



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62487 (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 ІЗ ВКЛЮЧЕННЯМ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА

1

2

(21) u201103174

(22) 18.03.2011

(24) 25.08.2011

(46) 25.08.2011, Бюл.№ 16, 2011 р.

(72) ШЕПЕТЬКО ЄВГЕН МИКОЛАЙОВИЧ, ГАРМАШ ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ

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

(57) Спосіб єюногастроластики після тотальної гастректомії із включенням дванадцятипалої кишки при гострокровоточивому раку шлунка, що включає тотальну гастректомію, формування езо-

фагоєюноанастомозу та ентероентероанастомозу, єюногастроластику, який **відрізняється** тим, що лінійним зшивальним апаратом зшивають потрійну петлю худі кишки при формуванні єюногастроластики, формують інвагінаційний апаратний езофагоєюноанастомоз, накладають дуоденоентероанастомоз циркулярним зшивальним апаратом, формують ентероентероанастомоз кінець в кінець циркулярним зшивальним апаратом через дистальну ентеротомію з наступним ушиванням ентеротомії.

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 [1], що полягає в створенні штучного тонкокишкового резервуара шляхом зшивання трьох петель тонкої кишки зі створенням "потрійного анастомозу". Однак цей спосіб має наступні недоліки:

а) при формуванні потрійного анастомозу в горизонтальному напрямку створюється ефект "провалу" харчової грудки при рентгенологічному дослідженні із підвищеним ризиком розвитку демпінг-синдрому;

б) при зшиванні трьох петель кишки послідовно необхідне накладення двох тонкокишкових анастомозів зі значною витратою операційного часу, що важливо для хворих, які оперуються з приводу гострокровоточивого раку шлунка.

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

Разом з тим і цей спосіб не позбавлений недоліків:

а) зшивання привідної і 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, включити в пасаж дванадцятипалу кишку, покращити функціональні результати оперативного втручання.

Технічний результат досягається тим, що після гастректомії беруть сегмент худі кишки на брижовій аркаді, формують інвагінаційний апаратний езофагоєюноанастомоз, виконують єюногастроластику зшиванням лінійним зшивальним апаратом потрійної петлі тонкої кишки взятого сегменту худі кишки на брижовій аркаді з наступним формуванням дуоденоєюноанастомозу та ентероентероанастомозу кінець в кінець

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає тотальну гастректомію, формування езофагоєюноанастомозу та ентероентероанастомозу, єюногастроластику, згідно з корисною моделлю, лінійним зшивальним апаратом зшивають потрійну петлю худі кишки при формуванні єюногастроластики, формують інвагінаційний апаратний езофагоєюноанастомоз, накладають дуоденоентероанастомоз циркуляр-

(13) U
(11) 62487
(19) UA

ним зшивальним апаратом, формують ентоероанастомоз кінець в кінець циркулярним зшивальним апаратом через дистальну ентоеротомію з наступним ушиванням ентоеротомії.

Відмінною рисою запропонованого способу є те, що виконують єюногастропластику після тотальної гастректомії зшиванням потрійної петлі тонкої кишки лінійним зшивальним апаратом "Proximat-75" з наступним включенням дванадцятипалої кишки шляхом формування дуоденоєюноанастомозу.

Наявність зазначених відмітних ознак способу, що заявляється, у порівнянні з прототипом є підставою для того, щоб заявити його як корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно:

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

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

Фіг. 2 - зшивання лінійним апаратом першої і другої петлі худі кишки, де

- 3 - перша петля худі кишки;
- 4 - друга петля худі кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат "Proximat-75".

Фіг. 3 - зшивання лінійним апаратом другої і третьої петлі худі кишки, де

- 3 - перша петля худі кишки;
- 4 - друга петля худі кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат "Proximat-75";
- 6 - третя петля худі кишки.

Фіг. 4 - зшивання лінійним апаратом першої і третьої петлі худі кишки; формування єюногастропластики, де

- 3 - перша петля худі кишки;
- 5 - лінійний зшивальний апарат "Proximat-75";
- 6 - третя петля худі кишки;
- 7 - єюногастропластика.

