



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80128** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2012 14292</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>14.12.2012</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>13.05.2013</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>13.05.2013, Бюл.№ 9</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Стрижалковський Олександр Володимирович (UA), Лисенко Сергій Андрійович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,</b> вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	---

**(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ЗАДНЬОЇ ГУБИ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО АНАСТОМОЗУ**

**(57) Реферат:**

Спосіб накладання задньої губи стравохідно-шлункового анастомозу передбачає створення інвагінації езофагогастрального анастомозу, при якому проводять укріплення задньої губи анастомозу за рахунок формування із серозної оболонки шлунка рівномірної кругової "муфти"-дублікатури.

**UA 80128 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до онкохірургії та онкоторакальної хірургії і може бути використана при накладанні стравохідно-шлункового анастомозу під час субтотальної проксимальної резекції шлунка у хворих з раком кардіального та субкардіального відділу шлунка, операцій Гарлока та Льюїса у хворих з раком нижньої та середньої третини стравоходу. Дані операції можливі в комбінації з лімфодисекцією і резекцією інших органів по показаннях.

На даний час відомі два основних способи накладання дворядного езофагогастрального анастомозу по Е.А. Берьозову та С.С. Юдіну, які є класичними (хрестоматійними) методиками. Анастомоз по Юдіну, який є вертикальним, майже не використовується. На сьогоднішній день найчастіше застосовують горизонтальний спосіб накладання дворядного стравохідно-шлункового анастомозу по Берьозову або його модифікації (Кіркільєвський С.І. Сучасні способи формування стравохідних анастомозів при операціях з приводу раку стравоходу та кардіального відділу шлунка / С.І. Кіркільєвський, А.В. Ковальчук, Ю.М. Кондрацький // Онкологія.-2003. - Т. 5, № 1. - С. 10-13.; Новиков Е.А. Опыт хирургического лечения больших раком желудка с формированием пищеводных анастомозов / Е.А. Новиков // Международный медицинский журнал.-2011. - № 2. - С. 40-42.; Khatri V.P. Dissection for gastric carcinoma / V.P. Khatri, H.O. Douglass // Arch. surg.-2004. - V. 139. - P. 662-669.).

Недоліками відомого способу є те, що під час його накладання задня губа анастомозу часто є "слабким місцем", що може призвести до виникнення як рефлюксних ускладнень, так і неспроможності швів - грізного, а іноді і смертельного післяопераційного ускладнення.

В основу корисної моделі "Спосіб накладання задньої губи стравохідно-шлункового анастомозу" за задачу поставлено вирішити:

- створення інвагінації анастомозу шляхом рівномірної дублікатури серозною оболонкою шлунка для профілактики рефлюксних ускладнень після субтотальної проксимальної резекції шлунка, операції Гарлока та операції Льюїса;

- підвищення надійності задньої губи анастомозу як "слабкого місця" в плані ризику виникнення неспроможності швів;

- застосування мінімальної кількості накладених швів;
- впровадження оперативної техніки, яка не пов'язана із її суттєвим удосконаленням.

Поставлена задача вирішується способом, що передбачає створення інвагінації езофагогастрального анастомозу, який відрізняється тим, що проводять укріплення задньої губи анастомозу за рахунок формування із серозної оболонки шлунка рівномірної кругової "муфти"-дублікатури.

Спосіб здійснюється таким чином. Після видалення препарату на стінці шлунка виконують проколювання із захопленням серозної та м'язової оболонок, перпендикулярно до передбачуваної лінії анастомозу в напрямку до стравоходу; потім на 5-6 мм вліво по відношенню до хірурга проводять знову проколювання шлунка із захопленням серозної та м'язової оболонок в зворотному напрямку. Цією ж самою лігатурою прошивають м'язовий шар стінки стравоходу зліва направо паралельно лінії анастомозу. Нитки на даному етапі не зав'язують. Почергово накладають ще 3-4 подібних шви, що залежить від діаметра стравоходу. Потім всі лігатури зав'язують в порядку, зворотному до їх накладання. В результаті задня губа стравохідно-шлункового анастомозу має на розрізі вигляд дублікатури.

В подальшому стравохід відсікають під затискачем та розкривають просвіт шлунка. Слизові оболонки стравоходу та шлунка зшивають одиночними швами або по будь-якій з загальновідомих методик на попередньо проведеному назогастральному зонді. Останній ряд швів накладають також з утворенням дублікатури шлунка по методиці, описаній Черноусовим.

Отже, і задня, і передня стінки езофагогастрального анастомозу виявляються "окутані" серозною оболонкою шлунка, що робить анастомоз набагато надійнішим.

Для накладання стравохідно-шлункового анастомозу використовують колючу "стравохідну" голку з шовним матеріалом № 3.0, який має термін розсмоктування близько 60 діб.

