



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **101573** (13) **C2**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2012 00606</p> <p>(22) Дата подання заявки: 19.01.2012</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 10.04.2013</p> <p>(41) Публікація відомостей про заявку: 25.05.2012, Бюл.№ 10</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.04.2013, Бюл.№ 7</p>	<p>(72) Винахідник(и): Ковальчук Леонід Якимович (UA), Лойко Ігор Ігорович (UA), Дзюбановський Ігор Якович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО, Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Ковальчук Л.А. Применение селективной проксимальной ваготомии с прицельной резекцией ишемического сегмента желудка при лечении язвенной болезни /Л.А. Ковальчук // Хирургия. - 1988. - №3. - С. 29-35. UA 64419 A; 15.02.2004 BY 10285 C1; 28.02.2008 RU 2134552 C1; 20.08.1999 RU 2221496 C2; 20.01.2004 А.А. Курыгин, В.В.Румянцев «Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии». - С-ПЕТЕРБУРГ.1992, 6-10 стор. [online] [Знайдено в internet 17.09.2012] http://download-book.ru/hirurgicheskie-bolezni/vagotomija-v-hirurgicheskoy-gastroenterologii І.М. Тодуров, Ю.А. Діброва, Б.С. Полінкевич, Л.С. Білянський «Тактика хірургічного лікування пацієнтів з виразкою шлунка її типу».- Український Журнал Хірургії, 2011, № 5 (14), 42-47 стор. [online] [Знайдено в internet 18.09.2012] http://hirurgiya.com.ua/files/2_2011.pdf</p>
--	--

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА

(57) Реферат:

Винахід стосується медицини, а саме хірургії, і може бути використаний при оперативному лікуванні з приводу виразкової хвороби шлунка.

UA 101573 C2

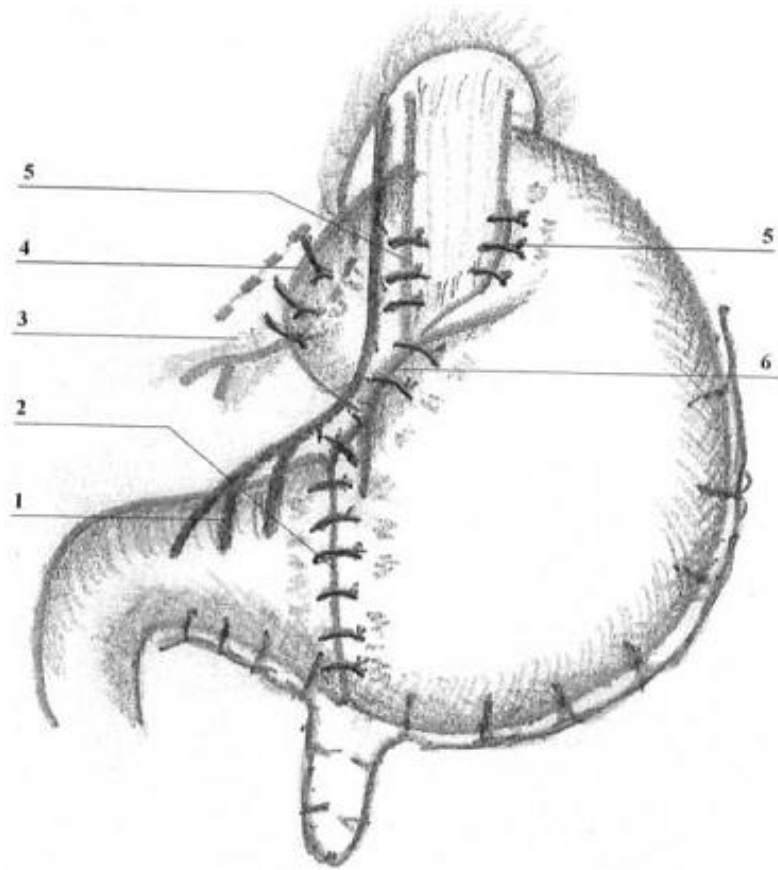


Fig.

Винахід стосується медицини, а саме хірургії, і може бути використаний при оперативному лікуванні з приводу виразкової хвороби шлунка.

Відомий спосіб хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка, що включає верхньосерединну лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію з наступною прицільною резекцією ішемічного сегмента шлунка [1]. За відомим способом проводять верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію малої кривизни із виконанням селективної проксимальної ваготомії. Видаляють сегмент шлунка з дистальною межею по малій кривизні вище гілок "гусячої лапки" нерва Латарже, а проксимальну куксу зашивають з боку малої кривизни до розмірів дистальної, і накладають анастомоз за типом "кінець-в-кінець" дворядним швом.

Недоліком відомого способу є недостатня клінічна ефективність, що впливає з високого ризику ймовірного формування патологічного гастроєзофагеального рефлюксу, що призводить до виникнення або обтяження вже сформованого рефлюкс-езофагіту в післяопераційному періоді.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом введення в технологію хірургічного втручання додаткового етапу, спрямованого на зменшення ймовірності формування патологічного гастроєзофагеального рефлюксу в післяопераційному періоді, досягають підвищення клінічної ефективності хірургічного лікування в цілому.

При вирішенні технічної задачі було взято до уваги те, що за відомим способом завдяки мобілізації дна шлунка, кардії і абдомінальної частини стравоходу формуються анатомічні передумови для розвитку дисфункції фізіологічної кардії, що, власне, призводить до формування патологічного гастроєзофагеального рефлюксу. З наведених міркувань доцільним слід визнати відновлення сфінктерного, діафрагмального і клапанного компонентів фізіологічної кардії за допомогою фіксації до стравоходу і зшитих ніжок діафрагми дна шлунка, що запобігатиме його міграції в середостіння та усуватиме ризик виникнення симптому "телескопа".

