



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42837 (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 ТРАВНОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u200901167

(22) 13.02.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВІ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, НОВІКОВ ЄВГЕН АНАТОЛІЙОВИЧ, ХАРЧЕНКО КАТЕРИНА ВОЛОДИМИРІВНА

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

(57) 1. Спосіб відновлення травного тракту після гастректомії, який включає гастректомію, мобілізацію сегмента порожньої кишки з її брижею, зі зберіганням судин, які живлять цей фрагмент кишки, дистальне та проксимальне пересічення кишки, переміщення отриманого сегмента крізь вікно в мезоколон і підведення його до стравоходу ізоперистальтично, формування кишкового резервуара у вигляді Z-подібної петлі, виконання співустя між

2

ділянками цієї петлі, з'єднання дистального кінця кишкового резервуара з дванадцятипалою кишкою "кінець в кінець", а проксимального - зі стравоходом, відновлення безперервності порожньої кишки, який **відрізняється** тим, що проксимальний кінець кишкового резервуара з'єднують зі стравоходом "кінець в бік", проксимальний відділ кишкового резервуара додатково фіксують до стравоходу таким чином, щоб сформувався антирефлюксний клапан між стравоходом і кишечним резервуаром, а при формуванні кишкового резервуара розташовують перший вигин Z-подібної петлі над проксимальною частиною кишки.

2. Спосіб відновлення травного тракту після гастректомії за п. 1, який **відрізняється** тим, що при формуванні анастомозу утворюють між дистальним кінцем резервуара та дванадцятипалою кишкою інвагінацію тонкої кишки в дванадцятипалу.

Корисна модель стосується медицини, саме хірургічної гастроентерології і може бути використана для відновлення травного тракту після гастректомії.

Відомий спосіб гастректомії, який описаний в книзі А.А. Шалимова, В.Ф. Саєнко "Хірургія шлункової кишки" (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 Гіляровичу - Шалімову та міжкишкового співустя.

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 структуроутворенням (пептичної стриктури). Крім цього, при такому способі відновлення травного тракту з пасажу кишкового вмісту виключається дванадцятипала кишка, що є однією з головних причин розвитку тяжких функціональних постгастректомічних синдромів.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб відновлення

травного тракту після гастректомії, що описаний в книзі А.А. Шалимова, В.Ф. Саєнко "Хірургія шлункової кишки" (см. К. - Здоров'я. - 1987. - С.287, рис.117.6). Він включає гастректомію, мобілізацію сегменту тонкої кишки зі зберіганням судин, які живлять цей фрагмент кишки, з її брижею, дистальне та проксимальне пересічення кишки, переміщення отриманого сегмента крізь вікно в мезоколон і підведення його до стравоходу ізоперистальтично, формування кишкового резервуара у вигляді Z-подібної петлі, виконання співустя між ділянками цієї петлі, з'єднання дистального кінця кишкового резервуара з дванадцятипалою кишкою, а проксимального - зі стравоходом - обидва «кінець в кінець», а також відновлення безперервності тонкої кишки. При формуванні кишкового резервуара розташовують перший вигин Z-подібної петлі під проксимальною частиною кишки.

Перевагою зазначеного рішення є включення в пасаж їжі дванадцятипалої кишки, при цьому до процесу травлення безпосередньо залучаються панкреатичні соки, жовч, гормони дванадцятипалої кишки. Але відсутність клапанного механізму після

(13) U

(11) 42837

(19) UA

подібного відновлення травного тракту призводить до рефлюксу як жовчі, так і кишкового вмісту в створений резервуар і стравохід і, як наслідок, до рефлюкс-езофагіту з наступною стриктурою. Розташування першої петлі під проксимальною частиною кишки сприяє більш швидкому випорожненню резервуара, що, в свою чергу, призводить до зниження ефективності травлення за рахунок недостатнього часу впливу ферментів.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу відновлення травного тракту після гастректомії, який дозволяє здійснювати профілактику рефлюкса і підвищити ефективність травлення.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі відновлення травного тракту після гастректомії, який включає гастректомію, мобілізацію сегменту тонкої кишки з її брижею, зі зберіганням судин, які живлять цей фрагмент кишки, дистальне та проксимальне пересічення кишки, переміщення отриманого сегмента крізь вікно в мезоколон і підведення його до стравоходу ізоперистальтично, формування кишечного резервуара у вигляді Z-подібної петлі, виконання співусть між ділянками цієї петлі, з'єднання дистального кінця кишечного резервуара з дванадцятипалою кишкою «кінець в кінець», а проксимального - зі стравоходом, відновлення безперервності тонкої кишки, згідно з корисною моделлю проксимальний кінець кишечного резервуара з'єднують зі стравоходом «кінець в бік», культю проксимального відділу кишечного резервуару додатково фіксують до стравоходу таким чином, щоб сформувався антирефлюксний клапан між стравоходом і кишковим резервуаром, а при формуванні кишкового резервуара розташовують перший вигин Z-подібної петлі над проксимальною частиною кишки.

Крім того, при формуванні анастомозу доцільно утворювати між дистальним кінцем резервуара та дванадцятипалою кишкою інвагінацію тонкої кишки в дванадцятипалу.

Формування антирефлюксного клапана між стравоходом і кишковим резервуаром за рахунок з'єднання проксимального кінця кишечного резервуара зі стравоходом «кінець в бік» та його додаткова фіксація до стравоходу дозволяє здійснювати профілактику рефлюкса з боку кишечного резервуару до стравоходу.

