



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80796** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 14843	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Лазирський Вячеслав Олексійович (UA), Савві Сергій Олександрович (UA), Лихман Віктор Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.12.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2013, Бюл.№ 11	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-103, 61103 (UA)

(54) СПОСІБ ГАСТРОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб гастропластики після комбінованої гастректомії включає на резекційному етапі резекцію шлунка і панкреатодуоденальну резекцію, а на відновному етапі - формування панкреатоєюно-, холедохоєюноанастомозів, виконання на резекційному етапі гастректомії та резекції поперечно-ободової та правої половини товстої кишки із збереженням ілеоцекального сегмента, а на відновному виконання гастропластики ілеоцекальним сегментом кишечника на судинній живильній ніжці.

U
UA 80796

Корисна модель належить до хірургічної гастроентерології і може бути використана для лікування раку шлунка з розповсюдженням на головку підшлункової залози та поперечно-ободову кишку одночасно.

Відомий спосіб парціальної резекції головки підшлункової залози (Шалимов А.А., Шалимов С.А. Хирургия поджелудочной железы. див. Симферополь. - Таврида.-1997. - С. 247-249. - рис. 50а). Він включає сегментарну резекцію ураженої ділянки головки підшлункової залози, пересічення петлі порожньої кишки та мобілізацію її за Ру з формуванням анастомозу між дистальною куксою підшлункової залози і мобілізованою порожньою кишкою "кінець-в-бік".

Спосіб дозволяє ліквідувати патологічний осередок в підшлунковій залозі і включити її куксу в процес травлення. Але спосіб непридатний при одночасному включенні в пухлинний процес підшлункової залози, шлунка та поперечно-ободової кишки.

Найближчим аналогом є спосіб лікування раку головки підшлункової залози шляхом виконання панкреато-гастро-дуоденальної резекції за Кочиашвили В.И. (1964 рік), (Блохин Н.Н., Итина А.Б., Клименкова А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. див. М. - Медицина.-1982. - С. 149, рис. 23). Він включає на резекційному етапі резекцію шлунка і часткову резекцію підшлункової залози у складі панкреатодуоденальної резекції, а на відновному етапі - формування гастроєюно-, панкреатоєюно- та міжкишкового браунівського анастомозів. Спосіб включає також резекцію дванадцятипалої кишки в складі панкреатодуоденальної резекції, а також формування холедохоеюноанастомозу.

Спосіб дозволяє виконати видалення пухлини головки підшлункової залози, притому кукса підшлункової залози включається до процесу травлення. Але у випадку одночасного ураження пухлинним процесом шлунку і тіла підшлункової залози з відносним збереженням головки і хвоста органу виконання панкреатодуоденальної резекції, а відповідно, і необхідність накладання холедохоеюноанастомозу, призводить до невиправданого збільшення травматичності операції, її тривалості, а також ризику післяопераційних ускладнень (таких як неспроможність холедохоеюноанастомозу в ранні терміни і холангіти - в пізні терміни після операції).

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу радикального оперативного втручання у разі одночасного ушкодження пухлиною шлунка, головки підшлункової залози та поперечно-ободової кишки з відновленням безперервності травного тракту при включенні в процес травлення кукси підшлункової залози та виконання гастропластики.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі гастропластики після комбінованої гастректомії, який включає на резекційному етапі резекцію шлунка і панкреатодуоденальну резекцію, а на відновному етапі - формування панкреатоєюно-, холедохоеюноанастомозів, згідно з корисною моделлю, на резекційному етапі виконують гастректомію та резекцію поперечно-ободової та правої половини товстої кишки із збереженням ілеоцекального сегмента, а на відновному виконують гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника на судинній живильній ніжці (наприклад, а. ilocolica), шляхом формування езофаго-ілеоанастомозу "кінець-в-бік" та цекоєюноанастомозу "кінець-в-бік" з мобілізованою по Ру петлею порожньої кишки, а також формуванням єюноєюноанастомозу "кінець-в-бік" та ілеотрансверзоанастомозу "бік-в-бік".

Формування зазначених анастомозів дозволяє відновити безперервність травного тракту, з одного боку, із збереженням природного шляху стравоходу, а з іншого боку - із запобіганням рефлюксу єюнального вмісту у стравохід і тим уникнути розвитку анастомозиту та рефлюкс-езофагіту після операції за рахунок наявності природного ілеоцекального клапана. До того ж, виконання гастропластики ілеоцекальним сегментом кишечника дозволяє замінити резервуарну функцію шлунка та забезпечити порційний пасаж їжі і тим уникнути розвитку такого ускладнення, як демпінг-синдром.

