



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **76949** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 07388	(72) Винахідник(и):	Бойко Валерій Володимирович (UA), Іванова Юлія Вікторівна (UA), Мушенко Євгеній Володимирович (UA), Савві Сергій Олександрович (UA), Лазирський Вячеслав Олексійович (UA), Новіков Євген Анатолійович (UA)
(22) Дата подання заявки:	18.06.2012	(73) Власник(и):	ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-18, 61018 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.01.2013		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.01.2013, Бюл.№ 2		

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ТРАВНОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб реконструкції травного тракту після гастректомії включає резекцію сегмента привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно- та браунівським співустями. Дистальну куксу привідної петлі кишки ушивають наглухо і укріплюють нею езофагоєюноанастомоз. З проксимальної кукси привідної петлі формують трубчасту ентеростому і крізь неї та браунівське співуста виконують інтубацію тонкої кишки.

U
UA 76949

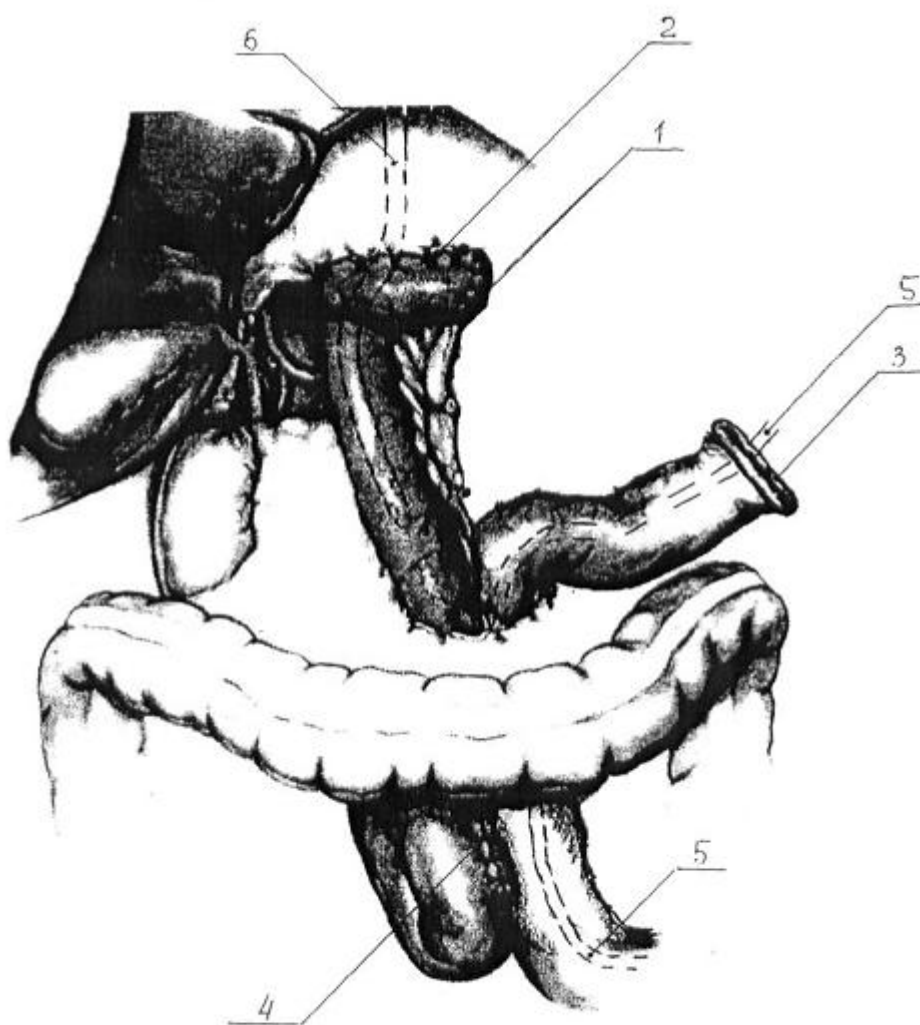


Fig.

Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії, і може бути використана для лікування неспроможності езофагоєюноанастомозу після гастректомії.