Утворення між дистальним кінцем резервуара та дванадцятипалою кишкою інвагінації тонкої кишки в дванадцятипалу дозволяє здійснювати профілактику рефлюкса з боку дванадцятипалої кишки до кишечного резервуару.

Заявнику невідомий подібний спосіб відновлення травного тракту після гастректомії.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображе-

но спосіб відновлення травного тракту після гастректомії, момент створеного кишечного резервуара, що з'єднаний зі стравоходом та дванадцятипалою кишкою.

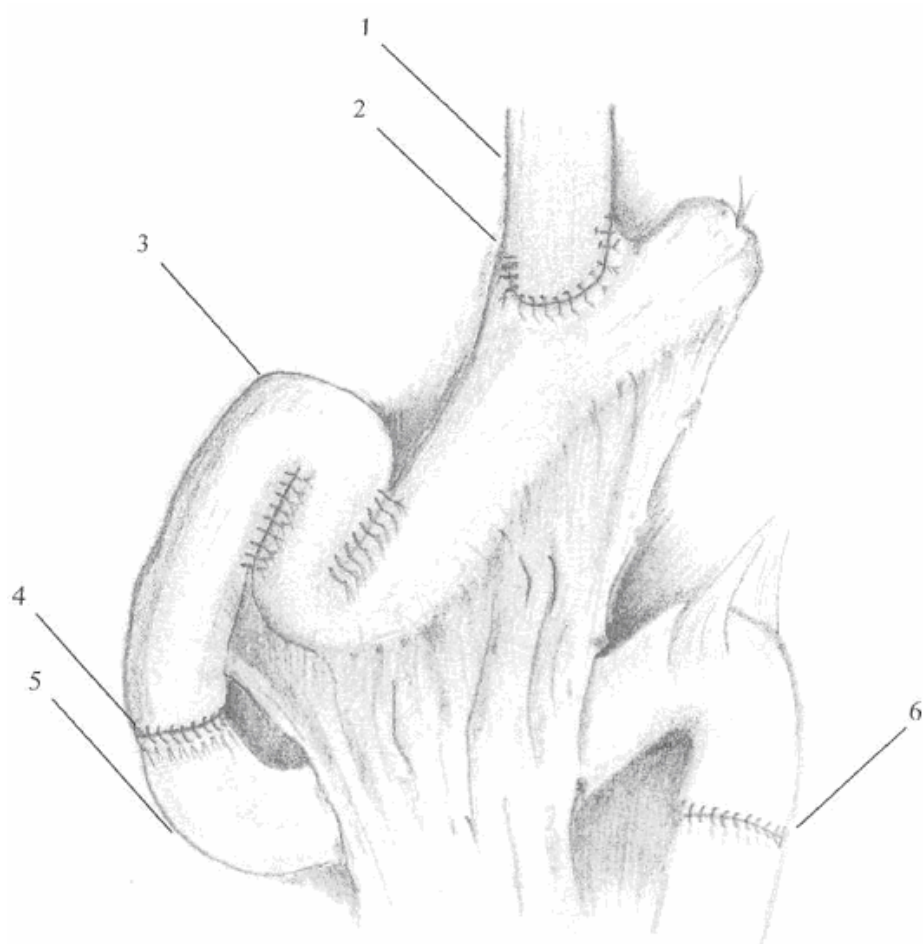
Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

Клінічний приклад

Хворий Н., 54 роки, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на періодичні болі в епігастрії, слабкість, похудіння на 6кг за 2 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 3 місяці до госпіталізації. При обстеженні по даним ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина середньої третини тіла шлунка з переходом на велику кривизну. Патогістологічне заключення: високодиференційована аденокарцинома. Даних за метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії діагноз підтвердився. Здійснена гастректомія з лімфодисекцією. Відступив 15см від зв'язки Трейца, здійснили мобілізацію сегмента тонкої кишки зі збереженням судин, які цей сегмент живлять, та з її брижею. Виконали дистальне та проксимальне пересічення кишки, в брижі поперечно-ободової кишки сформували вікно, крізь яке до верхнього поверху черевної порожнини перемістили рані мобілізований сегмент тонкої кишки і розташували його ізоперистальтично. Між петлями зазначеного сегменту сформовані два співусть і тим самим утворений Z-подібний кишковий резервуар 3. Проксимальний кінець кишечного резервуара з'єднали зі стравоходом 1 «кінець в бік» 2 і фіксований до стравоходу таким чином, що сформувався антирефлюксний клапан між стравоходом і кишковим резервуаром. При формуванні кишкового резервуара розташовували перший вигин Z-подібної петлі над проксимальною частиною кишки. Провели з'єднання дистального кінця кишечного резервуара з дванадцятипалою кишкою 5 «кінець в кінець» 4, при цьому здійснили інвагінацію тонкої кишки в дванадцятипалу. Основний етап операції завершили відновленням безперервності тонкої кишки анастомозом «кінець в кінець» 6. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 14 добу. Проведена поліхіміотерапія.

При обстеженні через 6 місяців після операції скарг немає, стан задовільний. При ендоскопічному дослідженні ознак рецидива захворювання та рефлюкс-езофагіту не виявлено. Рентгенологічно: прохідність анастомозів вільна, евакуація з кишечного резервуару порційна, регургітація не виявлена.

Таким чином, виконання корисної моделі дозволяє здійснювати профілактику рефлюкса і підвищити ефективність травлення.



Фіг.