



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43599 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ БЕЗПРОТЕКТОРНОЇ ЕКСПЛАНТАЦІЇ ШЛУНКА**

(21) 2001042161

(22) 03 04 2001

(24) 17 12 2001

(46) 17 12 2001, Бюл. № 11, 2001 р.

(72) Іщенко Роман Вікторович

(73) ІЩЕНКО РОМАН ВІКТОРОВИЧ

(57) 1 Спосіб безпротекторної експлантації шлунка, що містить у собі вилучення тіла шлунка, використання сітчастого експлантату, який відрі-

зняється тим, що завчасно експлантат покривають сумішшю желатину з антибіотиками пролонгованої дії, з вільної частини тонкої кишки формують дублікатуру способом навколобривкової фіксації серозно-м'язовими швами, експлантат окутують та перитонізують сформованою тонкокишковою дублікатурою

2 Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що у разі вилучення антрального відділу шлунка, другим етапом операції є пілоропластика

Винахід відноситься до медицини, а саме, до реконструктивної хірургії і може використовуватися при резекціях шлунку з метою заміщення резецированої ділянки. Внаслідок використання даного способу у резецированому шлунку не тільки зберігається первісний обсяг, але й забезпечується пасаж їжі натуральним засобом.

Як аналог і прототип було обрано спосіб протезування антральної частини шлунку, запропонований Губановим А.Г. і Безверхим В.Д. («Аллопластика», 1965р., с.151-160). Автори використовували сітчастий експлантат разом з протектором. Під час операції спочатку підшивалися сітчасті пластинки, закріплені на протекторі, що знаходився усередині експлантату, до слизової. Другим етапом сітчастий експлантат зшивався з серозно-м'язовим шаром. Автори отримали досить добрий результат, але через ускладнення, пов'язані з самосавільним відходженням протектору (кровотечія, пізня неспроможність швів гастро-експлантаційного анастомозу, кишкова непрхідність та ін.), відносно складність виконання та тривалість, операція не використовується у клінічній практиці. Окрім цього, наприкінці вищеописаної операції формується аперистальтична ділянка шлунку, що порушує фізіологічний пасаж їжі та є предрозположущим фактором до розвитку високої непрхідності.

В основу винаходу поставлена задача створення способу безпротекторної експлантації шлунку, в якому відтворюється фізіологічний обсяг шлунку після резекції тіла та (або) антральної частини шлунку, забезпечується резервуарна та евакуаторна функції експлантуємої ділянки, і за ра-

хунок цього резецирований шлунок зберігає свій первісний обсяг, а процеси травлення протікають більш фізіологічно, чим без протезування резецированої ділянки.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб безпротекторної експлантації шлунка, що містить у собі видалення тіла та (або) антрального відділу шлунку, пілоропластику у разі видалення тільки тіла шлунку, використання сітчастого експлантату, згідно винаходу попередньо експлантат покривається сумішшю желатину з антибіотиками пролонгованої дії, з вільної частини тонкої кишки формують дублікатуру засобом навколобривкової фіксації серозно-м'язовими швами, експлантат муфтоподібно окутується та перитонізують сформованою тонкокишковою дублікатурою.

Запропонований спосіб безпротекторної експлантації здійснюють наступним чином: перед експлантацією гофрований експлантат у розтягнутому стані занурюють у желатин, змішаний з антибіотиками, до повного застигнення, після цього залишки желатину забирають як зовні, так і зсередини експлантату. Оброблений експлантат покритий шаром антибіотико-желатинової суміші товщиною 1,5-2 мм. Безпосередньо перед операцією оброблений експлантат занурюють у охолоджену плазму. Проводиться мобілізація та видалення тіла або антральної частини шлунку. Проксимальний кінець експлантату анастомозується з частиною шлунку, що залишилася. При резекції антральної частини шлунку дистальний кінець експлантату ушивається до розміру, що відповідає просвіту дванадцятипалої кишки, з якою після анастомозується по типу "кінець у кінець". При резекції ті-

ла шлунку експлантат не ушивається і анастомозується з антральною частиною, після чого проводиться пілоропластика. Відступив від зв'язки Трейца, формується тонкокишкова дубліатура довжиною не менш 3,5 діаметрів експлантату. Після цього зформована дубліатура підводиться під експлантат і фіксується окремими серозно-м'язковими швами основою до задніх стінок шлунку та дванадцятипалої кишки. Дубліатура підвертається і окутує експлантат, після чого фіксується до передніх стінок шлунку та дванадцятипалої кишки. Основа дубліатури зшивається серозно-м'язковими швами з верхушкою, внаслідок чого експлантат ретельно перитонізується.

На фіг. 1,2 зображена експлантація при резекції антрального відділу шлунку, другий (1) та третій (2) етапи операції. На фіг. 3,4 зображена експлантація при резекції тіла шлунку від після підведення тонкокишкової дубліатури під експлантат (3), кінцевий етап операції - після окутування експлантату (4).