Неспроможність стравохідно-кишкового анастомозу розвивається у 5,9-32,0 % хворих, які перенесли гастректомію, і супроводжується високою летальністю, яка досягає від 10 до 100 % (див. О.Е. Бобров, С.И. Киркилевский, Н.А. Мендель и др. „Комплексное лечение больных с несостоятельностью пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии" // Університетська клініка. 2007. Т.І., №3. - С. 3 - 5). При цьому основними причинами смерті є гнійно-септичні ускладнення, які виникають внаслідок проникнення інфекції до тканин органів, які беруть участь в формуванні стравохідно-кишкового анастомозу, а потім і в серозні порожнини, що їх оточують (див. Ю.С. Сидоренко, В.Ф. Касаткин „Патогенетический подход к профилактике и лечению несостоятельности пищеводных анастомозов" // Хирургия.-2009. - №1. - с. 25-28). Необхідно також відзначити, що в ряді випадків приходится виконувати змушену гастректомію у хворих з перитонітом, який розвився на фоні перфорації пухлини шлунка, що зустрічається більш як у 14 % хворих раком шлунка (див. Бойко В.В., Савви С.А., Белозеров И.В., Лазирский В.А. "Особенности хирургической тактики при лечении больных с осложненным местнораспространенным раком желудка" // Харківська хірургічна школа.-2011.-№2(47).-С. 17-20).

Відомий спосіб реконструкції травного тракту після гастректомії за Зайцевим-Донцем (Патент України № 11127. Спосіб гастректомії / В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, В.П. Далавурак, М.П. Донець, І.А. Тарабан. - Заявл. 06.05.1999, Опубл. 15.11.2000. - Бюл. № 5-11). Він включає гастректомію, формування езофаго-єюноанастомозу, при цьому для формування його задньої губи використовують ніжки діафрагми та виконують діафрагмопексію передньої губи трьома-чотирма окремими швами, формують браунівське співвустя і накладають заглушку на привідну петлю. Браунівське співвустя фіксують у вікні брижі поперечно-ободової кишки.

Спосіб дозволяє відновити безперервність травного тракту після гастректомії і дозволяє підвищити надійність стравохідно-кишкового анастомозу, але наявність перитоніту потребує в ряді випадків тривалої декомпресії тонкої кишки, а трансназальна інтубація кишечника супроводжується високим ризиком розвитку легеневих ускладнень, запобігти яких можливо лише шляхом формування тонкокишкової стоми.

Найбільш близьким до корисної моделі є спосіб реконструкції травного тракту після гастректомії за Ру (див. Атлас абдоминальной хирургии: Т.2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер. с англ. / Э. Итала - М.: Мед. Лит.-2007. - С. 367-377). Він включає резекцію сегмента привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно- та браунівським співвустями. При цьому здійснюють резекцію петлі тонкої кишки, яка бере участь у формуванні езофагоєюноанастомозу разом з заглушкою привідної петлі та браунівським співвустям. На відновному етапі операції формують співвустя між відвідною петлею і стравоходом, а також міжкишковий анастомоз між привідною та відвідною петлями, після чого за зону міжкишкового анастомозу заводять трансназально зонд.

Недоліком зазначеного способу є необхідність резекції стравохідно-кишкового співвустя і повторного формування езофагоєюно- та єюно-єюноанастомозів. При цьому резекція стравохідно-кишкового анастомозу у більшості випадків потребує мобілізації дистальної частини внутрішньогрудного відділу стравоходу, тобто розкриття заднього середостіння і створює умови для розповсюдження інфекції в медіастинальні клітковинні простори. До того ж, формування езофагоєюно- та міжкишкового співвустя в умовах мікробної контамінації черевної порожнини також небезпечно внаслідок високого ризику їх неспроможності. Більш того, наявність перитоніту диктує необхідність інтубації тонкої кишки товстим зондом (для адекватної декомпресії), при цьому трансназальна інтубація у ослаблених хворих підвищує ризик розвитку легеневих ускладнень, зокрема пневмонії.

