



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85680** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2013 07239</p> <p>(22) Дата подання заявки: 07.06.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.11.2013</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.11.2013, Бюл.№ 22</p>	<p>(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Шапринський Володимир Олександрович (UA), Шапринський Євген Володимирович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	---

(54) СПОСІБ ПОДОВЖЕННЯ ШЛУНКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА

(57) Реферат:

Спосіб подовження шлункового трансплантата включає формування шлункової трубки з великої кривини шлунка. Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером до нижньогоризонтальної гілки та клітковину навколо головки підшлункової залози. Далі перпендикулярно до великої кривини розсікають шлунок у пілоричному відділі довжиною до 2-2,5 см з утворенням при цьому двох півкілець, потім шлунок розтягують і утворюються дві поздовжні рани, які ушивають дворядним швом. Далі шлунок прошивають паралельно до великої кривини апаратом УКЛ-60 від супрапілоричного відділу до фундальної частини з наступною резекцією малої кривини шлунка згідно з попередніми ділянками прошивання.

UA 85680 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу подовження шлункової трубки при проведенні езофагопластики шлуномком.

Відомий спосіб екстирпації стравоходу з одномоментною ізоперистальтичною езофагопластикою шлунковою трубкою, сформованою з великої кривини шлунка (Черноусов А.Ф., Домрачев С.А. Екстирпація стравоходу з одномоментною ізоперистальтичною пластикою шлунковою трубкою: Методичні рекомендації. - М., 1992. - 86 с.). Спосіб полягає у видаленні рубцевозміненого стравоходу з абдомінального доступу і ділянки шиї. Мобілізують шлунок по малій і великій кривині зі збереженням правої шлунковосальникової артерії та відсікають від стравоходу. Потім шлунок виводять в операційну рану і прошивають паралельно до великої кривини апаратами НЖКА-60 (або УО-60) від пілоричного відділу до фундальної частини. Проводять резекцію малої кривини шлунка. Сформований езофаготрансплантат являє собою шлункову трубку (стебло) шириною 2,5 см з діаметром орального відрізка (дно шлунка) трансплантата 3,5 см та довжиною від 46 до 50 см. Даний трансплантат проводять через заднє середостіння ізоперистальтично на шийну рану, де формують езофагогастроанастомоз.

Однак, використання відомого способу езофагогастропластики є неможливим при проведенні суб- чи тотальної езофагопластики, так як сформована шлункова трубка зазвичай у таких випадках є короткою.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб подовження шлункового трансплантата при проведенні суб- чи тотальної езофагогастропластики, при якому б довжина сформованої шлункової трубки була достатньою.

Поставлена задача вирішується способом, що включає формування шлункової трубки з великої кривини шлунка, який відрізняється тим, що мобілізують шлунок по малій і великій кривині зі збереженням правої шлунковосальникової артерії, а також мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером до нижньогоризонтальної гілки та клітковину навколо головки підшлункової залози. Далі перпендикулярно до великої кривини розсікають шлунок у пілоричному відділі довжиною до 2-2,5 см (фіг. 1) з утворенням при цьому двох півкілець (фіг. 2), потім шлунок розтягують, і утворюються дві поздовжні рани, які ушивають дворядним швом (фіг. 3). Потім шлунок прошивають паралельно до великої кривини апаратом УКЛ-60 від супрапілоричного відділу до фундальної частини. Проводять резекцію малої кривини шлунка згідно з попередніми ділянками прошивання. Таким чином, сформований трансплантат (шлункова трубка) виходить більшої довжини за рахунок додаткової відстані, отриманої при поперечному пересіченні і розтягуванні пілоричного відділу шлунка, а також за рахунок мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером та клітковини навколо головки підшлункової залози.

Спосіб здійснюється таким чином.