Операцію закінчують ревізією, дренажуванням та пошаровим ушиванням черевної порожнини.

Перевагами запропонованого способу є те, що за рахунок використання технічно нескладної модифікації, не потребуючи додаткової інструментарію та не проходячи спеціальної підготовки, досягають значного клінічного ефекту.

По-перше, занурюючи стравохідно-шлунковий анастомоз в кругову дублікатуру однаково зі сторони як задньої, так і передньої губи, формують штучний жом, який в свою чергу буде перешкоджати рефлюксу шлункового вмісту в стравохід.

По-друге, укріплюючи задню губу езофагогастрального анастомозу та утворюючи "муфту" із серозної оболонки шлунка, створюють більш благоприємні умови для заживлення та

профілактики можливих хірургічних ускладнень (анастомозити, неспроможність швів, некроз анастомозу).

І, по-третє, істотна перевага запропонованого способу в тому, що кількість накладених швів мінімальна, вона не збільшується, а зменшується або залишається такою ж в порівнянні із запропонованими раніше способами, що в цілому сприяє меншому травматизму і скороченню часу, витраченому на операцію.

Клінічний приклад № 1. Хворий Грицака Михайло Степанович, 54 роки, був прийнятий у торакальне відділення Вінницького обласного клінічного онкодиспансеру 15.12.2011 року із скаргами на утруднення при проходженні твердої їжі (дисфагія І ст.), дискомфортом в епігастрії, загальну слабкість, схуднення на 5 кг за останні 2 місяці. Фіброгастроудоденоскопія (12.12.2011 р.): екзофітне розростання пухлинної тканини в нижній третині стравоходу протяжністю 6 см. Цитологічне заключення (13.12.2011 р.): аденокарцинома. УЗД ОЧП (12.12.2011 р.): ознаки хронічного холецистопанкреатиту. Хворий отримав передопераційну інфузійну терапію. 21.12.2011 р., хворому виконана операція Гарлока (резекція н/3 стравоходу та проксимального відділу шлунка). Стравохідно-шлунковий анастомоз під час операції було накладено запропонованим способом. Гістологічне заключення № 54940-950 від 26.12.2011 р.: аденокарцинома середнього ступеня диференціювання з проростанням м'язової оболонки шлунка, в л/вузлах - гіперплазія лімфоїдної тканини. Хворому було виставлено такий післяопераційний діагноз: Рак н/3 стравоходу, G2pT2N0M0, ІІА ст., ІІІ клін. група. ІХС, дифузний міокардіосклероз. СН 0 ст. Хронічний холецистопанкреатит. Післяопераційний період перебігав без розвитку будь-яких ускладнень. Хворий на 11 добу після операції був виписаний з відділення в задовільному стані.

Клінічний приклад № 2. Хворий Дяк Леонід Миколайович, 57 років, був прийнятий у торакальне відділення Вінницького обласного клінічного онкодиспансеру 24.01.2012 року із скаргами на болі в епігастрії, нудоту, утруднення при проходженні напіврідкої їжі (дисфагія ІІ ст.), схуднення до 12 кг за останні 1,5 місяці. Фіброгастроудоденоскопія (23.01.2012 р.): пухлинний процес у вигляді виразки локалізований в кардіальному відділі шлунка з переходом на нижню третину стравоходу. Цитологічне заключення № 796-98 від 23.01.2012 р.: аденокарцинома G2. УЗД ОЧП (23.01.2012 р.): дифузні зміни в печінці та підшлунковій залозі. Хворий отримав передопераційну інфузійну терапію в повному обсязі. 30.01.12 р. хворому виконана операція - розширена комбінована субтотальна проксимальна резекція шлунка із резекцією н/3 стравоходу та спленектомією. Під час операції було накладено стравохідно-шлунковий анастомоз запропонованим способом. Патогістологічне заключення № 3630-650 від 03.02.2012 р.: аденокарцинома G3 шлунка з виразкуванням, проростанням всієї стінки, поширенням на стравохід, в л/вузлах - гіперплазія лімфоїдної тканини. Хворому було виставлено такий заключний клінічний діагноз: Рак кардіального відділу шлунка з переходом на нижню третину стравоходу, G3pT4N0M0, ІІІВ ст., ІІІ клін. група. ІХС, дифузний міокардіосклероз. СН І ст. Післяопераційний період перебігав без будь-яких ускладнень. Хворий на 10 добу після операції був виписаний із стаціонару в задовільному стані, післяопераційних ускладнень не було. В подальшому хворий отримав 2 курси ад'ювантної поліхіміотерапії.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб накладання задньої губи стравохідно-шлункового анастомозу, що передбачає створення інвагінації езофагогастрального анастомозу, який **відрізняється** тим, що проводять укріплення задньої губи анастомозу за рахунок формування із серозної оболонки шлунка рівномірної кругової "муфти"-дублікатури.

---

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

---

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