Гістологічні дослідження показали крайову епітелізацію експлантату в пізні строки, сам експлантат проростав з'єднувальною тканиною.

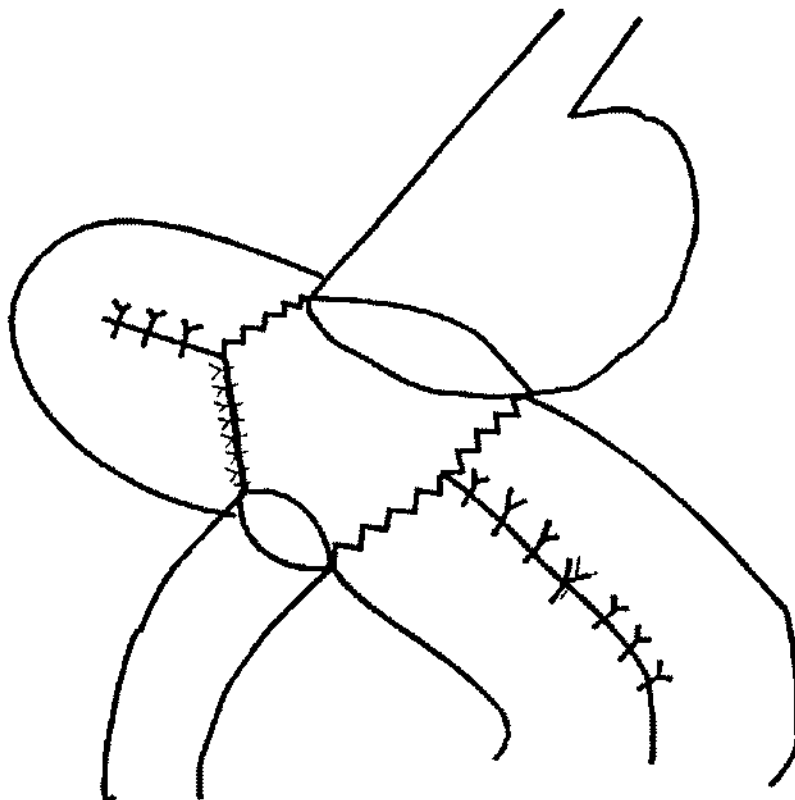
Запропонований спосіб апробован в експерименті на нелінійних пацюках.

Приклад конкретного виконання
30.09.2000р. (17.00-18.23) Пацюк №9. Експлантат двічі оброблено желатино-антибіотиковою сумішшю, заморожено при $T = -20^{\circ}\text{C}$.

Знеболення проведено за допомогою інгальційного масочного ефірного наркозу разом з в/в

введенням у хвостову вену діазепаму. Операційний доступ здійснено за допомогою верхньосрединної лапаротомії, проведено ревізію. Після мобілізації тіла шлунку препарат відокремлено і видалено. Завчасно обробленого експлантату викроєно ділянку, що за розмірами відповідає видаленій частині. Проксимальний кінець експлантату анастомозован з частиною шлунку, що залишилася, дистальний - з антральною частиною. З особливостей слід відзначити, що задня губа шлунково-експлантаційних анастомозів зшивалася за Мультановським, передня - за Шалімовим. Проведено пілоропластику за Вебером-Брайцевим. Експлантат укутано зформованою дубліатурою тонкої кишки і перитонізовано окремими серозно-м'язковими швами. Вихід з операції здійснено за допомогою поширової лапарорафії. У післяопераційному періоді проведено курс антибіотикотерапії ампіциліном, напувати тварину почали кінцю першої доби, рідку їжу почали давати після 40 годин.

Таким чином, окутування експлантату тонкокишковою дубліатурою знижує відсоток неспроможності швів гастро-експлантаційних анастомозів, методика дозволяє запобігти використанню протекторів і доводить можливі ускладнення до мінімуму. У пізньому післяопераційному періоді кишка фіксується до експлантату за допомогою з'єднувально-тканинних перемичек і, скорочуючись, створює перистальтичну хвилю. Ця перистальтична хвиля слабша за фізіологічну, але все ж сприяє пасажу їжі по експлантату.