Після виконання верхньосередньої лапаротомії виділяють стравохід до біфуркації трахеї шляхом проведення сагітальної діафрагмотомії. Мобілізують шлунок по малій і великій кривині зі збереженням правої шлунковосальникової артерії, а також дванадцятипалу кишку за Кохером до нижньогоризонтальної гілки та клітковину навколо головки підшлункової залози та відсікають шлунок від стравоходу. Потім шлунок виводять в операційну рану і перпендикулярно до великої кривини розсікають у пілоричному відділі довжиною до 2-2,5 см (фіг. 1) з утворенням при цьому двох півкілець (фіг. 2). При цьому шлунок розтягують і утворюються дві поздовжні рани, які ушивають дворядним швом (фіг. 3). Потім шлунок прошивають паралельно до великої кривини шляхом послідовного накладання апарата УКЛ-60 від супрапілоричного відділу до фундальної частини. Проводять резекцію малої кривини шлунка згідно з попередніми ділянками прошивання. Таким чином, сформований трансплантат (шлункова трубка) виходить більшої довжини за рахунок додаткової відстані, отриманої при поперечному пересіченні і розтягуванні пілоричного відділу шлунка, а також за рахунок додаткової мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером та клітковини навколо головки підшлункової залози. Далі попереду від кивального м'яза зліва виконують шийну верхньо-задню медіастинотомію. У шийну рану виводять стравохід і проводять його резекцію. За нитку-держалку проводять сформований подовжений шлунковий трансплантат (трубку) через заднє середостіння у ізоперистальтичному напрямку та виводять у шийну рану. Формують стравохідношлунковий анастомоз на шиї "кінець в кінець".

Перевагами даного способу є те, що при його застосуванні формується шлунковий трансплантат (трубка) достатньої для езофагопластики довжини, що зменшує інтраопераційний натяг тканин та ризик виникнення неспроможності швів анастомозу.

Приклад

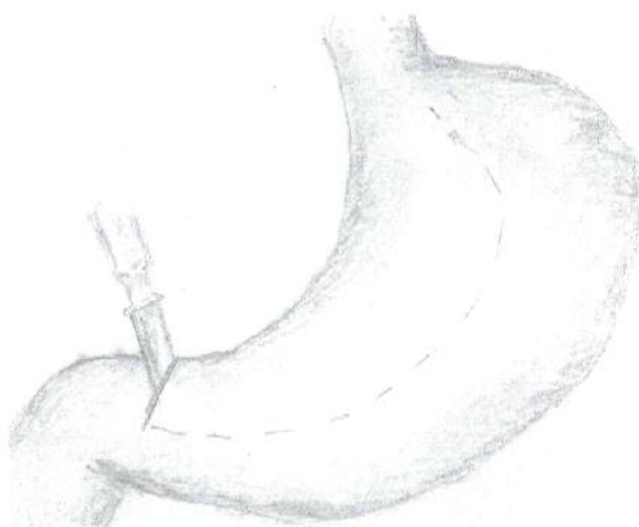
Хворий К., 43 років, був прийнятий в клініку через 6 місяців після хімічного опіку стравоходу кислотою з клініко-рентгенологічною картиною протяжної опікової ригідної стриктури шийного та грудного відділів стравоходу (неможливість проведення бужа № 26). Хворому була

запропонована операція - одномоментна тотальна пластика стравоходу шлунок. При ревізії органів черевної порожнини шлунок звичайних розмірів. Виконана сагітальна діафрагмотомія. Виділений стравохід до біфуркації трахеї з парціальною перев'язкою бічних зв'язок. Шлунок мобілізовано по великій і малій кривині зі збереженням правої шлунково-сальникової артерії, а також мобілізовано дванадцятипалу кишку за Кохером аж до нижньогоризонтальної гілки та клітковину навколо головки підшлункової залози, шлунок відсічено від стравоходу і виведено в операційну рану. Перпендикулярно до великої кривини шлунок розсічено у пілоричному відділі довжиною біля 2,5 см з утворенням при цьому двох півкілець. При цьому шлунок розтягнули і утворились дві поздовжні рани, які ушити дворядним швом. Потім шлунок прошито паралельно до великої кривини шляхом послідовного накладання апарату УКЛ-60 від супрапілоричного відділу до фундальної частини. Проведена резекція малої кривини шлунку згідно попередніх ділянок прошивання. У шийну рану виведено стравохід і виконана його резекція. У заднє середостіння укладено сформовану шлункову трубку у ізоперистальтичному напрямку і сформовано анастомоз між куксою стравоходу і оральним відрізком трансплантату по типу "кінець в кінець". Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Природне харчування розпочато на 6 добу. При рентгенконтрастному дослідженні шийний стравохідний анастомоз діаметром 1,8 см та шлунковий трансплантат вільно прохідні для контрастної маси. Хворий на 11 добу у задовільному стані був виписаний зі стаціонару.

