



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62486 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

**(54) СПОСІБ ЄЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИ-
ВОМУ РАКУ ШЛУНКА**

1

2

(21) u201103172

(22) 18.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, ГАР-
МАШ ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб єюногастроластики після тотальної
гастректомії при гострокровоточивому раку шлун-

ка, що включає гастректомію, формування апаратного езофагоєюноанастомозу та ентероентероанастомозу, єюногастроластику, який **відрізняється** тим, що зшивають лінійним зшивальним апаратом потрійну петлю порожньої кишки при формуванні єюногастроластики, ушивають ентеротомічний отвір кисетним швом і 3-4 вузловими швами поверх зав'язаного кисетного шва, формують ентероентероанастомоз за Ру.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме – до хірургії, і може бути застосована в хірургічному лікуванні гострокровоточивого раку шлунка з використанням тотальної гастректомії.

Відомий спосіб єюногастроластики за Хайсом (Hauss, 1953) [1], що полягає в створенні штучного тонкокишкового резервуара шляхом зшивання трьох петель тонкої кишки зі створенням «потрійного анастомозу». Однак цей метод має такі недоліки: а) при зшиванні трьох петель кишки послідовно необхідне накладення двох тонкокишкових анастомозів зі значною витратою операційного часу, що не маловажно для хворих, які оперуються із приводу гострокровоточивого раку шлунка; б) при формуванні потрійного анастомозу в горизонтальному напрямку створюється ефект «провалу» харчової грудки при рентгенологічному дослідженні із підвищеним ризиком розвитку демпінг-синдрому.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраним як прототип, є спосіб єюногастроластики із застосуванням апаратного шва та створенням тонкокишкового резервуара (J-rouch) зшиванням привідної і відвідної петлі тонкої кишки нижче рівня езофагоєюноанастомозу [2].

Разом з тим і цей спосіб не позбавлений недоліків:

а) зшивання привідної та відвідної петель тонкої кишки апаратним швом не дозволяє створити тонкокишковий резервуар необхідної ємності;

б) виникає підвищений ризик стенозу відвідної петлі тонкої кишки, при ушиванні ентеротомії в зоні введення лінійного зшивального апарата.

Задачею корисної моделі є створення способу єюногастроластики з використанням апаратного шва, що дозволяє створити тонкокишковий резервуар необхідної ємності, попередити недостатність швів і можливість розвитку стенозу в зоні ушивання ентеротомічного отвору.

Технічний результат досягається тим, що після гастректомії, зшивають лінійним зшивальним апаратом потрійну петлю відвідної порожньої кишки, формують апаратний інвагінаційний езофагоєюноанастомоз, ушивають ентеротомічний отвір кисетним швом та вузловими швами, накладають ентероентероанастомоз за Ру.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає гастректомію, формування апаратного езофагоєюноанастомозу та ентероентероанастомозу, єюногастроластику, згідно з корисною моделлю, зшивають лінійним зшивальним апаратом потрійну петлю порожньої кишки при формуванні єюногастроластики, ушивають ентеротомічний отвір кисетним швом і 3-4 вузловими швами поверх зав'язаного кисетного шва, формують ентероентероанастомоз за Ру.

Відмінною рисою способу, що заявляється, є те, що виконують єюногастроластику після тотальної гастректомії зшиванням потрійної петлі порожньої кишки лінійним зшивальним апаратом «Proximat-75» з наступним ушиванням ентеротомії

(13) U

(11) 62486

(19) UA

після видалення апарата кисетним швом і вузловими швами.

Наявність зазначених відмітних ознак у порівнянні з прототипом робить їх істотними й служить підставою до подання способу, що заявляється, як корисної моделі.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 - гастректомія, формування петлі порожньої кишки на судинній брижовій аркаді після перетинання її за рівнем дуоденоєюнального переходу, де:

- 1 - порожня кишка;
- 2 - дуоденоєюнальний перехід.

Фіг. 2 - зшивання лінійним апаратом першої та другої петлі порожньої кишки, де:

- 3 - перша петля порожньої кишки;
- 4 - друга петля порожньої кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат «Proximat-75».

Фіг. 3 - зшивання лінійним апаратом другої та третьої петлі порожньої кишки, де:

- 3 - перша петля порожньої кишки;
- 4 - друга петля порожньої кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат «Proximat-75»;
- 6 - третя петля порожньої кишки.

Фіг. 4 - зшивання лінійним апаратом першої та третьої петлі порожньої кишки; формування єюногастропластики, де:

- 3 - перша петля порожньої кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат «Proximat-75»;
- 6 - третя петля порожньої кишки;
- 7 - єюногастропластика.

Фіг. 5 - накладення інвагінаційного езофагоєюноанастомозу циркулярним зшивальним апаратом, де:

- 7 - єюногастропластика;
- 8 - стравохід;
- 9 - циркулярний зшивальний апарат «Proximat-25».

Фіг. 6 - ушивання ентеротомії після видалення апарата кисетним швом і вузловими швами, де:

- 7 - єюногастропластика;
- 9 - циркулярний зшивальний апарат «Proximat-25»;
- 10 - ушита ентеротомія.

Фіг. 7 - накладення ентероентероанастомозу за Ру, де:

- 11 - інвагінаційний езофагоєюноанастомоз;
- 12 - ентероентероанастомоз за Ру.

