



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30062 (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 РЕКОНСТРУКЦІЇ ТРАВНОГО ТРАКТУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ШЛУНКА

1

2

(21) u200711320

(22) 12.10.2007

(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 реконструкції травного тракту при
хірургічному лікуванні раку шлунка, який
відрізняється тим, що після гастроектомії
виконують панкреатодуоденальну резекцію,

накладають анастомоз між куксами підшлункової залози і куксами дванадцятипалої кишки однорядним швом з використанням атравматичного шовного матеріалу, що не розмоктується, потім петлю тонкої кишки, взятої на відстані 20-30 см від зв'язки Трійця, проводять у верхній поверх черевної порожнини через вікно в брижі поперечно-ободової кишки при одночасному її розгортанні антиперистальтично, після чого накладають стравохідно-тонкокишковий анастомоз за Бондарем, холедохоеюноанастомоз і анастомоз по типу "бік в бік" між привідним та відвідним колінами мобілізованої петлі.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для реконструкції травного тракту після гастроектомії, яка представляє собою найбільш обширну операцію, що виконується на шлунку при тотальному або субтотальному пухлинному ураженні.

В цей час число хірургічних втручань на шлунку, які здійснюються з приводу раку шлунку, нараховується багатьма сотнями. Паралельно зі збільшенням їх кількості постійно розробляється або удосконалюється тактика і техніка, яка забезпечує наступну найбільш сприятливу функцію травлення.

Завдяки сучасним досягненням діагностики все більшу частину хворих оперують радикально на ранніх стадіях захворювання, коли показники тривалості життя досягають 79-85% та вище. Комбіновані оперативні втручання складають 30-50% радикальних операцій при раку шлунку. В останній час все ширше застосовують такі операції, як гастропанкреатодуоденальна резекція, резекція печінки і інших органів при місцеворозповсюдженню раку шлунку, який проростає у підшлункову залозу, печінку та інші органи, таким чином операція на шлунку стає комбінованою. Приблизно 30-50% радикальних операцій є комбінованими.

Після гастроектомії для реконструкції травного тракту формується анастомозів поміж

стравоходом та тонкою кишкою з різноманітними типами езофагоєюностомій [див. наприклад, «Новости лучевой диагностики», 2000, № 1, с. 12-14].

Від вибраного способу реконструкції залежить вираженість післяопераційних функціональних порушень. Частота післягастроектомічних ускладнень є неприпустимо високою і досягає 30-40%. До вказаних ускладнень відносяться рефлюкс-езофагіт, демпінг-синдром, синдром привідної петлі, агастральна астения, стеноз стравохідно-кишкового анастомозу, анемії, тощо.

Окремим випадком комбінованої операції з приводу раку шлунку при пророщенні його в підшлункову залозу, є необхідність панкреатодуоденальної резекції, після чого відновлюють пасаж проходження страви вздовж травної трубки. При виконанні вказаної реконструкції травного тракту дуже важливо відновити надходження соку підшлункової залози та жовчі в просвіт кишечника.

Відомі різні способи реконструкції травного тракту, суть яких полягає у виконанні відповідних анастомозів. Частина відомих способів не передбачає надходження соку підшлункової залози в просвіт тонкої кишки. Інші способи вимагають мобілізації декількох кишкових петель, що ускладнює технологію хірургічної операції і подовжує її час, що в свою чергу, викликає серйозні післяопераційні ускладнення.

(13) U
(11) 30062
(19) UA

З усіх відомих способів реконструкції шлунково-кишкового тракту після видалення шлунку та панкреатодуоденальної резекції найбільш близьким є спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту за Огг [Хирургия поджелудочной железы. А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло, А.П. Радзиховский. - Симферополь: Таврида, 1997. - с. 462]. Спосіб передбачає проведення через вікно в брижі поперечно ободової кишки петлі тонкої кишки, розгорнутої ізоперистальтично з послідовним накладанням анастомозів із шлунком, підшлунковою залозою та загальною жовчною протокою та наступним формуванням Браунівського анастомозу між привідним і вивідним колінами тонкої кишки. Спосіб дозволяє зберегти процеси надходження в кишечник соку підшлункової залози та жовчі.

