



УКРАЇНА

(19) UA (11) 24144 (13) U
(51) МПК
A61B 17/11 (2007.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ШЛУНКА

1

2

(21) u200613870

(22) 02.02.2007

(24) 25.06.2007

(46) 25.06.2007, Бюл. №9, 2007р.

(72) Русин Василь Іванович, Русин Андрій Васильович, Ігнат Володимир Іванович, Румянцев Костянтин Євгенович

(73) Русин Василь Іванович

(57) Спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка, що супроводжується одночасним пошкодженням загальної жовчної протоки, який **відрізняється** тим, що включає протягування петлі тонкої кишки через вікно в брижі поперечно-ободової кишки, при цьому про-

тягнуту петлю тонкої кишки антиперистальтично розвертають і з неї формують муфту, потім дистальний кінець стравоходу занурюють в просвіт обвідної частини петлі і сформованою таким чином муфтою обкутують стравохідно-кишковий анастомоз, після чого на привідній частині петлі формують панкреатоєюноанастомоз по типу "кінець в бік" на внутрішньому "загубленому" дренажі та холеохоєюноанастомоз по типу "кінець в бік" на зовнішньому каркасному дренажі, після чого між привідною та відвідною частинами тонкої кишки накладають анастомоз по Брауну, який фіксують у вікні брижі поперечно-ободової кишки.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії та онкології, та може бути використана при хірургічному лікуванні раку шлунка - гастроектомії.

Самим складним та відповідальним етапом гастроектомії є формування стравохідно-кишкового анастомозу або іншими словами - реконструкція шлунково-кишкового тракту. Але слід відзначити, що операції подібного роду часто ускладнюються необхідністю пересічення загальної жовчної протоки, що може бути обумовлено розповсюдженням пухлинного процесу. Окрім того, враховуючи велику технічну складність проведення гастроектомії, таке пересічення може мати випадковий характер і таким чином виникає необхідність не тільки в накладанні стравохідно-кишкового анастомозу, але і у виконанні панкреатодуоденальної резекції.

Вказані ускладнення, які обумовлені пересіченням загальної жовчної протоки, роблять операцію технічно більш складною, тривалою і в кінцевому підсумку значно підвищують ризик для життя хворого.

Окрім того, усунення вказаних ускладнень вимагає дуже високої кваліфікації хірурга.

Вказаний етап операції повинен задовольняти умовам максимальної надійності, а саме - анастомоз повинен забезпечувати добрі функціональні

властивості, наприклад арефлюксність та ін.

На сьогоднішній день відомі та застосовуються різні способи реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка - це вертикальні шлунково-кишкові анастомози за Казанським, Орру-Ханту-Накаяме, інвагінаційний анастомоз. В останні роки найбільше розповсюдження одержали «резервуарні анастомози» та «муфтоподібний арефлюксний шлуководно-тонкокишковий анастомоз» за методикою Бондаря [див. А.А.Кліменков, Ю.І.Палютко, Г.І.Губіна «Опухоли желудка», М., Медицина, 1988, с. 151-155].

Але, всі вказані способи не передбачають в достатньому ступені надійні дії, які направлені на усунення дефектів, що виникають при виконанні гастроектомії.

При сучасній відновлювальній хірургії підчас операції по видаленню шлунка дуже актуальним є використання тонкої кишки.

З всіх відомих способів реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка найбільш близьким є спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту шляхом використання петлі тонкої кишки, взятої в 30-50см від дуоденально-єюнального переходу (зв'язки Трейця). З неї формують Т-подібну петлю, розгорнуту ізоперистальтично. До відвідного коліна петлі фіксується стравохід, у відвідному коліні створюється отвір, через

(13) U

(11) 24144

(19) UA

який проводиться в просвіт відвідного коліна стравохід по типу інвагінації. Поперечною петлею Т-подібної петлі навколо стравохідно-кишкового анастомозу створюється муфта.

