



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18428 (13) U
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТЕРМІНОЛАТЕРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

1

2

(21) u200604252

(22) 17.04.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Кулачек Федір Григорович, Ковальчук Наталія Георгіївна, Плегуча Олександр Матвійович, Кулачек Ярослав В'ячеславович, Ротар Олександр Васильович

(73) БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ

(57) Спосіб формування термінолатерального анастомозу при резекції шлунка, що включає накладання співустя між шлунком та дванадцятипалою кишкою, який **відрізняється** тим, що співустя накладають під кутом 45 градусів в бік низхідної частини дванадцятипалої кишки та куксу дванадцятипалої кишки підшивають до задньої поверхні кукси шлунка на 3-4 см вище лінії анастомозу окремими серозно-м'язовими швами.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічних хвороб і може бути використана для ефективного відновлення моторно-евакуаторної функції кукси шлунка та з метою профілактики неспроможності швів кукси дванадцятипалої кишки при резекції шлунка.

Операції на шлунку складають 2-5% всіх операцій в загально хірургічних стаціонарах [Бурков С., 1998, Петров В.П., Осипов В.В., 2000]. Слабкою стороною резекції шлунка з накладанням термінолатерального анастомозу є важкість надійного укріплення дуоденальної кукси [Черноусов А.Ф. и соавт., 1996]. На жаль неспроможність кукси дванадцятипалої кишки зустрічається у 0,5-3,6% спостережень і відноситься до надзвичайно небезпечних післяопераційних ускладнень, летальність при яких досягає 25-70% [Витебский Я.Д., 1985, Шрайбер Г.В., 1994, Давыдов М.И., 1995].

Прототипом корисної моделі є спосіб формування термінолатерального анастомозу шляхом накладання співустя між шлунком та дванадцятипалою кишкою [Мышкин К.И., Франкфурт Л.А. «Термінолатеральный гастродуоденальный анастомоз в хирургии язвенной болезни» // Хирургия. - 1982. - №3. - с.3-5]. Спосіб-прототип здійснюється наступним чином: створюють анастомоз між куксою шлунка та стінкою дванадцятипалої кишки, яку пересікають в поперечному напрямку, а дуоденальна кукса ушивається окремими вузловими швами, лінія швів перитонізується за допомогою кисетного шва.

Недоліком прототипу є те, що виникає можли-

вість розвитку неспроможності швів дуоденальної кукси, також можливий дуоденостаз, що приводить до порушення моторно-евакуаторної функції кукси шлунка.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити спосіб формування термінолатерального анастомозу при резекції шлунка шляхом накладання анастомозу між куксою шлунка та нисхідною частиною дванадцятипалої кишки під кутом 45 градусів та додаткового „підшивання” кукси дванадцятипалої кишки до задньої поверхні кукси шлунка.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі формування термінолатерального анастомозу при резекції шлунка шляхом накладання співустя між шлунком та дванадцятипалою кишкою, згідно до корисної моделі, співустя накладають під кутом 45 градусів в бік низхідної частини дванадцятипалої кишки та куксу дванадцятипалої кишки підшивають до задньої поверхні кукси шлунка на 3-4 см вище лінії анастомозу окремими серозно-м'язовими швами.

Спільними ознаками прототипу та рішення, що заявляється, формування термінолатерального анастомозу шляхом накладання співустя між шлунком та дванадцятипалою кишкою. На відміну від прототипу, у нашому способі накладання анастомозу між шлунком та дванадцятипалою кишкою проводиться під кутом 45 градусів, а також кукса дванадцятипалої кишки додатково укривається вісцеральною очеревиною задньої поверхні кукси шлунка.

(19) UA (11) 18428 (13) U

На Фіг.1 наведено корисну модель - термінолатеральний анастомоз (1) між куксою шлунка (2) та дванадцятипалою кишкою (3) накладений під кутом 45° градусів, куксу дванадцятипалої кишки (4) вище на 3-4см від лінії анастомозу підшивають окремими серозно-м'язовими швами до задньої поверхні кукси шлунка, що створює додатковий захист лінії швів.

Спосіб здійснюється наступним чином: після резекції шлунка і ушивання верхньої його частини, а також ушивання кукси дванадцятипалої кишки (4) накладають анастомоз (1) куksi шлунка (2) в бік низхідної частини дванадцятипалої кишки (3) під кутом 45° градусів. З метою профілактики недостатності швів кукси дванадцятипалої кишки дуоденальну куксу підшивають до задньої поверхні кукси шлунка на 3-4см вище лінії анастомозу окремими серозно-м'язовими швами.

