



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30163 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ТРАВНОГО ТРАКТУ ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ВИДАЛЕННІ ШЛУНКА

1

2

(21) u200712663

(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 реконструкції травного тракту при  
тотальному видаленні шлунка, який  
**відрізняється** тим, що на відстані 30 – 40 см від  
зв'язки Трійця пересікають тонку кишку, дистальну  
частину якої через вікно в брижі

поперечноободової кишки проводять в верхній  
поверх черевної порожнини, при цьому  
розгортають її ізоперистальтично, накладають  
муфтоподібний інвагінаційний  
езофагоєюноанастомоз по типу Бондаря, при  
цьому дистальну частину стравоходу інвагінують в  
привідне коліно петлі, створюють  
єюнодуоденоанастомоз між привідним коліном  
тонкої кишки та куксою дванадцятипалої кишки,  
потім створюють анастомоз між пересіченою  
проксимальною частиною тонкої кишки та  
відвідним коліном мобілізованої петлі по типу  
"кінець в бік".

Корисна модель відноситься до галузі  
медицини, а саме до хірургії, та може бути  
використана при реконструкції травного тракту при  
гастроектомії.

Гастроектомія залишається операцією, що  
найчастіше застосовується, наприклад, при раку  
шлунку. У зв'язку з цим залишаються актуальними  
питання надійності і функціональної ефективності  
методик операцій, що застосовуються,  
повноцінність реабілітації та забезпечення якості  
життя хворих.

Складним та відповідальним етапом вказаної  
операції є реконструкція травного тракту.  
Формування стравохіднокишкового анастомозу  
повинно максимально задовольняти надійності,  
високим функціональним властивостям, зокрема,  
ареф-люксною.

В останні роки найбільше розповсюдження  
одержали «резервуарні» анасто-мози та  
муфтоподібний арефлюксий  
стравохіднотонкокишковий анастомоз за  
Бондарем [див., наприклад, Бондар Г.В., Попович  
А.Ю., Думанський Ю.В. «Нові технології в хірургії»,  
Україна, Ужгород, 1997, с.158].

Останній згаданий анастомоз використано в  
способі реконструкції травного тракту при  
тотальному видаленні шлунку, що розглядається  
нами як наблизьке рішення до рішення, що  
заявляється.

На першому етапі операції проводять  
мобілізацію шлунку від дванадцятипалої кишки до  
стравоходу, пересічення дванадцятипалої кишки  
та ушивання її культі.

На другому етапі беруть петлю тонкої кишки  
на 30-50см від дуоденально-єюнального переходу  
(зв'язки Трейця) і поза черевної порожнини  
утворюють Т-подібну петлю. При цьому лінія швів  
по краю брижі утворює букву Т з 10-12 швами по  
горизонталі та 2-3 швами по вертикалі. Потім  
трьома серозно-м'язовими швами з цієї петлі  
навколо 2-3 гумових трубок утворюють муфту так,  
щоб горизонтальна лінія швів всередині муфти  
утворювала майже замкнуте кільце.

Гумові трубки укладають для того, щоб  
діаметр внутрішнього кільця муфти відповідав  
діаметру стравоходу. В подальшому на 3-4см  
вище рівня, де припускається пересічення  
стравоходу, на бокову і задню стінки муфти,  
діафрагму та клітчатку навкруги стравоходу  
накладають три провізорних шва. Гумові трубки  
видаляють. Через внутрішнє кільце муфти знизу  
вверх проводять спеціальний стравохідний зажим і  
накладають його на стравохід. Дистальніше  
зажиму стравохід пересікають і препарат  
видаляють. Ковзаючим рухом муфту вздовж  
зажиму переміщують на стравохід. Після  
накладання провізорних швів муфта з петлі тонкої  
кишки стає фіксованою до діафрагми. Після

(19) UA (11) 30163 (13) U

фіксації кишки знизу по колу між стінками стравоходу і муфти накладають ряд серозно-м'язових швів.

Вскривають просвіт відповідної петлі кишки, поетапно пересікають стравохід проксимальніше зажиму і через всі шари накладають ряд вузлових швів спочатку на задню, а потім на передню стінку. Над переднім півколом швів відвідну та провідну петлі тонкої кишки зшивають, в результаті чого анастомоз герметизує всі шви, що накладені між стравоходом і кишкою. Між провідною та відвідною петлями формують міжкишковий анастомоз за Брауном.

Перевагами цього способу є арефлюксність стравохідно-кишкового анастомозу та його повна герметичність. Недолік - виключення з пасажу хімусу дванадцятипалої кишки, де страва фізіологічно повинна оброблятися панкреатичним соком та жовчю.

