



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44936** (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 БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ТРАВНОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ СУБТОТАЛЬНОЇ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА**

1

2

(21) u200903176

(22) 03.04.2009

(24) 26.10.2009

(46) 26.10.2009, Бюл. № 20, 2009 р.

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

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

(57) Спосіб відновлення безперервності травного тракту після субтотальної проксимальної резекції

шлунка, що включає діафрагмотомію по Савиних, мобілізацію та наступну резекцію кардіального відділу шлунка і абдомінального відділу стравоходу, мобілізацію, виділення та заободове проведення сегмента тонкої кишки, а також формування "кінець-в-кінець" ізоперистальтичного езофагоєюноанастомозу, єюногастроанастомозу з культею шлунка, а також єюно-єюноанастомозу, який **відрізняється** тим, що єюногастроанастомоз з культею шлунка накладають біля його малої кривизни з формуванням манжетки із великої кривизни шлунка по типу фундоплікації.

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

Відомий спосіб відновлення безперервності травного тракту після 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 шлунку 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 великій відстані між стравоходом та культею шлунка, яка утворилася після видалення пухлини з прилеглими тканинами).

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб відновлення безперервності травного тракту після субтотальної проксимальної резекції шлунка, що описаний в книзі Шалимова А.А. «Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке» (див. М - Медицина.- 1975.- С.91.- мал.156ж). Він включає діафрагмотомію по Савиних, мобілізацію та наступну резекцію кардіального відділу шлунку і абдомінального відділу стравоходу, мобілізацію, виділення та заободове проведення сегмента тонкої кишки, а також формування ізоперистальтичного езофагоєюноанастомозу, єюногастроанастомозу з культею шлунка, а також єюноанастомозу. Всі три анастомози формують «кінець-в-кінець». Єюногастроанастомоз з культею шлунка формують у його великої кривизни.

Недоліками зазначеного способу є недостатня надійність анастомозу між трансплантатом і культею шлунка та відсутність антирефлюксного механізму, оскільки при формуванні єюногастроанастомозу у великої кривизни культі шлунка недостатньо розміру тканин культі шлунка для його укріплення та формування клапанного механізму.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу відновлення травного тракту після субтотальної проксимальної

(19) **UA** (11) **44936** (13) **U**

резекції шлунка, який забезпечує підвищену надійність анастомозу між трансплантатом і шлунком, а також профілактику рефлюкса шлункового вмісту в кишковий трансплантат. Все це кінець кінцем підвищує якість життя хворого в післяопераційному періоді.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі відновлення безперервності травного тракту після субтотальної проксимальної резекції шлунка, що включає діафрагматомію по Савиних, мобілізацію та наступну резекцію кардіального відділу шлунку і абдомінального відділу стравоходу, мобілізацію, виділення та заободове проведення сегмента тонкої кишки, а також формування «кінець-в-кінець» ізоперистальтичного езофаго-єюноанастомозу, єюногастроанастомозу з культею шлунка, а також єюно-єюноанастомозу, згідно з корисною моделлю єюногастроанастомоз з культею шлунка накладають у його малої кривизни з формуванням манжетки із великої кривизни шлунка по типу фундоплекції.

Накладення єюногастроанастомозу з культею шлунка у його малої кривизни з формуванням манжетки із великої кривизни шлунка по типу фундоплекції дозволяє, по-перше, укріпити лінію швів анастомозу великою кривизною шлунка як пластичним матеріалом і зменшити ризик неспроможності анастомозу в ранньому післяопераційному періоді, а, по-друге, дозволяє створити антирефлюксний механізм (за рахунок наявності манжети) проти надходження шлункового вмісту у кишковий трансплантат. Це останнє дає змогу уникнути розвитку в пізньому післяопераційному періоді таких ускладнень як езофагіт, ерозивно-виразкове ураження трансплантата і стравоходу, а також кровотеча і рубцево-запальне стенозування анастомозу.

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

Процес відновлення безперервності травного тракту після субтотальної проксимальної резекції шлунка включає діафрагматомію по Савиних, мобілізацію та наступну резекцію кардіального відділу шлунку і абдомінального відділу стравоходу, мобілізацію, виділення та проведення сегмента тонкої кишки 1 позаду ободової кишки до стравоходу 2, а також формування «кінець-в-кінець» трьох анастомозів: ізоперистальтичного езофаго-єюноанастомозу 3, єюногастроанастомозу 4 з культею 5 шлунка, а також єюно-єюноанастомозу 6. Єюногастроанастомоз 4 з культею 5 шлунка накладають у його малої кривизни з формуванням манжетки із великої кривизни шлунка по типу фундоплекції.

Докладний опис корисної моделі суміщений з прикладом його виконання в клініці.

Клінічний приклад:

Хворий Б., 56 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії, дисфагію, слабкість, похудіння на 3кг за місяць до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена субциркулярна пухлина кардіального відділу шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу розмірами 5х6х6см. Патогістологічне заключення: високо диференційована аденокарцинома. Даних за метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена субциркулярна пухлина кардіального відділу шлунку з переходом на абдомінальний відділ стравоходу розмірами 5х6х6 см. 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 шлунку з одночасною резекцією абдомінального відділу стравоходу з пухлиною в одному блоці та лімфодисекція в межах D1. Далі виконано виділення сегменту тонкої кишки із збереженням його брижі, проведення його позаду ободової кишки до стравоходу, ізоперистальтичне формування езофаго-єюноанастомозу «кінець-в-кінець», єюногастроанастомозу «кінець-в-кінець» з культею шлунку по малій кривизні з формуванням манжетки з великої кривизни шлунку по типу фундоплекції. Операцію завершено накладанням єюно-єюноанастомозу «кінець-в-кінець» та дренуванням черевної порожнини.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 18 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 6 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 травного тракту після субтотальної проксимальної резекції шлунка. При цьому надійність анастомозу між трансплантатом і шлунком підвищена, а також усунена можливість рефлюкса шлункового вмісту в кишковий трансплантат. Все це як наслідок забезпечує високу якість життя пацієнта в післяопераційному періоді.

