

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при лікуванні хворих на рак оперованого шлунка та на рак шлунка.

Проблема реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукули шлунка та гастректомії залишається актуальною, тому що хоч і існує багато способів формування стравохідно-кишкових анастомозів, але кожен із них має як позитивні характеристики, так і недоліки. В кожній лікарні використовують 1-2 способи стравохідно-кишкового анастомозу, які відпрацьовані роками й у руках досвідченого хірурга мають найменшу частоту неспроможності швів анастомозу. Намагаючись вдосконалити спосіб, автори удаються до технічно складних прийомів із застосуванням більшої кількості швів, що не завжди дозволяє впровадити цей метод в інших лікувальних установах.

Незважаючи на значний прогрес в області хірургії шлунка, великої кількості розроблених методик, ця проблема вимагає удосконалення підходів до реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукули шлунка та гастректомії.

Відомий спосіб накладення стравохідно-кишкового анастомозу був узятий нами за прототип [1]. Спосіб полягає у тому, що після верхньої середньої лапаротомії виконують мобілізацію стравоходу, кукули шлунка, привідної та відвідної кишки, видаляють препарат, прошивають і занурюють проксимальну кукули кишки. Формують у верхньому відділі петлі «Т-подібну двостволку», шляхом накладення 3-5 вузлових серозно-м'язевих швів уздовж брижового краю кишки з кожного боку, формують анастомоз між стравоходом і відвідною кишкою, експериментально лінію швів шляхом зшивання кінців двостволки, формують на відстані 10см від нижнього краю стравохідно-кишкового комплексу кінце-боковий анастомоз між привідною й відвідною петлями кишки.

Спосіб, вибраний за прототип, має недолік: для формування «Т-подібної двостволки» використовують більший сліпий відрізок порожньої кишки для можливості окутування стравохідно-кишкового анастомозу, що потребує більшої мобілізації брижі відвідної кишки.

Задачею заявленої корисної моделі є спростити спосіб формування інвагінаційного анастомозу зі збереженням його надійності.

Технічний результат, отриманий від вирішення поставленої задачі, буде полягати у забезпеченні профілактики неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу, скороченні часу оперативного втручання.

Поставлену задачу досягли тим, що у відомому способі, який включає мобілізацію порожньої кишки по Ру-Герцену, накладення позаду ободового стравохідно-кишкового анастомозу кінець у бік з його окутуванням порожньою кишкою та формування міжкишкового У-подібного кінце-бокового анастомозу між привідною й відвідною петлями кишок, відповідно до корисної моделі перший ряд швів інвагінують у кишку двома полукисетними швами, стравохідно-кишковий анастомоз окутують «сліпим» відрізком порожньої кишки довжиною, яка дорівнює трьом діаметрам стравоходу, при зав'язуванні полукисетного шва по брижовому краю порожньої кишки, накладають окремі вузлові серозно-м'язеві шви між «сліпим» і відвідним відрізком кишки, між стінкою кишки й очеревиною діафрагми.

Сутність способу пояснюється малюнками, де на Фіг.1 зображено накладення двох полукисетних швів на порожню кишку з прошиванням стінки стравоходу; на Фіг.2 зображено накладення полукисетного шва вздовж брижового краю порожньої кишки; на Фіг.3 зображено накладення окремих вузлових серозно-м'язевих швів між «сліпим» і відвідним відрізком кишки, між стінкою кишки й очеревиною діафрагми; на Фіг.4 зображено готовий вигляд стравохідно-кишкового анастомозу.

Спосіб здійснюють таким чином

Після виконання екстирпації кукули шлунка або гастректомії мобілізують порожню кишку по Ру-Герцену. Прошивають і занурюють кукули відвідної петлі. Формують внутрішній ряд вузлових швів анастомозу кінець у бік між стравоходом і відвідною кишкою на відстані від кукули кишки, яка дорівнює трьом діаметрам стравоходу. На відстані 5-6мм паралельно внутрішньому ряду швів на кишку накладають два серозно-м'язевих полукисетних шви з прошиванням стінки стравоходу (Фіг.1). При зав'язуванні полукисетних швів укривають перший ряд швів за рахунок інвагінації стравоходу в кишку. На брижовий край відвідної кишки накладають полукисетний шов (Фіг.2), при зав'язуванні якого передню стінку стравохідно-кишкового анастомозу вкривають передньою стінкою «сліпого» відрізка порожньої кишки (Фіг.3). Накладають окремі вузлові серозно-м'язеві шви між «сліпим» і відвідним відрізком кишки, між стінкою кишки й очеревиною діафрагми (Фіг.3) таким чином, щоб стравохідний анастомоз опинився усередині «кишені», яка утворена ліворуч, праворуч та знизу - порожньою кишкою, а зверху - діафрагмою (Фіг.4). Між привідною й відвідною кишкою формують кінце-боковий анастомоз на відстані 30-35см від стравохідно-кишкового анастомозу.

Спосіб має переваги:

1. Для окутування стравохідно-кишкового анастомозу використовують «сліпий» відрізок порожньої кишки меншої довжини, що сприяє більш економічному розподілу довжини анастомозованої кишки та попереджує натяг її брижі.

2. Перед окутуванням стравохід інвагінують у порожню кишку двома полукисетними швами, що служить додатковою експериментальною внутрішньої ряду швів.

3. Передню лінію швів стравохідного анастомозу вкривають передньою стінкою «сліпого» відрізка порожньої кишки шляхом зав'язування полукисетного шва вздовж брижового краю кишки, що полегшує техніку окутування.