Задачею цієї корисної моделі є виконання реконструкції травного тракту при тотальному видаленні шлунку шляхом такого поєднання хірургічних прийомів та дій з фізіологічними особливостями частин, на які направлені вказані прийоми і дії, в результаті чого досягається покращання результатів лікування, зниження тяжких ускладнень і, як наслідок, покращання якості життя хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі реконструкції травного тракту при тотальному видаленні шлунку, згідно з корисною моделлю, на відстані 30-40см від зв'язки Трійця пересікають тонку кишку, дистальну частину якої через вікно в брижі поперечноободової кишки проводять в верхній поверх черевної порожнини, при цьому розгортають її ізоперестальтично, накладають муфтоподібний інвагінаційний езофагоєюноанастомоз по типу Бондаря, при цьому дистальну частину стравоходу інвагінують в привідне коліно петлі, створюють єюнодуоденальний анастомоз між привідним коліном тонкої кишки та куксою дванадцятипалої кишки, після чого створюють анастомоз між проксимальною частиною пересіченою тонкою кишкою та відвідним коліном мобілізованої петлі по типу «кінець-в-бік».

Спосіб, що заявляється, виконують наступним чином.

Після виконання гастроектомії куксу дванадцятипалої кишки не зашивають. На відстані 30-40см від зв'язки Трійця пересікають тонку кишку. Її дистальну частину проводять через вікно в брижі поперечноободової кишки і формують езофагоєюноанастомоз за методикою Бондаря. Наступним кроком формують єюнодуоденоанастомоз двохранним швом по типу «кінець-в-кінець».

Слід зауважити, що перед формуванням езофагоєюноанастомозу привідне коліно петлі, на якій формується анастомоз, потрібно заздалегідь залишити довгим для того, щоб потім єюнодуоденальний анастомоз формувався без натягу. Далі формується анастомоз «кінець-в-бік» між привідною і відвідною частинами тонкої кишки.

На Фіг. схематично показана послідовність виконання операцій, де:

- 1 - езофагоєюноанастомоз за Бондарем,
- 2 - єюнодуоденоанастомоз,
- 3 - міжкишковий анастомоз «кінець-в-бік».

Основними особливостями способу, що заявляється, які визначають всі його переваги, є протезування функції шлунку та збереження фізіологічного значення дванадцятипалої кишки. Спосіб практично виключає розвиток такого ускладнення, як демпінг-синдром, що характеризує його достатньо ефективним і, в першу чергу, таким, що покращає якість життя хворого.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

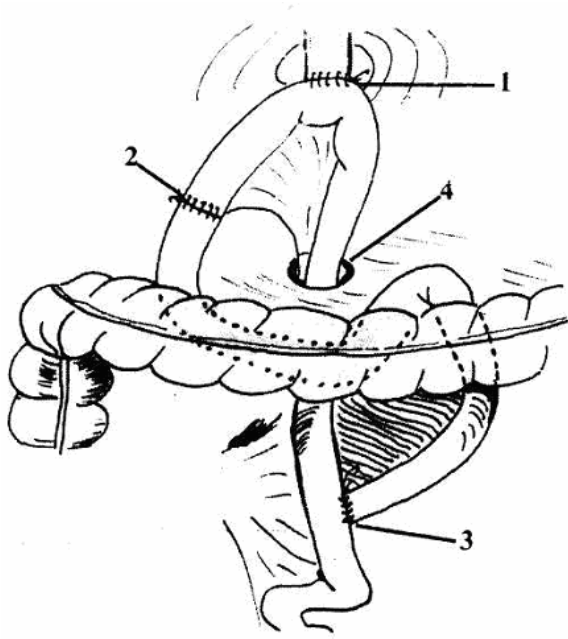
Приклад

Хвора К., 51 рік, госпіталізована в хірургічне відділення Закарпатського обласного онкодиспансера з діагнозом рак шлунку (Т<sub>3</sub>№Mo). Після дробстеження виконано оперативне втручання: інтраопераційно встановлено, що пухлина має екзофітний характер, до 2,5см в діаметрі, розташована на малій кривизні на межі субкардіального та антрального відділів.

Виконано тотальне видалення шлунку із зв'язковим апаратом та лімфодесекцією. На відстані 30см від зв'язки Трійця пересічена, через вікно у безсудинній зоні брижі поперечноободової кишки дистальна частина тонкої кишки проведена у верхній поверх черевної порожнини. За допомогою серосерозних швів на петлі тонкої кишки створена Т-подібна муфта. Муфта та дистальна частина стравоходу трьома вузловими швами фіксована до ніжок діафрагми без зав'язування швів. В привідному коліні петлі створено отвір, через який в просвіт кишки інвагіновано кінець стравоходу. Місце інвагінації укріплено вузловими швами та угорнуто горизонтальними частинами Т-подібної петлі. Наклали єюнодуоденоанастомоз між привідним коліном петлі тонкої кишки та куксою дванадцятипалої кишки по типу «кінець-в-кінець». В нижньому поверсі черевної порожнини наклали анастомоз між проксимальною частиною тонкої кишки та відвідним коліном мобілізованої петлі.

Післяопераційних ускладнень в ранньому періоді у вигляді неспроможності анастомозів не спостерігалось. Нутритивний статус після операції задовільний. спостерігалися ознаки легкого демпінг-синдрому. Стул оформлений 1-2 - рази на добу, звичайного забарвлення.

Таким чином, представлений приклад свідчить, що спосіб реконструкції травного тракту при тотальному видаленні шлунку, що заявляється, повністю відповідає поставленій задачі.



Фир.