$  до дотичної в цих пунктах до основного розрізу 1, з утворенням двох трикутних шматків 4, 5 відповідно. Відмежувавши таким чином, їх підпрепаровують доти, доки краї розрізів не стануть рухомими. Потім краї розрізів 2, 3 піднімають і з боку просвіту шлунка виконують пілородилатацію за допомогою корцанга 6. Останнє є профілактикою гастростазу в післяопераційному періоді.

Далі здійснюють формування стравохідно-шлункового переходу на шлунковому зонді шляхом відновлення співусть в за допомогою зшивання сторін шматків, які прилягають, а також вшивання вільних вершин трикутних шматків у протилежні кінцеві пункти основного розрізу. У результаті одержують Z-подібну лінію швів. Потім виконують френофундоплекцію, яка дозволяє надійно укрити Z-подібну пластику і тим самим попередити її неспроможність. Френофундоплекція формує циркулярний кут Гіса, що є профілактикою рефлюксного езофагіту.

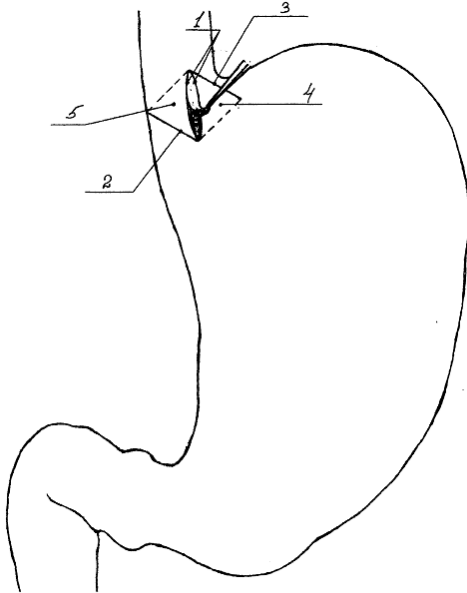
Розріз Z-подібної форми забезпечує достатній доступ у функціональному відношенні, дозволяє одержати добрі віддалені результати. Трикутні шматки, що утворюються після відшарування, забезпечують оптимальний доступ до пілоричного жому для виконання пілородилатації, при цьому краї рани розтягують гачками не потрібно. Отже, не доводиться травмувати тканини. Після зшивання шматків краї ран краще загоюються завдяки збереженому кровопостачанню.

Клінічний приклад.

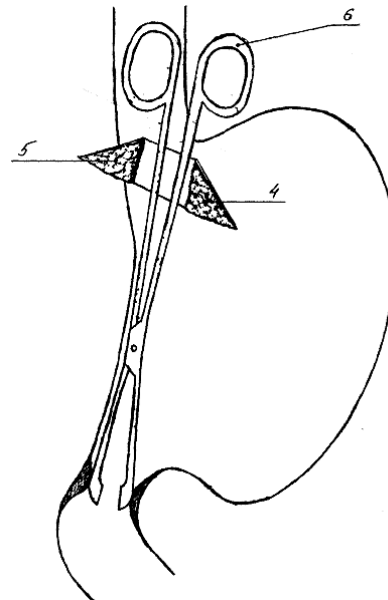
Хворого 59 років було госпіталізовано до клініки з приводу виразкової хвороби шлунка, ускладненої кровотечею II ст. Він був оперований в ургентному порядку за викладеним вище способом. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Хворий виписаний додому у задовільному стані на 10 добу після операції.

Таким чином, використання запропонованого

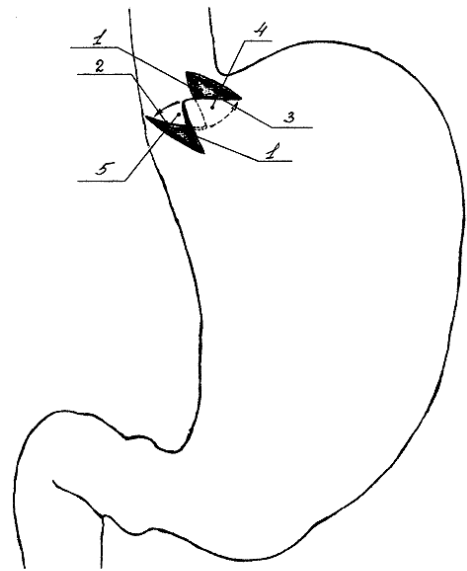
рішення дозволяє зменшити число післяопераційних ускладнень за рахунок відновлення природних співвідношень стравохідно-шлункового переходу, запобігти грубій деформації шлунка при видаленні виразки. При цьому спосіб дає можливість зберегти частину органу, уникнути гастректомії. Цей процес є простішим і надійнішим за технікою виконання, та досконалішим у функціональному відношенні.



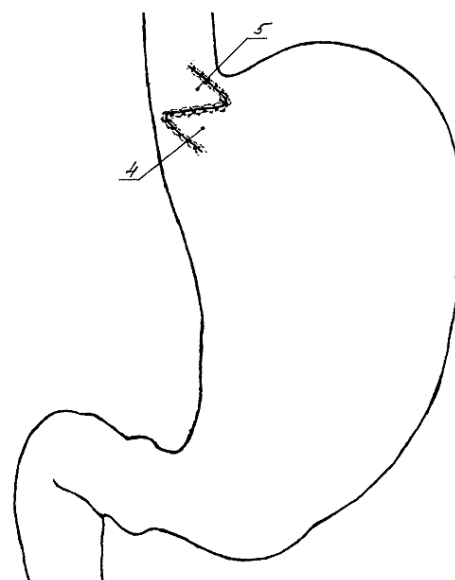
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4