



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40825 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЮВАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ЕКСТІРПАЦІЇ КУКСИ ШЛУНКА

(21) 2000063646

(22) 23.06.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Бондар Григорій Васильович, Крюков Микола Васильович, Сидюк Андрій Володимирович

(73) БОНДАР ГРИГОРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, КРЮКОВ МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, СИДЮК АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(57) Спосіб відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстірпації кукси шлунка, що включає верхньосерединну лапаротомію, мобілізацію стравоходу, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки, видалення препарату

роотомію, мобілізацію стравоходу, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки, видалення препарату прошивання і занурювання проксимальної кукси кишки, формування в верхньому відділі петлі «двустволки», на відстані 10 см від нижнього края стравохідно-кишкового комплексу формування кінце-бокового анастомоза між привідною і відвідною петлями кишки, який **відрізняється** тим, що формують «Т-подібну двустволку», формують езофаго-єюнальний анастомоз між стравоходом і відвідною кишкою, експеритонізують лінії швів шляхом зшивання кінців двустволки.

Винахід належить до медицини, а саме - до хірургії, і може бути використаний під час операції, яка супроводжується екстірпацією кукси шлунка.

Відомий спосіб відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстірпації кукси шлунка, узятий нами за прототип [1]. Спосіб полягає у тому, що після верхньосерединної лапаротомії виконують мобілізацію стравохода, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки. Препарат видаляють. Створюють анастомоз між стравоходом і відвідною петлюю, та між привідною і відвідною петлями кишки. Анастомоз формують таким чином. Проксимальну куксу кишки прошивають і занурюють. В верхньому відділі петлі формують «двустволку». Накладають вузловий шов у брижового края кишки у купола «двустволки». Безперервним серозно-м'язовим швом з'єднують у брижового края привідне і відвідне коліно кишки на відстані 6 см низу від цього шва. Стравохід розташовують поверх зшитих петель. На відстані 10 см від нижнього края стравохідно-кишкового комплексу формують кінце-боковий анастомоз між привідною і відвідною петлями кишки.

Але він має такі недоліки:

- формуються 3 анастомоза (між стравоходом та привідною петлюю, між стравоходом та відвідною петлюю, між привідною та відвідною кишкою);

- при формуванні стравохідно-кишкових анастомозів утворюється «сліпий мішок» у проксимальній куксі «двустволки»;

- при формуванні анастомоза відбувається натягування брижейки тонкої кишки;

- натягування брижейки загрожує розвиненням неспроможності швів анастомоза.

В основу винаходу поставлена задача створення способу відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстірпації кукси шлунка, який забезпечує профілактику неспроможності швів анастомоза, рефлюкс-езофагіта та являється більш простим за виконанням.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстірпації кукси шлунка, який включає верхньосерединну лапаротомію і мобілізацію стравохода, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки, видалення препарату, прошивання і занурювання проксимальної кукси кишки, формування в верхньому відділі петлі «Т-образної двустволки», шляхом накладування 3-5 вузлових серозно-м'язових швів у брижового края кишки з кожної сторони, формування езофаго-єюнального анастомоза між стравоходом та відвідною кишкою, експеритонізація лінії швів шляхом зшивання кінців двустволки, формування на відстані 10 см від нижнього края стравохідно-кишкового комплексу кінце-бокового анастомоза між привідною і відвідною петлями кишки.

На фіг. 1 зображена Т-образна двустволка. На фіг. 2 зображений сформований стравохідно-кишковий комплекс. На фіг. 3 зображена експеритонізація лінії швів, та кінце-боковий анастомоз між привідною і відвідною петлями кишки.

Спосіб здійснюють таким чином. Після верхньосерединної лапаротомії виконують мобілізацію стравохід, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки, видаляють препарат, прошивають і занурюють проксимальну куксу кишки. Потім формують в верхньому відділі петлі «Т-образну двустволку», шляхом накладування 3-5 вузлових серозно-м'язових швів у брижового края кишки з кожної сторони, формують езофаго-єюнальний анастомоз між стравохідом та відвідною кишкою, експеритонізують лінії швів шляхом зшивання кінців двустволки, формують на відстані 10 см від нижнього края стравохідно-кишкового комплексу кінце-боковий анастомоз між привідною і відвідною петлями кишки.

Переваги способу відновлювання безперервності шлунково-кишкового тракту після екстірпації кукси шлунка полягають у тому, що:

- формуються 2 анастомози;
- більш проста техніка виконання;
- забезпечується профілактика неспроможності швів;
- здійснюється профілактика рефлюкс-езофагіта.

Приклади: Хворий Кравченко А.М., 65 р., іст. хв. № 3978, поступив 07.07.2000 з діагнозом: Са кукси шлунка. Т3N1M0. 3А ст. 2 кл. гр. 20.07.2000 виконана операція: Екстірпація кукси шлунка. Верхньосерединна лапаротомія, мобілізація стравохід, кукси шлунка, привідної та відвідної кишки. Препарат видален, прошита і занурена

проксимальна кукса кишки. Потім сформована в верхньому відділі петлі «Т-образна двустволка» шляхом накладування 5 вузлових серозно-м'язових швів у брижового края кишки з кожної сторони, сформован езофаго-єюнальний анастомоз між стравохідом та відвідною кишкою, експеритонізована лінія швів шляхом зшивання кінців двустволки, на відстані 10 см від нижнього края стравохідно-кишкового комплексу сформован кінце-боковий анастомоз між привідною і відвідною петлями кишки.

Післяопераційний період без особливостей. Хворий виписан 8.07.2000. Рекомендовано проведення хіміотерапії.

Хвора Лапко В.М., 63 р., іст. хв. № 2510, поступила 27.04.2000 з діагнозом: Са кукси шлунка. Т4N2M0. 3Б ст. 2 кл. гр. 11.05.2000 виконана операція: Комбінована екстірпація кукси шлунка з резекцією лівої долі печінки і тіла підшлункової залози.

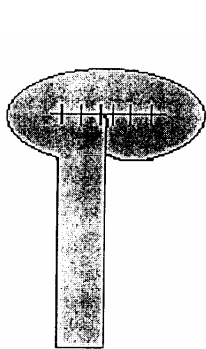
Післяопераційний період без особливостей.

Хворий Абраменко А.А., 64 р., іст. хв. № 119089, поступив 09.09.2000 з діагнозом: Са кукси шлунка. Т3N1M0. 3А ст. 2 кл. гр. 14.09.2000 виконана операція: Екстірпація кукси шлунка.

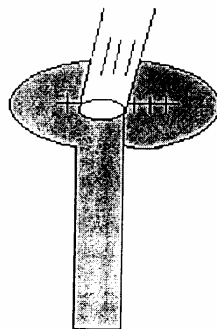
Післяопераційний період без особливостей.

Джерела інформації, узяті до уваги:

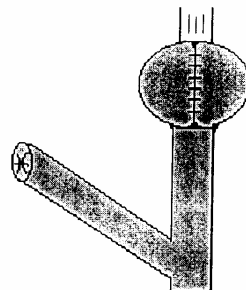
1. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Издательство Казанского университета, 1987, с. 193-198.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