В основу корисної моделі поставлена задача створення удосконаленого способу реконструкції травного тракту після гастректомії, який дозволяє зменшити імовірність виникнення неспроможності езофагоєюноанастомозу при виконанні гастректомії в умовах ускладненого раку шлунку.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі реконструкції травного тракту після гастректомії, який включає резекцію сегмента привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно та браунівським співвустями, згідно з корисною моделлю дистальну куксу привідної петлі кишки ушивають наглухо і укріплюють нею езофагоєюноанастомоз, з проксимальної кукси привідної петлі формують трубчасту ентеростому і крізь неї виконують інтубацію тонкої кишки.

Виконання способу за описом дозволяє зберегти раніше накладені співвустя. Інтубація крізь ентеростому дозволяє надовго залишити зонд в тонкій кишці з метою як декомпресії, так і ентерального харчування, притому уникаючи ризику розвитку легеневих ускладнень.

Використання дистальної кукси привідної петлі для укріплення езофагоєюноанастомозу дозволяє в подальшому знизити ризик розвитку неспроможності зазначеного співустя. Крім того, даний спосіб дозволяє виконувати гастректомію у хворих з перфорацією пухлини шлунку і перитонітом.

Спосіб ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий етап операції: здійснено резекцію сегмента привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно- та браунівським співустями (на кресленні відсутні), дистальна кукса 1 привідної петлі кишки ушита і використана для укріплення езофагоєюноанастомозу 2. Проксимальну куксу 3 привідної петлі формують як трубчасту ентеростому і крізь неї та браунівське співустя 4 заводять кишковий зонд 5 для інтубації тонкої кишки. Трансназально заведено тонкий шлунковий зонд 6 для нетривалої декомпресії езофагоєюноанастомозу 2.

Спосіб реалізується наступним чином. Після виконання релапаротомії здійснюють вісцероліз (роз'єднання спайок) та оцінку стану стравохідно-кишкового співустя і змін в черевній порожнині. Виконують евакуацію патологічного вмісту з черевної порожнини. Далі виконують резекцію привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно- та браунівським співустями. Дистальна її частина ушивається наглухо. Ушивають дефект в зоні стравохідно-кишкового співустя з підхопленням ніжок діафрагми на шлунковому зонді № 30. Після видалення шлункового зонду трансназально у відповідну петлю за зону браунівського співустя заводять дуоденальний зонд № 12 для декомпресії зони співустя. Дистальну куксу привідної петлі використовують для укріплення езофагоєюноанастомозу. Проксимальний відділ привідної петлі використовують для формування трубчастої єюностоми, крізь яку здійснюють інтубацію тонкої кишки, при цьому зонд також проводять крізь браунівське співустя до рівня ілеоцекального кута. Черевна порожнина санується розчинами антисептиків, виконують її дренажування за Петровим. Черевну порожнину ушивають крізь всі шари на ПВХ прокладках.

Докладний опис способу ілюструється клінічним прикладом.

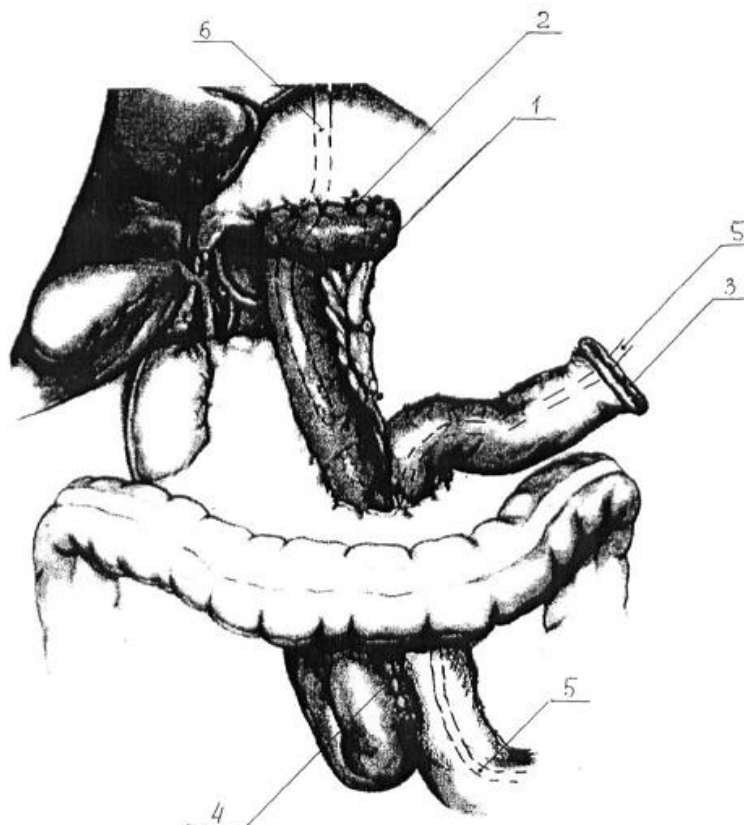
Клінічний приклад.