Задачею корисної моделі є вдосконалення способу реконструкції шлунково-кишкового тракту шляхом застосування такого поєднання хірургічних дій та прийомів, які дозволяють зробити операцію менш травматичною, надійною і тим самим знизити ризик для життя хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка, що супроводжується одночасним пошкодженням загальної жовчної протоки, згідно з корисною моделлю, включає в себе протягування петлі тонкої кишки через вікно в брижі поперечно-ободочної кишки, при цьому протягнуту петлю тонкої кишки антиперистальтично розвертають і з неї формують муфту, потім дистальний кінець стравоходу занурюють в просвіт обвідної частини петлі і сформованою таким чином муфтою окутують стравохідно-кишковий анастомоз, після чого на привідній частині петлі формують панкреатоеюноанастомоз по типу «кінець, в бік» на внутрішньому «загубленому» дренажі та холедохоєюноанастомоз по типу «кінець в бік» на зовнішньому каркасному дренажі, після чого між привідною та відвідною частинами тонкої кишки накладають анастомоз по Брауну, який фіксують у вікні брижі киші поперечно-ободочної кишки.

Авторами цієї корисної моделі визначені хірургічні дії та прийоми, які в своїй сукупності дозволяють накласти холедохоєально- і панкреатокишкові анастомози без видалення головки підшлункової залози та 12-ти палої кишки.

Між відвідною та привідною частинами петлі тонкої кишки наложено анастомоз за Брауном, внаслідок чого сік підшлункової залози та жовч вільно відтікають скрізь наложений анастомоз в просвіт тонкої кишки та беруть участь в процесі травлення.

І хоча спосіб, що заявляється, вимагає більшої майстерності хірурга, він найменш травматичний, ніж ті, що використовувались раніше, більш надійний і в кінцевому рахунку знижує ризик для життя хворого.

Корисна модель пояснюється схемою здійснення способу та конкретним прикладом.

Схема здійснення способу представлена на

Фіг., на якому:

- 1 - стравохідно-кишковий анастомоз, окутаний муфтою, що сформована петлею тонкої кишки;
- 2 - анастомоз за Брауном поміж привідною та відвідною частинами тонкої кишки;
- 3 - кукса 12-ти палої кишки;
- 4 - панкреатоеюноанастомоз;
- 5 - холедохоєюноанастомоз;
- 6 - зовнішній каркасний дренаж;
- 7 - внутрішній "загублений" каркасний дренаж.

Приклад

Хвора К., 1951 року народження госпіталізована в хірургічне відділення Закарпатського обласного клінічного онкодиспансеру з діагнозом - рак антрального відділу шлунку. В анамнезі життя встановлено, що в 2001 році хворій була виконана операція пілоропластики з приводу перфоративної виразки 12-ти палої кишки. Пухлина була визнана операбельною, було прийняте рішення виконати гастроектомію.

Під час виконання операції після мобілізації та видалення шлунка було проведено повне пересічення загальної жовчної протоки у зв'язку з розповсюдженням пухлини на 12-ти палу кишку.

Хірургічні дії, що направлені на реконструкцію шлунково-кишкового тракту, були проведені як описано вище та показано на Фіг.

Панкреатоеюноанастомоз був накладений за допомогою однорядного вузлового шву атравматичною PROLEN-4.0 на "загубленому" внутрішньому дренажі, що представляє собою множинно-перфоровану поліхлорвінілову трубку. Гепатикоеюноанастомоз був накладений також однорядним швом на зовнішньому каркасному дренажі.

Після операційного періоду спостерігалось підтікання жовчі по страховочному дренажу, розміщеному навколо гепатикоеюноанастомозу. Воно було припинене без оперативного втручання на 6-й день після операції на фоні ін'єкцій «укреатиду». Пасаж по шлунковому тракту відновився, через 4 місяці видаляли зовнішній дренаж, дебет жовчі по ньому перед видаленням складав 80-100мл.

Таким чином спосіб, що заявляється, розширив можливості хірургічного відновлення шлунково-кишкового тракту після видалення шлунка, ускладненого пересіченням основної жовчної протоки. Спосіб відрізняється надійністю, меншою травматичністю.

