



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60800

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

1

2

(21) 2003021576

(22) 24 02 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Іщенко Роман Вікторович, Мамедалієв Новруз
Али, Кузьменко Олександр Вікторович(73) Іщенко Роман Вікторович, Мамедалієв Новруз
Али огли, Кузьменко Олександр Вікторович

(57) Спосіб резекції шлунка, що включає оперативний доступ до шлунка з подальшою мобілізацією малої і великої кривизни, формування анастомозу та зашивання рани, який відрізняється тим, що при резекції частини шлунка зберігають воротар і частину піпориного відділу шлунка по великій кривизні, після чого накладають анастомоз між воротарем і кардіальним відділом шлунка

Винахід належить до медицини і може знайти застосування при лікуванні ракової пухлини $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку

Операція з приводу локалізації ракової пухлини на малій кривизні, як правило, зводиться до субтотальної резекції або здійснюється розширена резекція 4/5 шлунку

Відомий хірургічний спосіб лікування ракової пухлини шлунку $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку [1], котрий включає оперативний доступ, мобілізацію та видалення дистальної частини шлунку з подальшою перитонізацією кукси дванадцятипалої кишки та накладенням анастомозу між порожньою кишкою та шлунком. При цьому видаляють 2/3 шлунку разом з воротарем. Основні недоліки цього способу

виключення транзитного просування їжі по дванадцятипалій кишці, видалення пілоруса

Відомий також хірургічний спосіб лікування ракової пухлини шлунку $T_1N_0M_0$ або $T_2N_0M_0$, розміщеної на малій кривизні шлунку [2], котрий включає оперативний доступ, мобілізацію та видалення дистальної частини шлунку з подальшою перитонізацією кукси дванадцятипалої кишки та накладенням анастомозу між порожньою кишкою та шлунком. При цьому видаляють 4/5 шлунка разом з воротарем

Основні недоліки цього способу виключення транзитного просування їжі по дванадцятипалій кишці, видалення пілоруса

Найбільш близьким за технічною сутністю способу, що заявляється, є спосіб хірургічного ліку-

вання ракової пухлини шлунку на малій кривизні [3], котрий включає оперативний доступ, мобілізацію, резекцію частини шлунку та зашивання рани. При цьому після мобілізації та резекції дистального відділу шлунку порожню кишку підхоплюють щипцями Бабкока і проводять через отвір брижі товстої кишки. Петлю порожньої кишки заховують ентеростомічним затискачем і зближують з задньою поверхнею шлунку, що прилягає до недавлячого затискача, рядком вузлових матрацних швів із шовку. Коли кінці шлунку будуть закриті скобами, на відстані декількох сантиметрів від лінії скоб накладають недавлячий ентеростомічний затискач. Межі шлунка відтинають ножицями. В порожній кишці роблять подовжній отвір, наближуючи його за розміром до отвору в шлунку. Пальцями тиснуть на кишку вниз і роблять розріз поблизу від лінії швів. Слизові оболонки шлунку і порожньої кишки зближують безперервним швом, у той час як протилежні поверхні зближують за допомогою затискачів Алпіса, накладений на кожен з кутів. Безперервний шов починають прямою або кривою голкою в середині і продовжують до кожного кута, як поточний шов. Кути утягуються швом Конелла, котрий продовжують в бік переду, а заключний вузол зав'язують з внутрішнього боку середньої лінії. Передній шар закривають вузлами на внутрішньому боці, застосовуючи вузловий шов Конелла. Потім зближують передні серозно-м'язові тари за допомогою серозних матрацних швів шовком, зроблених прямими шляпними голками.

В ділянці верхнього й нижнього кутів нової стоми накладають додаткові матрацні шви. При анастомозі заднього боку товстої кишки нову сто-

(13) A

(11) 60800

(19) UA

му прикріплюють до брижі товстої кишки вузловими матрацними швами

Основні недоліки цього способу виключення транзитного просування їжі по дванадцятипалу кишку, велика травматичність, видалення воротаря та пілоричного відділу шлунку по великій кривизні

В основу винаходу покладено завдання - створити спосіб резекції шлунку, котрий забезпечує скорочення травматичності операції за рахунок збереження воротаря шлунку

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб резекції шлунку, котрий включає оперативний доступ до шлунку з подальшою мобілізацією великої і малої кривизни, завдяки формуванню анастомозу та зашиванню рани відповідно до винаходу при резекції шлунку зберігають пілорус і частину антрального відділу, після чого накладають анастомоз між пілорусом і кардіальним відділом шлунку

Спосіб здійснюють таким чином. За допомогою верхньої середньої лапаротомії здійснюють доступ до шлунку і мобілізують шлунок по великій кривизні. Шлунок і поперечно-ободову кишку виводять у рану і розводять у боки, щоб натяглася шлунково-ободова зв'язка. На рівні середньої третини шлунку зв'язку розкривають. Зігнутий кровоспинний затискач вставляють в утворений отвір ззаду і поколюють зв'язку дещо далше. Такий же другий затискач вводять назустріч і передавлюють цю ділянку зв'язки разом із судинами. Між затискачами зв'язку перетинають. Таким же чином перетинають зв'язку і гілки а. gastroepiploica sinistra (ліва шлуночко-сальникова артерія) по лівій половині великої кривизни. Тим же способом перев'язують і розтинають гілки а. gastroepiploica dextra (права шлуночко-сальникова артерія) вправо від початку мобілізації до рівня воротаря. На рівні пілоричної частини окремо перев'язують основний стовбур а. gastroepiploica dextra. Гілки, котрі відходять від центрального відділу а. gastroepiploica dextra до воротаря, і дванадцятипалу кишку, розтинають між затискачами і перев'язують.