Фіг. 5 - формування інвагінаційного муфтоподібного апаратного езофагоєюноанастомозу циркулярним зшивальним апаратом, де

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

Фіг. 6 - накладення дуоденоентероанастомозу циркулярним зшивальним апаратом, де

- 7 - єюногастропластика;
- 9 - циркулярний зшивальний апарат "Proximat-25";
- 10 - дванадцятипала кишка.

Фіг. 7 - ушивання ентоеротомії після видалення апарата циркулярного зшивального апарата "Proximat-25" кисетним швом і вузловими швами, формування ентоероентероанастомозу кінець в кінець циркулярним зшивальним апаратом через дистальну ентоеротомію, де

- 11 - ушита ентоеротомія;
- 12 - дистальна ентоеротомія;
- 13 - циркулярний зшивальний апарат "Proximat-21".

Фіг. 8 - ушивання дистальної ентоеротомії, де

- 7 - єюногастропластика;

- 12 - дистальна ентоеротомія;
- 14 - ентоероентероанастомоз;
- 15 - інвагінаційний муфтоподібний апаратний езофагоєюноанастомоз;
- 16 - дуоденоентероанастомоз.

Спосіб виконується наступним чином:

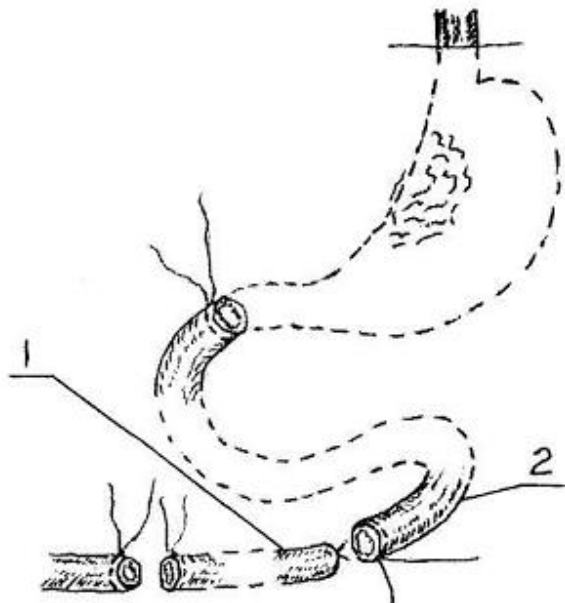
Після лапаротомії визначають операбельність ракової пухлини шлунка, що кровоточить, при відсутності віддалених метастазів виконують гастректомію з лімфодисекцією D2, перетинають худі кишку 1 за дуоденоєюнальним переходом 2 (зв'язкою Трейца), формують петлю худі кишки 1 довжиною 50-60 см на судинній брижовій аркаді (фіг. 1); потім укладають потрійну петлю відвідної худі кишки 1 у ізо- та антиперистальтичному напрямку та після ентоеротомії 0,5 см кожної з петель зшивають лінійним зшивальним апаратом 5 першу 3 та другу 4 петлю худі кишки 1 (фіг. 2), після чого зшивають другу 4 та третю 6 петлю худі кишки 1 (фіг. 3), а потім зшивають першу 3 та третю 6 петлю худі кишки 1, формуючи єюногастропластику 7 (фіг. 4), після цього формують інвагінаційний муфтоподібний апаратний езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивальним апаратом "Proximat-25" 9 (фіг. 5), накладають дуоденоентероанастомоз циркулярним зшивальним апаратом "Proximat-25" 9 (фіг. 6); потім накладають кисетний шов на ентоеротомічний отвір 11 після видалення циркулярного зшивального апарата з наступним накладенням 3-4 серозно-м'язових швів поверх зав'язаного кисетного шва, формують ентоероентероанастомоз кінець в кінець циркулярним зшивальним апаратом "Proximat-21" 13 через дистальну ентоеротомію 12 (фіг. 7), ушивають дистальну ентоеротомію 12 (фіг. 8), проводять зонд для ентоерального харчування у відвідну петлю худі кишки на відстань 25-30 см нижче ентоероентероанастомозу.

Приклад конкретного виконання.