Але всі відомі способи і найближчий з них до способу, що заявляється, виключають з пасажу страви 12-ти перстну кишку (при наявності її кукси), що є серйозним недоліком, оскільки особливістю 12-ти палої кишки є її функція, що регулює роботу всіх травних трактів і систем. Від збереження вказаної функції при пасажі страви 12-ти палої кишки або її частини, що залишилась, залежить наступне покращання якості життя хворого.

Задачею корисної моделі є вдосконалення способу реконструкції травного тракту при хірургічному лікуванні раку шлунку шляхом підбору таких хірургічних дій та прийомів, які забезпечують більш високу якість життя хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі реконструкції травного тракту при хірургічному лікуванні раку шлунку, згідно з корисною моделлю, після гастроектомії накладають анастомоз поміж культею підшлункової залози і культею 12-палої кишки однорядним швом з використанням атравматичного шовного матеріалу, що не розсмоктується, потім петлю тонкої кишки, взятої на відстані 20-30см від зв'язки Трейца, проводять у верхній поверх черевної порожнини через вікно в брижі поперечно ободової кишки при одночасному її розгортанні антиперистальтично, після чого накладають стравохіднотонкокишковий анастомоз за Бондарем, холедохоєюноанастомоз і анастомоз по типу бік-в-бік між привідним та відвідним колінами мобілізованої петлі.

Спосіб, що заявляється, здійснюють наступним чином: після виконання гастроектомії та панкреатодуоденальної резекції формували анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки та куксою підшлункової залози. Анастомоз наклали на «загубленому» поліхлорвініловому дренажі однорядним серозно-капсульним швом атравматикою, що не розсмоктується. Наступним формували езофагоєюноанастомоз за методикою Бондаря, що забезпечувало арефлюксність. Далі на відвідному коліні формували холедохоєюноанастомоз шляхом накладання однорядних швів атравматикою, що розсмоктується, на «загубленому» поліхлорвініловому дренажі. Останнім формували

анастомоз між привідним і вивідним колінами петлі тонкої кишки за Брауном шляхом накладання двохрядного шва.

На Фіг. схематично показана послідовність хірургічних дій у відповідності до рішення, що заявляється.

- 1 - анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки та куксою підшлункової залози;
- 2 - езофагоєюноанастомоз за Бондарем;
- 3 - холедохоєюноанастомоз;
- 4 - анастомоз за Брауном.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Хворий Б., 1951 року народження, госпіталізований в хірургічне відділення ОКЛ з діагнозом рак шлунку (Т_{р1}, N₁, M₀, залізодефіцитна анемія). Після компенсації ознак анемії хворому було виконано оперативне втручання. Інтраопераційно діагностовано пухлину астрального відділу шлунку по малій кривизні діаметром до 4см з проростанням в голівку підшлункової залози. Виконана гастроектомія з лімфодисекцією в об'ємі D-2, виконана панкреатодуоденальна резекція із збереженням частини нижньої горизонтальної гілки дванадцятипалої кишки.

На відстані 20см від зв'язки Трійця була мобілізована петля тонкої кишки, в безсудинній зоні брижі поперечноободової кишки було сформовано вікно, через яке петля була проведена у верхній поверх черевної порожнини і розгорнута антиперистальтично.

Між залишками нижньої горизонтальної гілки дванадцятипалої кишки та куксою підшлункової залози створили анастомоз на «загубленому» трубчастому дренажі однорядним швом атравматичним шовним матеріалом "Prolen 4/0", що не розсмоктується. Між стравоходом та мобілізованою петлею тонкої кишки створили анастомоз по Бондарю, після чого створили холедохоєюноанастомоз за інвагінаційним типом на зовнішньому каркасному дренажі. Після цього виконали анастомоз по типу «бік-в-бік» між привідним та відвідним колінами мобілізованої петлі.

Ускладнень у вигляді неспроможності анастомозів в ранньому післяопераційному періоді не було. Строк спостереження за хворим 5 місяців. У пацієнта діагностовано демпінг-синдром легкого ступеня (напади загальної слабкості тільки після вживання солодощів, гарячої їжі або молока 1-2 рази на тиждень. Консервативна терапія демпінг-синдрому перебігає із змінним успіхом.

Таким чином, незважаючи на технічні складності операції та її тривалість, з'явилась реальна можливість підвищення якості життя хворого.