4. Фіксація стравохідно-кишкового анастомозу до очеревини діафрагми забезпечує профілактику перекручування анастомозу.

Приклади конкретних виконань

Хворий Ц.Г.В., 50 років, діагноз: рТ4N0M0G3 Рак кукули шлунка з розповсюдженням на тіло підшлункової залози III А ст. Ікл. гр. 20.02.1990р. виконана комбінована реконструктивна екстирпація кукули шлунка з дистальною панкреатопленектомією. Верхньо-середня лапаротомія. Мобілізація стравоходу, кукули шлунка, привідної й відвідної кишки, селезінки, хвоста та тіла підшлункової залози. Препарат видалено. Прошито й занурено кінець абсорбального відрізка порожньої кишки. На відстані 7см від його кукули накладено перший ряд швів стравохідно-кишкового анастомозу кінець у бік. Паралельно першому ряду швів із кожного боку накладено два полукисетних шви, при зав'язуванні яких стравохід інвагінують у кишку. На брижовий край кишки накладено

полукисетний шов, при його зав'язуванні анастомоз окутано «сліпим» відрізком кишки. Накладено вузлові серозно-м'язеві шви між «сліпим» і відповідним відрізком кишки, між стінкою кишки й очервиною діафрагми. Між привідною й відвідною кишкою сформовано кінце-боковий анастомоз на відстані 30см від стравохідно-кишкового анастомозу. В черевну порожнину введено іммобілізований фторурацил 2г. Післяопераційний період без ускладнень.

Хвора К.Є.В, 57 років, діагноз pT2N0M0G4 Рак кукси шлунка Іст. Ікл. гр. 6.08.2001р. виконана реконструктивна екстирпація кукси шлунка за вищеописаним способом. Післяопераційний період без ускладнень. Отримала 3 ад'ювантних курси хіміотерапії.

Спосіб, що пропонується, був апробований в Інституті онкології АМН України та в Київській міській онкологічній лікарні на кафедрі онкології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, та показав себе як ефективний метод реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукси шлунка та гастректомії.

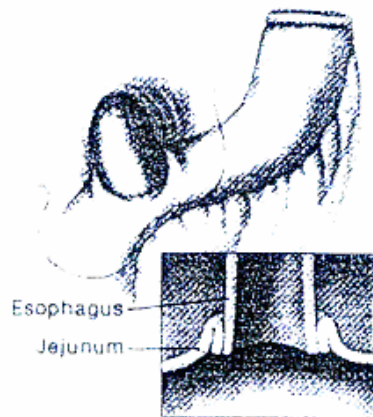
Джерела інформації

1. Бондарь Г.В. і співавтори. Спосіб відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукси шлунка. Патент №40825 UA, опубл. 15.08.2001. - Бюл. №7, 2001р.

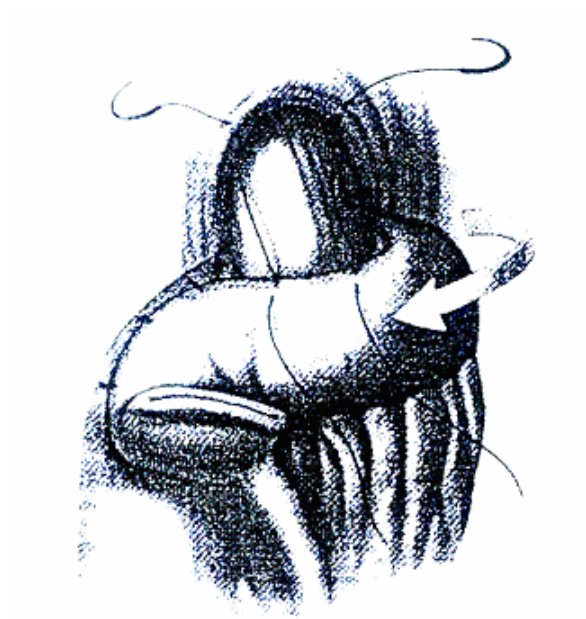
2. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. - Киев: Книга Плюс, 2000. - 227с.



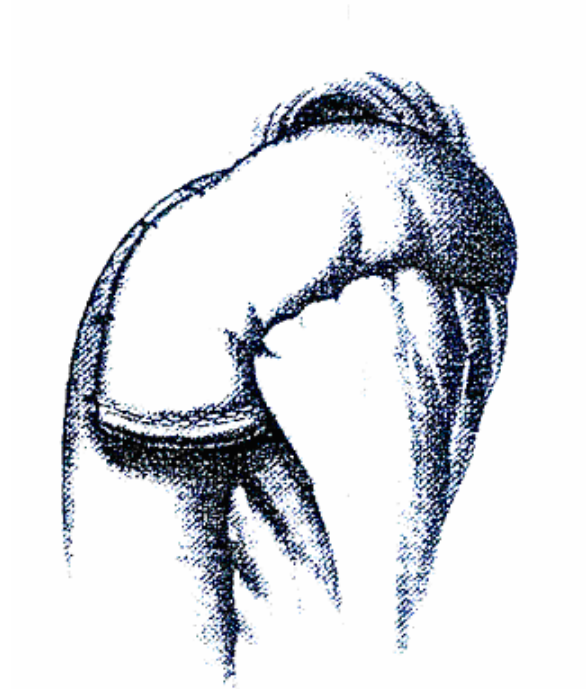
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4