



УКРАЇНА

(19) UA (11) 26180 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КЛАПАННОГО ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ

1

(21) u200703961

(22) 10.04.2007

(24) 10.09.2007

(46) 10.09.2007, Бюл. № 14, 2007 р.

(72) Жорняк Павло Валентинович, Костюк Григорій Якович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

2

(57) Спосіб формування клапанного гастроентероанастомозу, що передбачає резекцію шлунка, який **відрізняється** тим, що із слизової оболонки шлунка формують дублікатуру у вигляді клапанів спочатку на задній губі анастомозу, а потім на передній губі анастомозу, які прикривають отвір гастроентероанастомозу.

Корисна модель відноситься до медицини і, зокрема, до хірургії та може застосовуватись при формуванні шлунково-кишкових анастомозів.

Відомі способи резекції шлунка по Більрот-1 та Більрот-2 за звичайною методикою не передбачають порційного переміщення хімуса з шлунка в подальші відділи шлунково-кишкового тракту [А.А. Шалимов, "Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки" 1972 ст.51-53].

Недоліки: наявність дуодено-гастрального рефлюкса, в результаті якого відбувається порушення пасажу хімуса, відсутність пілоруса призводить до значного механічного навантаження на ділянку тонкої кишки, а також дванадцятипалої в зоні анастомозу.

В основу корисної моделі "Спосіб формування клапанного гастроентероанастомозу" поставлено завдання шляхом створення "клапана" із слизової оболонки шлунка створити умови для порційного проходження хімуса із шлунка в тонку кишку, та дванадцятипалу кишку при резекції шлунка по Більрот-1.

Поставлене завдання досягається тим, що із слизової оболонки шлунка формують дуплікатуру у вигляді клапана на кожній губі анастомозу які прикривають отвір гастроентероанастомозу та запобігають попаданню кишкового вмісту в шлунок, регулюючи порційне поступлення хімуса в тонку кишку.

Етапи накладання анастомозу схематично показані на малюнках.

Фіг.1. Межа видалення частини шлунка зображена пунктирною лінією.

Фіг.2. Для формування майбутнього гастроентероанастомозу частково ушивають культю шлунка, для відповідності діаметра кишки.

Фіг.3. Формування задньої губи анастомозу з клапаном.

Фіг.4. Формування передньої губи гастроентероанастомозу з клапаном.

Спосіб здійснюється слідуєчим чином. При виконанні резекції шлунка по Більрот-1, після розтину черевної порожнини, проведеної ревізії мобілізують шлунок по малі та великі кривизні, а також дванадцятипалу кишку довжиною до 5-6см. Після мобілізації шлунка на ту частину яка буде резектуватись накладають жорсткий затискач і мобілізовану частину відсікають. Зі сторони великої кривизни залишають незашиту ділянку культі шлунка по діаметру рівну дванадцятипалій кишці. Іншу ділянку культі шлунка зашивають швом Конеля. Другий ряд швів виконують вузловими серо-серозними швами. Накладають дві лігатури-трималки на шлунок і починають формувати задню губу анастомозу, зшиваючи безперервними серозно-м'язовими обвивними швами. В подальшому на вивернуту слизову оболонку шлунка "надлишком" по підслизові основі відшаровують і обробляють 5% розчином йоду, для виникнення між утвореними листками слизової оболонки злук щоб вони не розходились. В основі утвореного клапана два листки слизової оболонки прошивають швами. Утворений клапан дорівнює 12мм. Далі формуємо передню губу гастродуоденального анастомозу з клапаном із слизової оболонки шлунка. Сформований клапанний механізм дозволяє відновити порційне поступлення хімуса із шлунка в дванадцятипалу кишку.

(19) UA (11) 26180 (13) U

Аналогічно формують клапан із слизової оболонки шлунка при його резекції по Більрот-2.

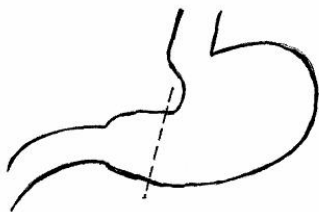
Приклад.

Безпородна, статевозріла собака, масою 25кг. Собака утримувалась в умовах віварію. Оперативне втручання проводилось під кетамінтіопенталовим наркозом. 6.02.2006 виконано резекцію шлунка по Більрот-1, попередньо вимірявши внутрішньошлункового тиск який становив $5 \pm 0,2$ см.в.ст. Після розкриття черевної порожнини провели мобілізацію шлунка по великій та малій кривизні та дванадцятипалої кишки. Виконали резекцію 1/3 частини шлунка. Зі сторони великої кривизни залишають незашиту ділянку рівну діаметру дванадцятипалої кишки, решту частину культі шлунка зашили. Накладаємо дві лігатури-трималки на шлунок та формуємо задню губу анастомозу, моделюючи клапан за вище вказаною

методикою. Далі формуємо передню губу анастомозу з клапаном із слизової оболонки шлунка.

Через 6 місяців у прооперованої собаки повторно виміряли внутрішньошлункового тиск який становив $3 \pm 0,2$ см.в.ст. Після виведення тварини з експерименту провели гістологічне дослідження гастроентерального клапана в якому виявили помірний розвиток сполучної тканини в міжм'язових прошарках при фарбуванні пікрофуксином. Також між м'язовими волокнами розташовувалась ніжно волокниста сполучна тканина яка складалась з тонких колагенових волокон.

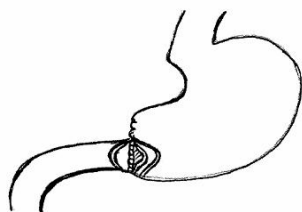
Відновлення внутрішньошлункового тиску після формування гастродуоденального клапана, помірний розвиток сполучної тканини в клапанах, а також відновлення маси тіла тварини свідчать про функціональну спроможність клапана.



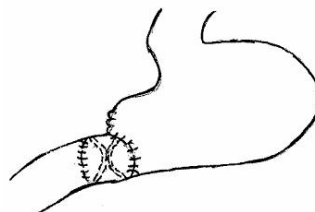
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4