Клінічний приклад:

Хворий К., 46 років, історія хвороби №643, поступив 15.11.2005р зі скаргами на різкий біль в епігастральній ділянці, який утруднює вдих, загальну слабкість. Захворів 3 години тому, коли з'явився гострий біль в вказаній області, запаморочення голови. Хворіє на виразкову хворобу шлунка протягом 2 років. Об'єктивно при поступленні: загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки блілого кольору. Відмічено тахікардію та зниження артеріального тиску (ЧСС - 106, АТ - 90/60мм.рт.ст.). Живіт напружений, пальпація болюча на всьому протязі, симптоми подразнення очеревини різко позитивні. На оглядовій рентгенограмі живота виявлено вільний газ під правим куполом діафрагми. Виставлено діагноз: перфоративна виразка шлунка. Виконано операцію: лапаротомія, резекція шлунка з накладанням термінолатерального анастомозу, кукса дванадцятипалої кишки ушита окремими вузловими швами, лінія швів перитонізована за допомогою кисетного шва. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Шви зняті на 12 добу, загоєння первинним натягом. Хворий виписаний під спостереження хірурга поліклініки.

Через 1 місяць хворому було проведено рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту. При рентгенологічному вивченні характеру евакуації з кукси шлунка виявили затримку шлункової евакуації, яка не мала порційний характер, що свідчить про порушення моторної та евакуаторної функції кукси шлунка.

Хворий О., 47 років історія хвороби №657, поступив 22.12.2005р зі скаргами на важкість та біль в епігастральній ділянці, поганий апетит, схуднення, хворіє протягом року. Об'єктивно при поступленні: загальний стан середньої важкості, шкіра та видимі слизові оболонки блілого кольору з землистим відтінком. ЧСС - 80, АТ - 100/70мм.рт.ст. В епігастрії пальпується малорухоме утворення 8х6см. На рентгенограмі шлунка - дефект наповнені в ділянці нижньої третини шлунка. Виставлено діагноз: рак нижньої третини шлунка, II стадія, T₂N₀M₀, II клінічна група. Виконано операцію: лапаротомія, дистальна субтотальна резекція шлунка з накладанням термінолатерального анастомозу між куксою шлунка та дванадцятипалою кишкою під кутом 45° градусів, куксу дванадцятипалої кишки підшили на 3-4см вище від лінії анастомозу окремими серозно-м'язовими швами до задньої поверхні кукси шлунка. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Шви зняті на 10 добу, загоєння первинним натягом. Хворий виписаний під спостереження хірурга поліклініки. Через 1 місяць хворому було проведено рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту. При рентгенологічному вивченні характеру евакуації з кукси шлунка виявили дещо прискорену шлункову евакуацію, яка мала порційний характер.

Застосування запропонованого способу апробовано в клініці загальної хірургії Буковинського державного медичного університету. Результати проаналізовані в таблиці.

Таблиця

Порівняльна характеристика ефективності способу формування термінолатерального анастомозу відомим і запропонованим способом

Прототип	Кількість прооперованих пацієнтів	Післяопераційні ускладнення
Відомий спосіб	25	Порушення моторно-евакуаторної функції кукси шлунка - 44% Неспроможність швів дуоденальної кукси - 4%
Запропонований спосіб	27	Порушення моторно-евакуаторної функції кукси шлунка - 12% Неспроможність швів дуоденальної кукси - не було

Технічний результат: використання способу, що заявляється, є ефективним, оскільки виконаний анастомоз є більш фізіологічним співустьям (дає можливість включати дванадцятипалу кишку в процеси травлення), а також наявний додатко-

вий захист лінії швів кукси дванадцятипалої кишки, що дозволяє знизити до мінімуму ризик розвитку неспроможності кукси дванадцятипалої кишки, покращується перебіг післяопераційного періоду, підвищити якість життя таких хворих.

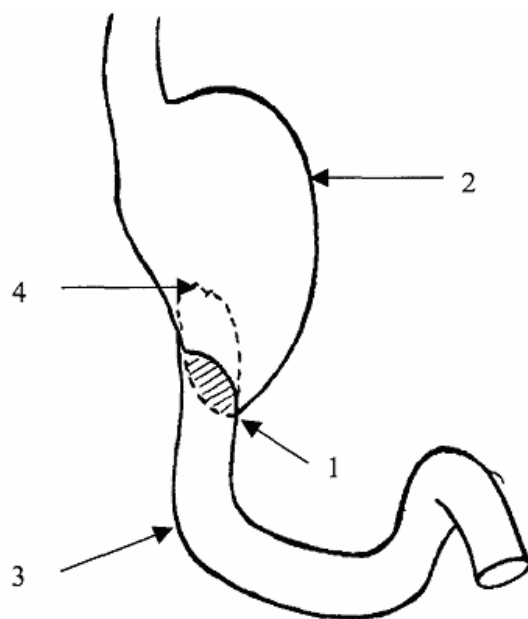


Fig.1