Фіг. 1

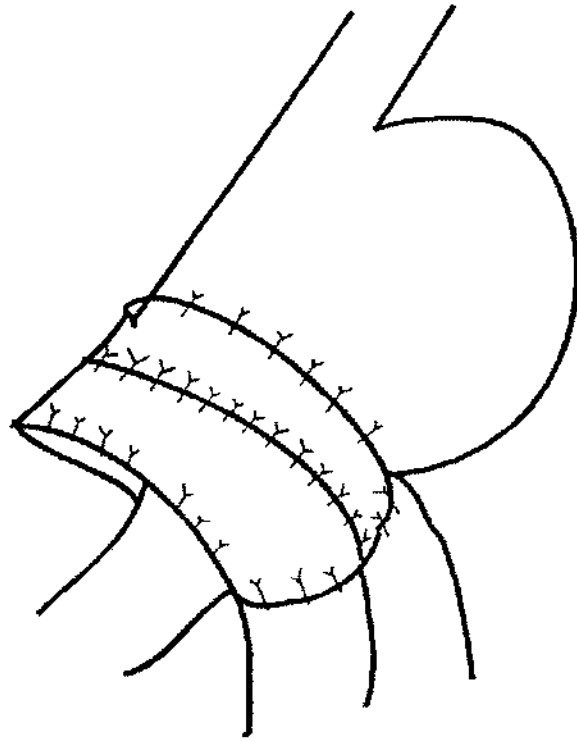


Fig. 2

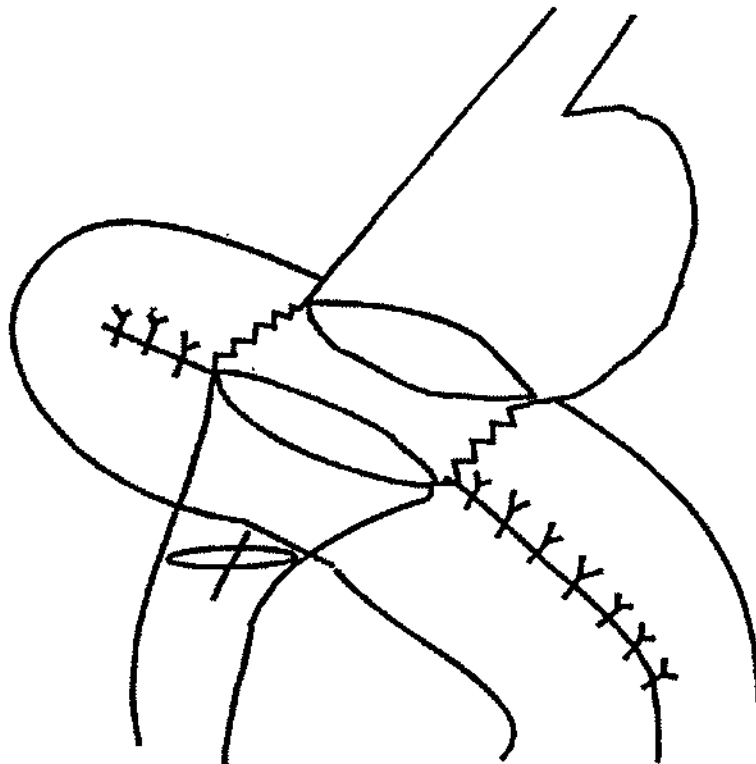
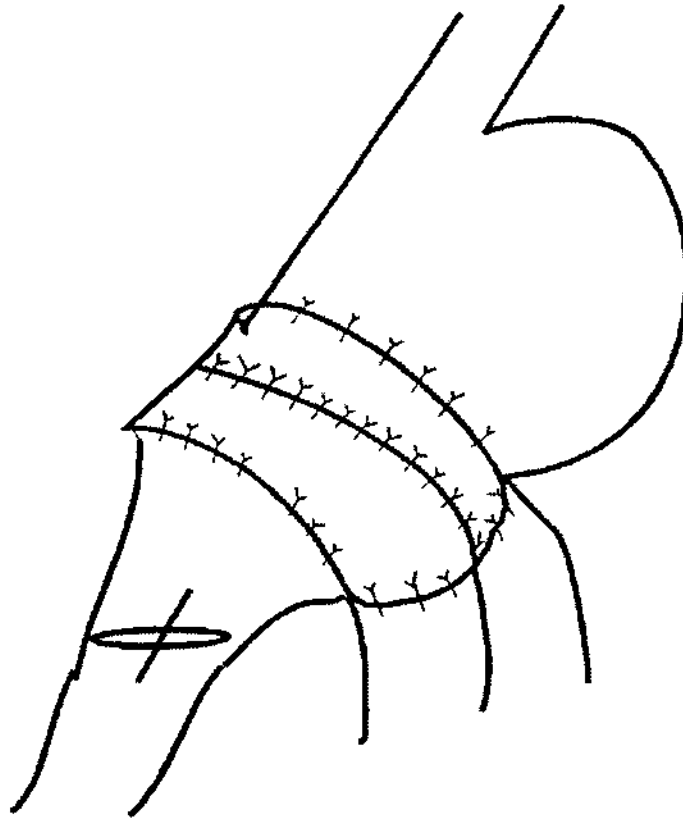


Fig. 3



Фіг. 4

Тираж 50 екз

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