Хворий К., 53 років, історія хвороби № 150, був госпіталізований до клініки 10.01.12 з діагнозом рак антрального відділу шлунку $T_4N_1M_0$, компенсований стеноз вихідного відділу шлунку. Гістологічно-недиференційований рак. Після проведеної передопераційної підготовки хворий оперований 17.01.12, а саме: виконана лапаротомія, гастректомія за Зайцевим-Донцем, лімфодисекція D2, дренажування черевної порожнини. З 3-ої післяопераційної доби відновилась перистальтика, з 4-ої - проводилось зондове харчування. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей, зонд видалений на 7-му післяопераційну добу. З 8-ї післяопераційної доби спостерігалось надходження невеликої кількості тонкокишкового вмісту крізь дренажі. Хворому виконано рентген-контрастне дослідження ШКТ, даних за неспроможність стравохідно-кишкового та між кишкового анастомозів не виявлено. Продовжене консервативне лікування. На 10-ту післяопераційну добу було відзначено наростання явищ ендогенної інтоксикації на фоні збільшення кількості тонкокишкового вмісту по дренажах верхнього поверху черевної порожнини. Прийняте рішення про релапаротомію. 27.01.12 виконана релапаротомія. Ревізія: у верхньому поверсі черевної порожнини виявлено до 1 л кишкового вмісту з домішками їжі - евакуйований. Виконаний вісцероліз. Браунівське співустя спроможне. В області правого півкола стравохідно-кишкового співустя виявлено дефект розмірами $0,8 \times 1$ см, виконано ушивання дефекту з підхопленням правої ніжки діафрагми, а також реконструкція стравохідно-кишкового анастомозу з використанням зазначеного способу і формуванням трубчастої ілеостоми. Черевна порожнина санована, дренажована за Петровим, ушита крізь всі шари на ПВХ прокладках. Перистальтика відновилась на 3-тю післяопераційну добу, тоді ж почате ентеральне харчування крізь єюностому. Післяопераційний період на фоні терапії в цілому протікав без особливостей. Трансназальний зонд видалений на 5-ту післяопераційну добу, інтубаційний зонд - на 14-ту. Тоді ж почато самостійне харчування крізь рот. Єюостома закрилася самостійно на 19-ту післяопераційну добу. Шви з серединної рани зняті на 21-у післяопераційну добу. Хворий виписаний у задовільному стані під нагляд онколога за місцем проживання. Оглянутий через 1 місяць - скарг немає, рекомендований курс ПХТ.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє зменшити імовірність виникнення неспроможності езофагоєюноанастомозу при виконанні гастректомії в умовах ускладненого раку шлунку. Крім цього, спосіб може бути використаний для хірургічного лікування неспроможності езофагоєюноанастомозу, яка розвилася, і виключає необхідність резекції раніше накладених анастомозів і повторного формування езофагоєюноанастомозу в умовах мікробної контамінації черевної порожнини. Описаний спосіб дозволяє також проводити тривалу інтубацію тонкої кишки без ризику розвитку легеневих ускладнень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб реконструкції травного тракту після гастректомії, який включає резекцію сегмента привідної петлі кишки разом з заглушкою між езофагоєюно- та браунівським співустьями, який **відрізняється** тим, що дистальну куксу привідної петлі кишки ушивають наглухо і укріплюють нею езофагоєюноанастомоз, з проксимальної кукси привідної петлі формують трубчасту ентеростому і крізь неї та браунівське співустя виконують інтубацію тонкої кишки.



Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601