



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30164 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ПАСАЖУ ЇЖІ ПІСЛЯ ГАСТРОЕКТОМІЇ ПРИ РАКУ ШЛУНКА

1

2

(21) u200712664

(22) 15.11.2007

(24) 11.02.2008

(72) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, UA, РУСИН
АНДРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ІГНАТ ВОЛОДИМИР
ІВАНОВИЧ, UA, РУМЯНЦЕВ КОСТЯНТИН
ЄВГЕНОВИЧ, UA

(73) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб відновлення пасажу їжі після
гастроентеростомії при раку шлунка, який
відрізняється тим, що виконують

панкреатодуоденальну резекцію, яка супроводжується тотальними видаленнями 12-палої кишки, потім петлю тонкої кишки, взяту на відстані 20-30 см від місця пересічення тонкої кишки, проводять в верхній поверх черевної порожнини через вікно брижі поперечноободової кишки при одночасному її розгортанні антиперистальтично, після чого накладають стравохіднотонкокишковий анастомоз за Бондарем, холедохоеюноанастомоз і анастомоз між провідним та відвідним колінами мобілізованої петлі.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, та може бути використана для відновлення пасажу їжі після гастроентеростомії при раку шлунка.

Хірургічні втручання на шлунку, які здійснюються з приводу пухлинних уражень, мають серйозні технічні ускладнення, що в значному ступені пов'язано з розповсюдженням вказаних уражень в інші органи, зокрема, в підшлункову залозу, печінку та ін.

Операції з приводу раку шлунка стають комбінованими, оскільки передбачають додаткові хірургічні дії, направлені на відновлення пасажу їжі після гастроентеростомії. Такі дії спрямовані на створення анастомозів між стравоходом та тонкою кишкою [див., наприклад, "Новости лучевой диагностики", 2000, №1, с.12-14].

Від того, наскільки успішно буде виконано відновлення пасажу їжі, залежить вираженість післяопераційних ускладнень, частота яких є значно високою і досягає 30-40%.

При відновленні пасажу їжі після гастроентеростомії дуже важливо відновити надходження соку підшлункової залози та жовчі в просвіт тонкого кишечника.

В усіх відомих способах відновлення пасажу їжі після гастроентеростомії при раку шлунка суть полягає у виконанні відповідних анастомозів. Але частина відомих способів не передбачає надходження соку підшлункової залози в просвіт тонкої кишки. Інші способи пов'язані з мобілізацією

декількох кишкових петель, що в цілому ускладнює технологію хірургічної операції і подовжує час її виконання, що, в свою чергу, викликає серйозні післяопераційні ускладнення [див., наприклад, А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло, А.П. Радзиховский "Хирургия поджелудочной железы", Симферополь, Таврида, 1997, с.462].

При пророщенні раку в підшлункову залозу виконують панкреатодуоденальну резекцію. В тих особливих випадках, коли пухлина проростає в нижню горизонтальну гілку 12-палої кишки, або панкреатодуоденальна резекція виконується з перев'язкою судин, що живлять цю гілку, виникає необхідність в її тотальному видаленні.

Відсутність 12-палої кишки ускладнює процес відновлення пасажу їжі, іншими словами, потребує додаткових особливостей проведення хірургічної операції.

Задачею цієї корисної моделі є вдосконалення способу відновлення пасажу їжі після гастроентеростомії при раку шлунку шляхом використання таких хірургічних прийомів та дій, які забезпечують більш високу якість життя хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі відновлення пасажу їжі після гастроентеростомії при раку шлунка, згідно з винаходом, виконують панкреатодуоденальну резекцію, яка супроводжується тотальним видаленням 12-палої кишки, потім петлю тонкої кишки, взятої на відстані 20-30 см від місця пересічення тонкої кишки,

(13) U

(11) 30164

(19) UA

проводять в верхній поверх черевної порожнини через вікно брижі поперечноободової кишки при одночасному її розгортанні антиперистальтично, після чого накладають стравохіднотонкокишковий анастомоз та анастомоз між провідним та відвідним колінами мобілізованої петлі.

На Фіг. схематично зображені хірургічні дії у відповідності до рішення, що заявляється:

1. Езофагоєюнастомоз за Бондарем,
2. Анастомоз між куксою підшлункової залози та відвідним коліном петлі тонкої кишки,
3. Холедохоєюнастомоз,
4. Анастомоз "бік - в-бік" або "кінець - в-бік".

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Хвора С, 44 роки, госпіталізована з діагнозом рак шлунку (T₄N₁Mo). Після нетривалої передопераційної підготовки було виконано оперативне втручання. Інтраопераційно виявлено пухлину препілоричного відділу шлунку по заданій стінці з penetрацією в головку підшлункової залози. Пухлина до 2см діаметром з кратероподібним вдавленням, також були визначені поодинокі збільшені лімфатичні вузли в ділянці поверхневого контуру голівки підшлункової залози. Після видалення шлунку з лімфодисекцією в об'ємі Д-2 виконана панкреатодуоденальна резекція з тотальним видаленням 12-палої кишки. Потім петлю тонкої кишки, взятою на відстані 25см від місця пересічення тонкої кишки, проводять в верхній поверх черевної порожнини через вікно брижі поперечноободової кишки при одночасному її розгортанні антиперистатично, після чого накладають стравохіднотонкокишковий анастомоз за Бондарем.

Після цього створюють панкреатоєюнастомоз на "загубленому" трубчастому дренажі однорядним швом з використанням "Prolen 4/0" по типу "кінець - в-бік".

Потім виконують холедохоєюнастомоз на зовнішньому каркасному дренажі. Між провідним та відвідним колінами мобілізованої петлі створюють анастомоз "кінець - в-бік".

В ранній післяопераційний період ускладнень не було. Нутритивний статус після операції задовільний, стул оформлений, 1, 2, інколи 3 рази на добу.

Таким чином спосіб, що заявляється, є достатньо ефективним та характеризується реальною можливістю підвищення якості життя хворого.