Мобілізацію малої кривизни шлунку починають зі створення отвору в lig. hepatogastricum (печінково-шлункова зв'язка), в безсудинному місці. Шлунок відтягають вниз і вправо. Безсудинну ділянку малого сальника розсікають вгору в напрямку до кардії, до передбачуваного рівня, перев'язки а. gastrica sinistra (ліва шлуночкова артерія). На мобілізаційну ділянку малого сальника накладають два затискачі, між якими розсікають і перев'язують ліву шлункову артерію. При перев'язуванні правої шлункової артерії затискачі накладають у напрямку від lig. hepatoduodenale (печінково-дванадцятипала зв'язка), щоб до них не потрапила печінково-дуоденальна зв'язка.

Мобілізація шлунку при резекції пропонується нами способом передбачає збереження плекс шлунково-дванадцятипалої артерії і збереження воротаря шлунку. На склетований шлунок у проєк-

ції кардіальної та антральної частин накладають 2 механічних шва через усі шари апаратом УО-60 або УКП-60. Причому антральна частина шлунку прошивається під кутом 45 градусів до воротаря з метою повного видалення малої кривизни. Відтинають препарат по лінії механічних швів. Після резекції мобілізованої частини шлунку накладають гастро-гастро анастомоз між воротарем і кардіальним відділом шлунку. Обидві шлункові кукси фіксують 2 серозно-м'язовими швами, між швами держалками накладають окремі вузлові серозно-м'язові шви на задню стінку анастомозу. Підтікають за шви -держалки, відтинають механічні шви. Надалі формування анастомозу здійснюють за загально-прийнятою методикою окремими вузловими швами. Передню стінку анастомозу доповнюють окремими серозно-м'язовими швами. Здійснюють пілоропластику за Веббером-Брайцевим.

Приклад. Хвора Б., 53 років. Історія хвороби №19879. 18.05.1999р. під час чергової фіброгастродуоденоскопії (2 роки хворіє на виразкову хворобу шлунка) заподозрено малігнізацію виразки. Діагноз верифіковано за допомогою прицільної біопсії з подальшим гістологічним дослідженням біоптату. Діагноз: рак шлунка T₁ N₂ M₁ II кл. група.

В результаті дообстеження видалених мтс (метастазів) не виявлено. 22.05.1999р. зроблено операцію. Верхня середня лапаротомія. Ревізія виявила відсутність видимих ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів та органів черевної порожнини. Мобілізація шляхом лігування з перетином правої шлункової артерії, лівої шлункової артерії, правої шлунково-сальникової артерії та лівої шлунково-сальникової артерії на рівні резекції. На проксимальну частину шлунку замикач Пайра перпендикулярно осі, на дистальну частину замикач під кутом до пілоруса з залишенням ділянки антрального відділу по великій кривизні. Препарат відрізано й видалено. Сформовано гастрогастральний анастомоз. Здійснено пілоропластику за Веббером-Брайцевим.

Контроль гемостазу. Лапарорафія шар за шаром. Йод на шви.

Післяопераційний період без особливостей, одержала телегамматерапію за радикальною програмою, від курсу поліхіміотерапії відмовилася. Виписана 16.06.1999р. в задовільному стані.

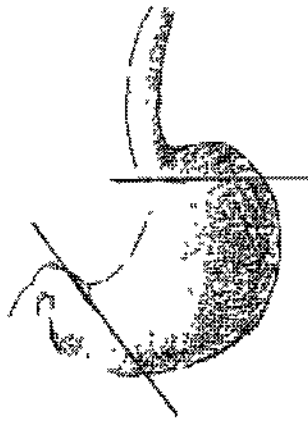
Переваги пропонованого способу зниження травматичності операції, збереження природного пасажу їжі через дванадцятипалу кишку, збереження воротаря та пілоричного відділу шлунку по великій кривизні.

Джерела інформації, взяті до уваги

1. А.А. Шалимов, В.Н. Попуай. Атлас операцій на пищевом желудке и двенадцатиперстной кишке // Москва «Медицина» 1975 стр. 212-232.

2. И. Литтманн. Оперативная хирургия // второе издание на русском языке. Издательство академии наук Венгрии. Будапешт 1982 стр. 458-460.

3. Роберт М. Золлингер. Атлас хирургических операций // Издательство "Международный медицинский клуб" Москва 1998 стр. 58-60 (прототип).



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3