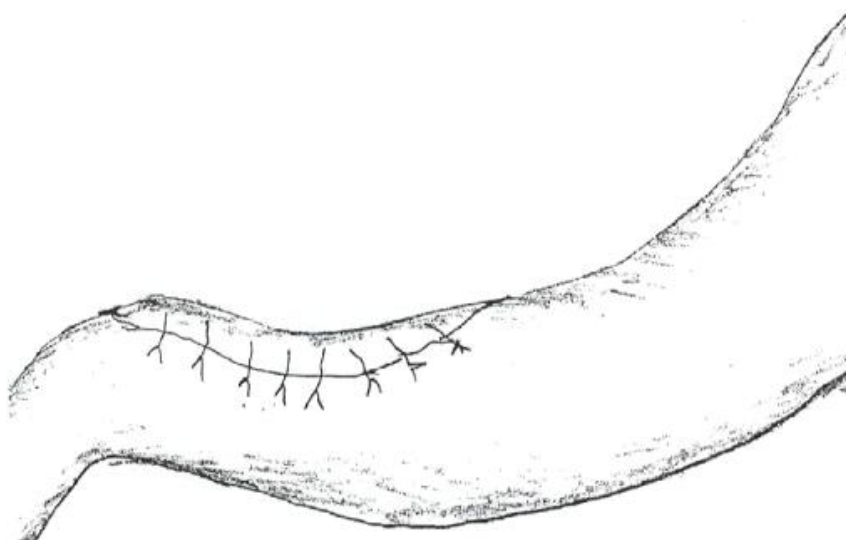
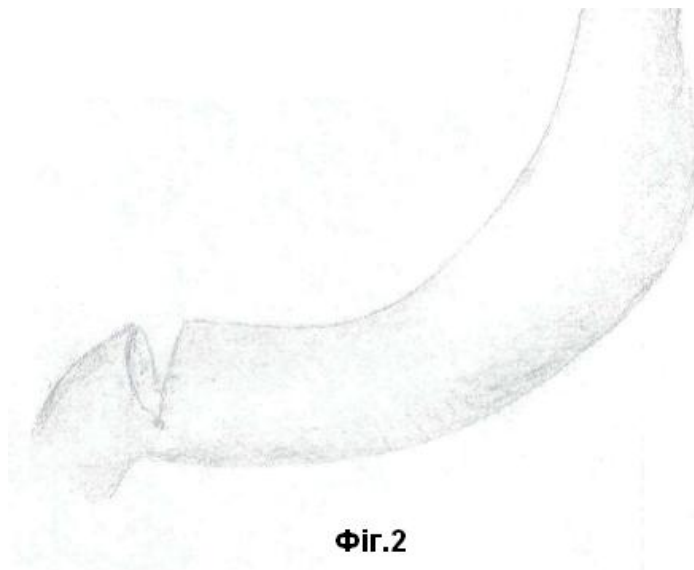
20

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб подовження шлункового трансплантата, що включає формування шлункової трубки з великої кривини шлунка, який **відрізняється** тим, що мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером до нижньогоризонтальної гілки та клітковину навколо головки підшлункової залози, далі перпендикулярно до великої кривини розсікають шлунок у пілоричному відділі довжиною до 2-2,5 см з утворенням при цьому двох півкілець, потім шлунок розтягують і утворюються дві поздовжні рани, які ушивають дворядним швом, далі шлунок прошивають паралельно до великої кривини апаратом УКЛ-60 від супрапілоричного відділу до фундальної частини з наступною резекцією малої кривини шлунка згідно з попередніми ділянками прошивання.



Фіг.1



Комп'ютерна верстка М. Ломалова

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