



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44430** (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 СУБТОТАЛЬНОЇ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

1

2

(21) u200901491

(22) 23.02.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, САВВИ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, НОВІКОВ ЄВГЕН АНАТОЛІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКОЛАЙОВИЧ

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

(57) Спосіб субтотальної проксимальної резекції шлунка, що включає діафрагмотомію по Савиних, мобілізацію та наступну проксимальну субтотальну резекцію шлунка і абдомінального відділу стравоходу, виділення сегмента тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу, ізоперистальтичне формування гастроєюноанастомозу "кінець-в-бік", який **відрізняється** тим, що додатково формують езофагоєюноанастомоз "кінець-в-кінець" та єюноєюноанастомоз "кінець-в-бік", а також формують заглушку відвідної від шлунка петлі порожньої кишки.

Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології і може бути використана для лікування місцеворозповсюдженого раку шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу, а саме для відновлення травного тракту після резекції шлунка сукупно з абдомінальним відділом стравоходу, насамперед у ситуаціях, коли патологічний процес ускладнений (наприклад, кровотечею або перфорацією) і потребує невідкладного хірургічного втручання.

Відомий процес субтотальної проксимальної резекції шлунка, що описаний в книзі Шалимова А. А. «Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке» (див. М. - Медицина. - 1975. - С.68. - мал.108). Він складається з діафрагмотомії по Савиних, мобілізації та наступної резекції кардіального відділу шлунка і абдомінального відділу стравоходу, а також формування езофагогастроанастомозу (інвагінаційного стравохідно-шлункового анастомозу).

Описаний процес дає можливість видалити розповсюджену пухлину, але він непридатний у випадках, коли анатомічні умови не дозволяють накладання езофагогастроанастомозу (при великому діастазі між стравоходом та культею шлунка).

Найбільш близьким до корисної моделі за суттю і ефектом, що досягається, є процес субтотальної проксимальної резекції шлунка, описаний в книзі Шалимова А. А. «Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке» (див. М. - Медицина. - 1975. - С. 91. - мал. 156 а - опе-

рация по Керблю). Він включає діафрагмотомію по Савиних, мобілізацію та наступну резекцію кардіального відділу шлунка і абдомінального відділу стравоходу, мобілізацію та виділення сегмента тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу. Далі привідний і відвідний кінці сегмента кишки ушивають наглухо і ізоперистальтично формують езофагоєюноанастомоз «кінець-в-бік» і гастроєюноанастомоз «кінець-в-бік».

Описаний процес дає змогу видалити розповсюджену пухлину і відновити безперервність шлунково-кишкового тракту при великому діастазі між стравоходом та культею шлунка. Але недоліками зазначеного способу є ризик виникнення порушення кровообігу в кишечній вставці і, як наслідок, можливість наступної неспроможності культей сегмента та анастомозів, насамперед за рахунок порушення кровообігу у виділеному сегменті тонкої кишки. Слід також зауважити, що виділення ізольованого з обох боків сегмента тонкої кишки надто травматичне та потребує досить великого часу для проведення операції.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення процесу, який дозволяє при великому діастазі між стравоходом та культею шлунка відновити безперервність травного тракту, уникнути порушень кровообігу у знов створеному травному шляху, зменшити травматичність та час проведення операції за рахунок використання петлі

(19) **UA** (11) **44430** (13) **U**

порожньої кишки і наступного створення езофаго-єюнального анастомозу.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі субтотальної проксимальної резекції шлунка, який включає діафрагматомію по Савиних, мобілізацію та наступну проксимальну субтотальну резекцію шлунка і абдомінального відділу стравоходу, виділення сегмента тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу, ізоперистальтичне формування гастроєюнального анастомозу «кінець-в-бік», згідно з корисною моделлю, додатково формують езофагоєюнальний анастомоз «кінець-в-кінець» та єюно-єюнальний анастомоз «кінець-в-бік», а також формують заглушку відповідної від шлунка петлі порожньої кишки.

Формування зазначених анастомозів дозволяє відновити природний пасаж їжі (безперервність тракту, напрямок руху їжі з включенням культі шлунка та дванадцятипалої кишки в нього при мінімальному ризику виникнення порушень кровообігу у кишковому трансплантаті (за рахунок виділення порожньої кишки з її брижею неізолювано).

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий вигляд травного тракту після накладання анастомозів.

Докладний опис корисної моделі суміщений з прикладом його виконання.

Процес субтотальної проксимальної резекції шлунка включає діафрагматомію по Савиних, мобілізацію та наступну проксимальну субтотальну резекцію шлунка із збереженням його воротаря 1 і абдомінального відділу стравоходу 2, виділення сегмента 3 тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу 2, ізоперистальтичне формування гастроєюнального анастомозу 4 «кінець-в-бік», формування езофаго-єюнального анастомозу 5 «кінець-в-кінець» та єюно-єюнального анастомозу 6 «кінець-в-бік», а також формування заглушки 7 відповідної від шлунка петлі 8 порожньої кишки.

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

Клінічний приклад.

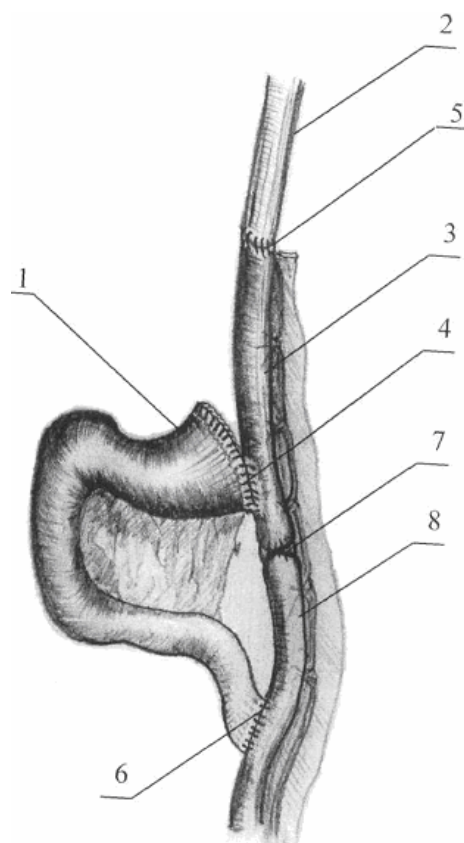
Хворий К., 60 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії, помірну дисфагію, слабкість, похудіння на 4 кг за 2

місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина кардіального відділу шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу. Патогістологічне заключення: помірно диференційована аденокарцинома. Даних за метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена пухлина кардіального відділу шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу. Метастазів в черевній порожнині не виявлено. Субтотально проксимально мобілізований шлунок з абдомінальним відділом стравоходу з пухлиною та великим і малим сальниками після діафрагматомії по Савиних. Здійснена субтотальна проксимальна резекція шлунка з одночасною резекцією абдомінального відділу стравоходу з пухлиною в одному блоці та лімфодисекція в межах D1. У подальшому виконано виділення сегмента тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу, ізоперистальтичне формування гастроєюнального анастомозу «кінець-в-бік», формування езофаго-єюнального анастомозу «кінець-в-кінець» та єюно-єюнального анастомозу «кінець-в-бік», а також формування заглушки відповідної від шлунка петлі порожньої кишки.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 14 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 8 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 стравохід, з відновленням безперервності травного тракту при великому діастазі між стравоходом та культею шлунка. При цьому вдається уникнути порушень кровообігу у знов створеному травному шляху, а також зменшити травматичність та час проведення операції за рахунок використання петлі порожньої кишки і наступного створення езофагоєюнального анастомозу.



Фіг.