Хворий С., 64 років, історія хв. № 17069, був прийнятий у клініку 18.11.2010 р. з приводу помірної шлункової кровотечі. 1.09.2009 р. переніс операцію висічення перфоративної виразки тіла шлунка в іншій клініці. Протягом останніх 6 місяців хворого турбував дискомфорт в верхній частині живота. При ФГДС у верхній і середній третині тіла шлунка слизова із циркулярним виразкуванням, горбиста, інфільтрована, контактно кровоточить. Дані гастробіопсії не були інформативними, а контрастне рентгенологічне дослідження вказало на наявність ракової пухлини тіла шлунка. За даними УЗД та рентгенологічного дослідження віддалених метастазів не виявлено.

19.11.2010 р. - операція, при якій виявлена пухлина в тілі шлунка 5×6 см із контактним проростанням в III сегмент лівої ділянки печінки. Шлунок мобілізований разом із сальниками. Виконана атипова резекція лівої частки печінки, лімфодисекція D2 за допомогою ультразвукового скальпеля "Harmonic". Дванадцятипала кишка пересічена з накладенням апаратного кисетного шва. Виконана гастректомія з накладенням апаратного кисетного шва на стравохід. Худі кишка пересічена за зв'язкою Трейца на відстані 20 см від неї. Мобілізована на судинній аркаді відвідна петля худі кишки, проведена через вікно в мезоколон і виконано

езофагоєюноанастомоз циркулярним зшивальним апаратом "Proximat 25". На 12 см нижче езофагоєюноанастомозу сформована єюногастропластика із трьох петель худі кишки, покладених у вигляді букви Ф, апаратом "Proximat 75" (3 касети). На відстані 15 см від єюногастропластики пересічена худа кишка з накладенням на проксимальний кінець апаратного кисетного шва. Через ентеротомію, що залишилася в нижньому відділі єюногастропластики, уведений циркулярний зшивальний апарат "Proximat 25" і накладений дуоденоєюноанастомоз. Накладають кисетний шов на ентеротомічний отвір після видалення циркулярного зшивального апарата із наступним накладенням 3-4 серозно-м'язових швів поверх зав'язаного кисетного шва. Безперервність худі кишки відновлена анастомозом кінець у кінець циркулярним зшивальним апаратом "Proximat 21" через дистальну ентеротомію з наступним ушиванням ентеротомії дворядним швом. За рівень єюногастропластики та ентероєюноанастомозу в відповідну петлю худі кишки проведений зонд для ентерального харчування. У зв'язку з наявністю хронічного калькульозного холецистити виконана холецистектомія. Патогістологічне дослідження № 12363-71, 12372-80 - недиференційована аденокарцинома шлунка, пухлина проростає всю стінку шлунка, у регіонарних лімфовузлах метастазів не виявлено (T4N0M0G4).



Виписаний із клініки 2.12.2010 р. у задовільному стані.

За способом, що заявляється, оперований 1 хворий, а за способом прототипом - 3.

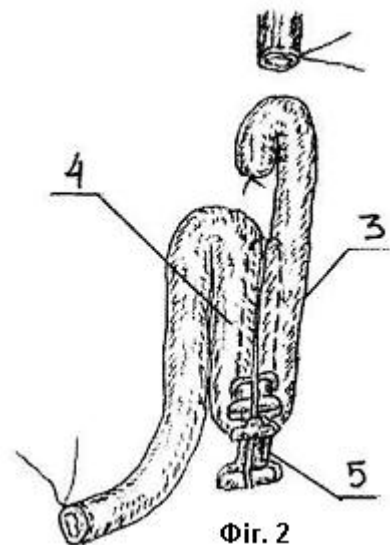
Перевагами корисної моделі, яка заявляється, є те, що вона дозволяє створити резервуар (штучний шлунок) при виконанні єюногастропластики необхідної ємності (600-700 мл), істотно скорочує час формування єюногастропластики застосуванням апаратного шва, забезпечує функцію перемішування харчової грудки за рахунок ізотонічної антиперистальтичного положення петель кишки, що зшиваються, має антидемпінгові властивості, включає в пасаж їжі дванадцятипалу кишку, що покращує функціональні можливості оперативного втручання та якість життя у віддаленому післяопераційному періоді.

