

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до реконструктивної хірургії і може бути використана для хірургічного лікування раку шлунка.

Відомий спосіб єюногастропластики [Захаров І.Е., Захаров А.Е. Тонкокишечная пластика при гастректомиях и резекциях желудка. М: Медицина. -1962 - 232стр.], що полягає в мобілізації, видаленню шлунку, трансплантації ділянки тонкої кишки довжиною 25-30см для формування резервуару, ушиванні орального сегменту тонкокишкового трансплантату наглухо, анастомозуванні зі стравоходом за типом кінець в бік, формуванні дублікатури дистального відділу трансплантанта; анастомозування аборального кінця трансплантату з культею дванадцятипалої кишки і третього міжкишкового анастомозу за типом кінець в кінець.

Однак він має такі недоліки

- Введення в пасаж дванадцятипалої кишки
- Недостатній обсяг резервуару (1/3-1/4 нормального обсягу шлунку)
- Порушення перистальтики у тонкокишковому трансплантаті
- Часта імовірність розвитку демпінг-синдрому
- Неможливість реконструктивної операції.

В основу корисної моделі поставлена створення способу формування резервуару при єюнопластиці, найбільш відповідного за обсягом та об'ємом до шлунку, та забезпечення функції кардіального жому.

Поставлена задача вирішується тим, що після видалення шлунку, завдяки використанню тонкокишкової дублікатури формується Р-подібний резервуар; стравохідно-кишковий анастомоз перітонізується приводящою петлею тонкої кишки, формуючи кардіальний жом та штучний кут Гіса.

На Фіг. відображений кінцевий вигляд після езофагоєюнопластики, де 1 - езофагоентероанастомоз, 2 - міжкишковий анастомоз "бік у бік", 3 - обхідний ентоентероанастомоз за Браном, 4 - сформований резервуар.

Спосіб реалізується таким чином.

Після мобілізації та видалення шлунку за загальноприйнятою методикою та ушивання дванадцятипалої кишки, відступивши від зв'язки Трейца до 35см, проводиться білябрижечна ентопексія на відстані до 21см; за допомогою перегибу сформованої тонкокишкової дублікатури ліворуч у відношенні до хворого та наступною протибрижечною ентопексією формується Р-подібний резервуар (4) довжиною не менш ніж 10см. Культя стравоходу розсікається, формується езофагоентероанастомоз (1) між лівим півколом стравоходу та приводящою петлею, правим півколом стравоходу та відводящою петлею перегнутої тонкокишкової дублікатури, перитонізація окремими серозно-м'язковими швами; в дистальному відділу перегиба відводящої петлі формується міжкишковий анастомоз "бік у бік"(2). Передня стінка езофагоентероанастомоза додатково окутується приводящою частиною тонкої кишки; відступивши від міжкишкового анастомозу 15см, формується обхідний ентоентероанастомоз за Браном (3).

Переваги способу єюноезофагопластики при гастректомії в тім, що:

- Сформований резервуар за формою та об'ємом найбільш наближений до фізіологічного шлунку
- Уповільнена перистальтика зформованого резервуару та зменшення явищ демпінг-синдрому
- Наявність штучного кардіального жому
- Більш висока міцність анастомозу
- Можливість виконання реконструктивної операції.

Приклад. Хворий З., 63 років, історія хвороби №624217, надійшов у клініку з діагнозом рак середньої третини шлунку T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Діагноз підтверджений морфологічно, рентгенологічно. Протипоказань до операції не виявлено. Хворому виконана гастректомія з езофагоєюнопластикою. ПГВ №32823-29 - високодиференційована аденокарцинома з проростанням стінок шлунка до м'язової оболонки. Післяопераційний період без особливостей. На 14-ту добу виписаний з відділення. Контрольне обстеження через рік: стан хворої задовільний, даних за продовження процесу немає, при контрастному рентгенобстежуванні резервуарна функція - 700мл.

