



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42840 (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 КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u200901191

(22) 13.02.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл. № 14, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВА
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, НОВІКОВ ЄВГЕН
АНАТОЛІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКОЛАЙО-
ВИЧ, ХАРЧЕНКО КАТЕРИНА ВОЛОДИМИРІВНА
(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб комбінованої гастректомії, що включає
гастректомію, проведення петлі порожньої кишки
крізь вікно в брижі попереково-ободової кишки,

2

формування інвагінаційного стравохідно-
кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання
міжкишкового сполучення між привідною і відвід-
ною петлями порожньої кишки і заглушення її при-
відної петлі, який **відрізняється** тим, що додатко-
во виконують сегментарну резекцію ураженої
ділянки тіла підшлункової залози, пересічення
відвідної петлі порожньої кишки нижче міжкишко-
вого співустя та мобілізацію її за Ру з формуван-
ням анастомозу між дистальною культею підшлун-
кової залози і мобілізованою порожньою кишкою
"кінець-в-бік", а також формування анастомозу між
проксимальним кінцем порожньої кишки та мобілі-
зованою порожньою кишкою "кінець-в-бік".

Корисна модель стосується медицини, саме
хірургічної гастроентерології і може бути викорис-
тана для відновлення травного тракту після комбі-
нованої гастректомії, яку здійснюють при одночас-
ному ураженні патологічним процесом як шлунку,
так і підшлункової залози.

Відомий спосіб парціальної резекції головки
підшлункової залози, що описаний в книзі А. А.
Шалимова, С. А. Шалимова «Хирургия поджелу-
дочной железы» [див. Симферополь.- Таврида. -
1997. -С.247-249. -рис. 50а]. Він включає сегмен-
тарну резекцію ураженої ділянки головки підшлун-
кової залози, пересічення петлі порожньої кишки
та мобілізація її за Ру з формуванням анастомозу
між дистальною культею підшлункової залози і
мобілізованою порожньою кишкою «кінець-в-бік».

Спосіб дозволяє ліквідувати патологічний осе-
редок в підшлунковій залозі і включити її культю в
процес травлення. Але при одночасному включен-
ні в патологічний процес шлунка та підшлункової
залози для виконання радикальної операції цього
недостатньо.

Найбільш близьким до корисної моделі за сут-
тю та результатом, що досягається, є спосіб гас-
тректомії за пат. України № №30043А (А61В 17/00,
пр. 29.12.1999, опубл. 15.11.2000). Він включає
гастректомію, проведення петлі порожньої кишки

крізь вікно в брижі попереково-ободової кишки,
формування інвагінаційного стравохідно-
кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання
міжкишкового сполучення між привідною і відвід-
ною петлями порожньої кишки і заглушення її при-
відної петлі. Перед формуванням анастомозу ви-
конують внутрішньопорожнинну езофаго- і
ентеродилатацію.

Спосіб дозволяє ліквідувати патологічний осе-
редок в шлунку (рак тіла шлунка, велика виразка
шлунка з підозрою на пухлину, інш.) і відновити
безперервність травного тракту. Але при включен-
ні в патологічний процес підшлункової залози
(вростанні пухлини шлунка в підшлункову залозу
або пенетрації великої шлункової виразки в під-
шлункову залозу з розповсюдженою дегенератив-
ною вторинною зміною останньої) цей спосіб не-
прийнятний без повного видалення патологічного
осередка з шлунку та підшлункової залози із збе-
реженням її функції.

В основу корисної моделі поставлене завдан-
ня створення удосконаленого способу гастректо-
мії, який дозволяє здійснити хірургічне лікування
патологічного осередка, який одночасно уражує
шлунок і підшлункову залозу, а також відновлення
безперервності травного тракту і включення до

(19) UA (11) 42840 (13) U

процесу травлення дистальної культі підшлункової залози.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі відновлення травного тракту після комбінованої гастректомії, що включає гастректомію, проведення петлі порожньої кишки крізь вікно в брижі попереково-ободової кишки, формування інвагінаційного стравохідно-кишкового анастомозу зі стравоходом, накладання міжкишкового сполучення між привідною і відвідною петлями порожньої кишки і заглушення її привідної петлі, згідно з корисною моделлю додатково виконують сегментарну резекцію ураженої ділянки тіла підшлункової залози, пересічення відвідної петлі порожньої кишки нижче міжкишкового співюстя та мобілізація її за Ру з формуванням анастомозу між дистальною культею підшлункової залози і мобілізованою порожньою кишкою «кінець-в-бік», а також формування анастомозу між проксимальним кінцем порожньої кишки та мобілізованою порожньою кишкою «кінець-в-бік».

Введення нових ознак в спосіб дозволяє здійснити повне видалення патологічного осередка, який одночасно уражує шлунок і підшлункову залозу, і відновити безперервність травного тракту, а також в подальшому зберегти функції культі підшлункової залози в процесі травлення.

Заявнику невідоме використання зазначених комплексних заходів в умовах видалення патологічного осередка шлунку, який одночасно уражує підшлункову залозу.

Виконання способу ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий етап способу відновлення травного тракту після комбінованої гастректомії.

У подальшому корисна модель описується у деталях, які наведені для даного конкретного прикладу виконання в клініці.

Клінічний приклад.

Хворий Л., 58 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії з ірадіацією до спини, слабкість, похудіння на 7 кг за 1,5 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні по даним ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина задньої стінки тіла шлунка з переходом на

велику кривизну. Патогістологічне заключення: високо диференційована аденокарцинома. Даних за метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена пухлина шлунку по задній стінці з переходом на велику кривизну та вросанням в тіло підшлункової залози. Метастазів в черевній порожнині не виявлено. Тотально мобілізований шлунок з великим та малим сальниками. Здійснена гастректомія з одночасною резекцією ураженої ділянки тіла підшлункової залози в одному блоці та лімфодисекція. На проксимальний кінець 1 залози накладені додаткові шви. Мобілізована петля порожньої кишки та проведена крізь вікно в брижі попереково-ободової кишки, сформований інвагінаційний стравохідно-кишковий анастомоз 2 зі стравоходом 3, накладене міжкишкове сполучення 4 між привідною і відвідною петлями 5, 6 відповідно порожньої кишки. Виконано заглушку 7 привідної петлі 5 порожньої кишки. Пересічена відвідна петля 6 порожньої кишки 8 нижче міжкишкового співюстя 4 та мобілізована за Ру з формуванням анастомозу 9 між дистальною культею підшлункової залози і мобілізованою порожньою кишкою «кінець-в-бік». Сформований анастомоз 10 між проксимальним кінцем порожньої кишки 8 та мобілізованою порожньою кишкою.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 12 добу. Проведена поліхіміотерапія.

При обстеженні через 10 місяців після операції скарг немає. При ендоскопічному дослідженні, УЗД та комп'ютерній томографії ознак рецидива захворювання не виявлено. Стан задовільний. Рентгенологічно: прохідність анастомозів вільна. Функціонування травної системи задовільне.

Таким чином, використання корисної моделі дозволяє здійснити хірургічне лікування патологічного осередка, який одночасно уражує шлунок і підшлункову залозу, з відновленням безперервності травного тракту і збереженням залишкової частини підшлункової залози, а також з наступним включенням її до процесу травлення. Останнє приводить до покращення якості життя хворого в післяопераційному періоді.