Поставлену задачу вирішують тим, що у відомому способі хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка, що включає верхньосерединну лапаротомію і селективну проксимальну ваготомію з наступною прицільною резекцією ішемічного сегмента шлунка, відповідно до винаходу, виконують езофагогастрокруропексію, в ході якої ніжки діафрагми зшивають із утворенням дублікатури, а задню стінку дна шлунка підшивають до утвореної дублікатури і бокових стінок стравоходу, після чого передню стінку дна шлунка фіксують до сформованої малої кривизни в ділянці кардії.

Спосіб здійснюють наступним чином. Проводять верхньосерединну лапаротомію, мобілізують абдомінальний відділ стравоходу, малу кривизну шлунка за типом селективної проксимальної ваготомії із залишенням "гусячої лапки" нерва Латарже 1, і ділянку великої кривизни відповідно зоні резекції, визначеній за допомогою атропінового тесту. Видаляють ішемічний сегмент шлунка. Проксимальну куксу частково вшивають із формуванням малої кривизни і накладають гастрогастроанастомоз за типом "кінець-в-кінець" 2. Виконують езофагогастрокруропексію. При цьому ніжки діафрагми зшивають із утворенням дублікатури 3, причому другий ряд швів 4 дублікатури використовують для фіксації дна шлунка по великій кривизні до зшитих ніжок діафрагми позаду стравоходу. Далі задню стінку дна шлунка пришивають до бокових стінок стравоходу 5 із захопленням у шви залишку стравохідно-діафрагмальної зв'язки таким чином, що передня стінка стравоходу залишається неприкритою приблизно в 120° по колу вище рівня кардії. Передню стінку дна шлунка додатковими швами фіксують до сформованої малої кривизни шлунка на рівні кардії 6.

Приклад 1

Хворий С, 50 років, госпіталізований з діагнозом: Виразкова хвороба шлунка. Ендоскопічно виявлено хронічну активну виразку малої кривизни тіла шлунка розмірами 2×3 см та рефлюкс-езофагіт ступеня В. Верхньосерединна лапаротомія. При ревізії в середній третині тіла шлунка виявлено виразку розміром 2 см в діаметрі. Стравохідний отвір діафрагми розширений. Мобілізували шлунок із збереженням перигастральних артеріальних дуг і абдомінальний відділ стравоходу, після чого виконали селективну проксимальну ваготомію. Провели резекцію ішемічного сегмента шлунка. Сформували малу кривизну та гастрогастроанастомоз. Ніжки діафрагми зшили із утворенням дублікатури. Дно шлунка вивели поза стравохід і підшили до його бічних стінок і утвореної дублікатури. Передню стінку дна шлунка підшили до малої кривизни шлунка на рівні кардії. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 9-ту добу після операції хворого у задовільному стані виписано із стаціонару.

Приклад 2

За запропонованим способом проведено хірургічне лікування 4 хворих на виразкову хворобу шлунка. У всіх клінічних випадках післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 9-10 добу після операції пацієнтів виписано із стаціонару в задовільному стані. При контрольному

обстеженні через 1 місяць результат оперативного лікування оцінювали як добрий, відмічали суттєве покращання якості життя. Ендоскопічних ознак рецидиву захворювання та рефлюкс-езофагіту не спостерігали.

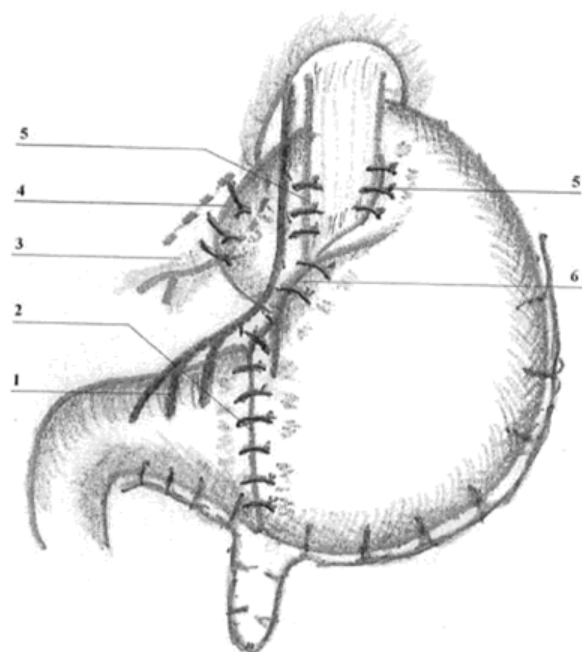
Отже, запропонований спосіб забезпечує вищу, ніж за способом-прототипом, ефективність хірургічного втручання і лікування в цілому, і може знайти застосування в хірургічній практиці.

Джерело Інформації, яке слід взяти до уваги:

1. Ковальчук Л.А. Применение селективной проксимальной ваготомии с прицельной резекцией ишемического сегмента желудка при лечении язвенной болезни /Л.А. Ковальчук // Хирургия.-1988. - №3. - С. 29-35.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб хірургічного лікування хворих на виразкову хворобу шлунка, що включає верхньосерединну лапаротомію, селективну проксимальну ваготомію з наступною прицільною резекцією ішемічного сегмента шлунка, який **відрізняється** тим, що виконують езофагогастрокруропексію, в ході якої ніжки діафрагми зшивають з утворенням дублікатури, а задню стінку дна шлунка підшивають до утвореної дублікатури і бокових стінок стравоходу, після чого передню стінку дна шлунка фіксують до сформованої малої кривизни в ділянці кардії.



Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601