Спосіб виконується наступним чином:

Після лапаротомії визначають операбельність ракової пухлини шлунка, що кровоточить, при відсутності віддалених метастазів виконують гастрек-

томію з лімфодисекцією Д2, перетинають порожню кишку 1 за дуоденоєюнальним переходом 2 (зв'язкою Трейца), формують петлю порожньої кишки 1 довжиною 50-60 см на судинній брижовій аркаді (фіг. 1); потім укладають потрібну петлю відвідної порожньої кишки у ізо- та антиперистальтичному напрямку та після ентеротомії 0,5 см кожної з петель зшивають лінійним зшивальним апаратом першу 3 та другу 4 петлю порожньої кишки (фіг. 2), після чого зшивають другу 4 та третю 6 петлю порожньої кишки (фіг. 3), а потім зшивають першу 3 та третю 6 петлю порожньої кишки, формуючи єюногастропластику 7 (фіг. 4), виконують муфтоподібний інвагінаційний езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивальним апаратом 9 (фіг. 5), після цього накладають кисетний шов на ентеротомічний отвір 10 після видалення лінійного зшивального апарата з наступним накладенням 3-4 серозно-м'язових швів поверх зав'язаного кисетного шва (фіг. 6), накладають ентероентероанастомоз за Ру 12 (фіг. 7), проводять зонд для ентерального харчування у відповідну петлю порожньої кишки на відстань 25-30 см нижче ентероентероанастомозу за Ру.

За способом, що заявляється, прооперовано 2 хворих, а за способом прототипом - 5.

Корисна модель, що заявляється, має ті ж переваги, що дозволяє створити тонкокишковий резервуар (штучний шлунок) при виконанні єюногастропластики необхідної ємності (600-700 мл), істотно скорочує час формування єюногастропластики застосуванням апаратного шва, забезпечує функцію перемішування харчової грудки за рахунок ізо- та антиперистальтичного положення петель кишки, що зшиваються, має антидемпінгові властивості, здійснює профілактику недостатності швів у зоні ушивання ентеротомічного отвору, а також служить профілактичним відносно до розвитку стенозу відвідної петлі порожньої кишки в зоні ушивання ентеротомії.

Спосіб може бути використаний у практиці хірургічних відділень обласних, міських лікарень, центрів шлунково-кишкових кровотеч, онкологічних диспансерів та центрів.

Джерела інформації:

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - 568 с.

2. Щепотин Игорь, Эванс Стивед ХХ, Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. - Киев, "Книга Плюс", 2000. - 227с.

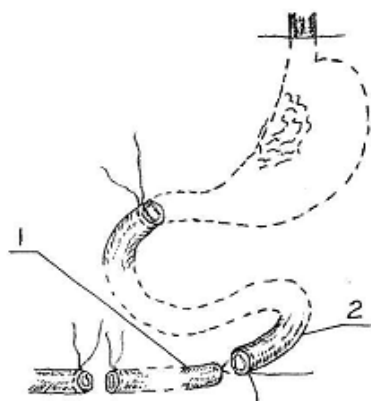


Fig. 1

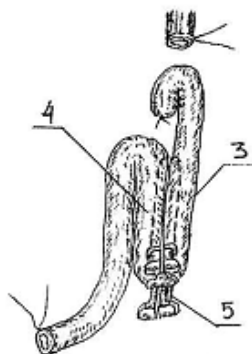


Fig. 2

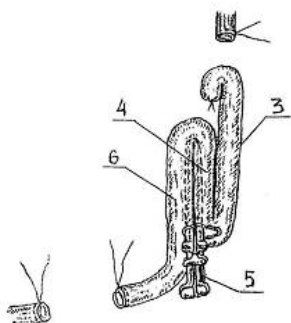


Fig. 3

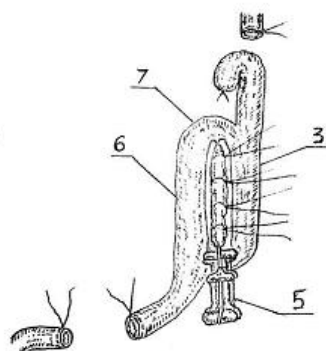


Fig. 4

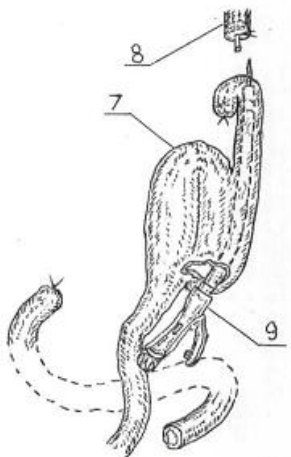


Fig. 5

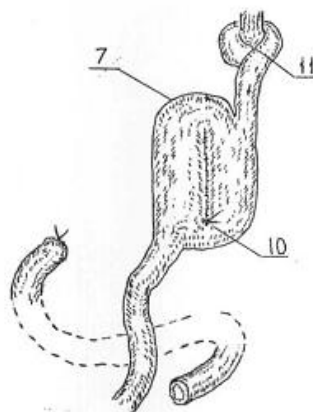


Fig. 6

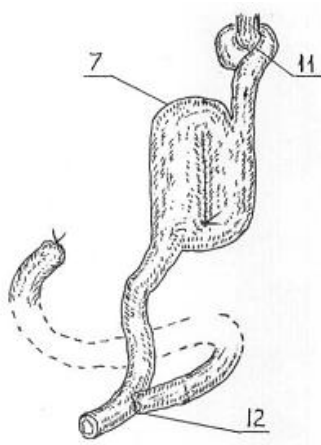


Fig. 7