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

Перелік літератури:

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

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



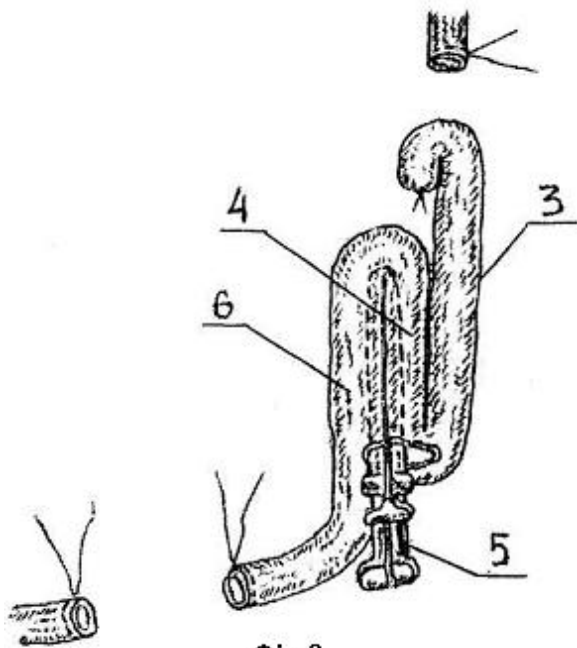


Fig. 3

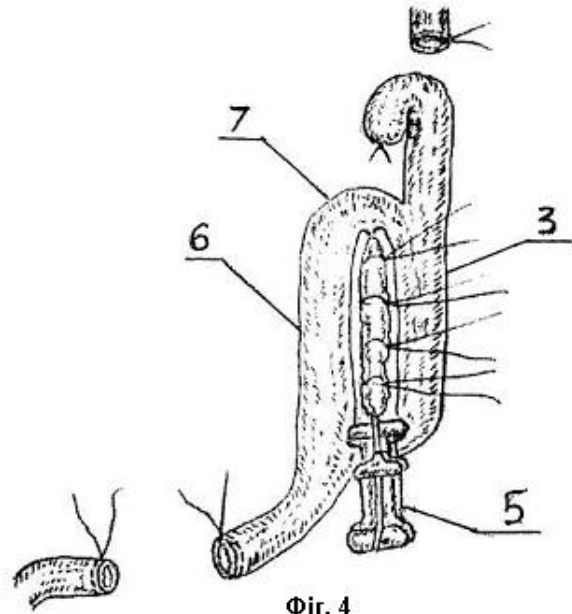


Fig. 4

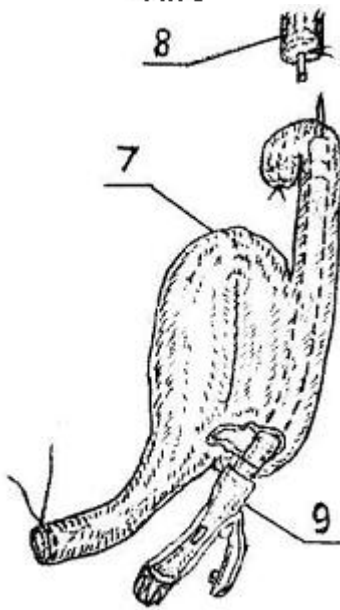


Fig. 5

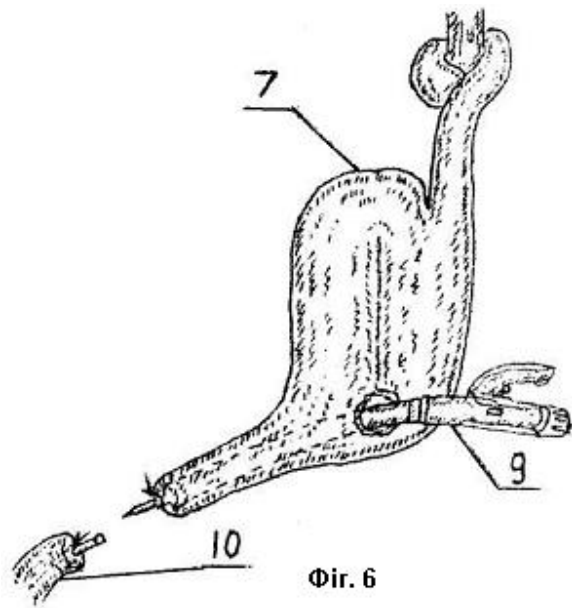


Fig. 6