Виконання гастропластики ілеоцекальним сегментом з використанням петлі порожньої кишки, що мобілізована за Ру, дозволяє забезпечити, з одного боку, фізіологічне змішування їжі з секретом підшлункової залози та жовчу, а з іншого боку, здійснити розподіл пасажу їжі та жовчі і панкреатичного секрету і тим самим забезпечити профілактику таких тяжких ускладнень як неспроможність панкреатоєюно-, холедохоеюноанастомозів, виникнення рефлюкс-холангіту і панкреатиту.

Приклад конкретного виконання пояснюється кресленням, на якому відображений кінцевий вигляд травного тракту після операції. Здійснено на резекційному етапі резекцію шлунка та панкреатодуоденальну резекцію, а на відновному етапі - формування панкреатоєюно- та холедохоеюноанастомозів 1, 2, відповідно. Виконано гастропластику ілеоцекальним сегментом 3, сформовано езофагоілеоанастомоз 4 та цекоєюноанастомоз 5 з петлею порожньої кишки 6, а також сформовано єюноєюноанастомоз 7 та ілеотрансверзоанастомоз 8.

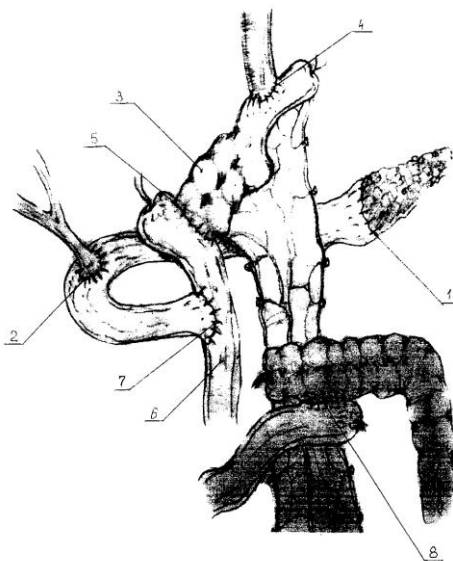
Клінічний приклад

Хворий М., 50 років, госпіталізований в клініку ДУ "ІЗНХ НАМНУ" зі скаргами на болі в епігастрії з іррадіацією у спину, нудоту, періодичне блювання їжею, слабкість, схуднення на 9 кг за 2-3 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина вихідного відділу шлунка, а за даними комп'ютерної томографії виявлено пророщення пухлини в підшлункову залозу та поперечно-ободову кишку. Патогістологічний висновок: помірно диференційована аденокарцинома. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії був виявлений пухлинний конгломерат, який вміщав пухлину тіла та антрального відділу шлунка з розповсюдженням на дванадцятипалу кишку, головку підшлункової залози та поперечно-ободову кишку. Віддалених метастазів не виявлено. Пальпаторно виявляються збільшені до 1-1,5 см лімфовузли в обох сальниках та по ходу лівої шлункової, загальної печінкової артерій. Здійснена комбінована гастректомія з розширеною лімфодисекцією D2 (включаючи лімфовузли гепатодуоденальної зв'язки N12) з панкреатодуоденальною резекцією, а також виконана правобічна геміколектомія (з пухлиною в одному блоці) зі збереженням ілеоцекального сегмента кишечника. Операція закінчена формуванням панкреатоєюнального анастомозу "кінець-в-кінець", холедохоєюноанастомозу "кінець-в-бік" на транспечінковому дренажі за Прадері-Смітом, а також виконанням гастропластики ілеоцекальним сегментом кишечника на судинній ніжці (а. ileocolica) з формуванням езофагоілеоанастомозу "кінець-в-бік", цекоєюноанастомозу "кінець-в-бік" з заздалегідь мобілізованою за Ру петлею порожньої кишки. Крім цього, сформовано єюноєюноанастомоз "кінець-в-бік" та ілеотрансверзоанастомоз "бік-в-бік". Трансназально за зону міжкишкового анастомозу заведено зонд N18. Операцію завершено дрениванням черевної порожнини.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє виконати радикальне оперативне втручання у разі одночасного ушкодження пухлиною шлунка, головки підшлункової залози та поперечно-ободової кишки з відновленням безперервності травного тракту при включеній в процес травлення кукси підшлункової залози та виконанням гастропластики.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб гастропластики після комбінованої гастректомії, який включає на резекційному етапі резекцію шлунка і панкреатодуоденальну резекцію, а на відновному етапі - формування панкреатоєюно-, холедохоєюноанастомозів, який **відрізняється** тим, що на резекційному етапі виконують гастректомію та резекцію поперечно-ободової та правої половини товстої кишки із збереженням ілеоцекального сегмента, а на відновному виконують гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника на судинній живильній ніжці (наприклад, а. ilocolica), шляхом формування езофагоілеоанастомозу "кінець-в-бік" та цекоєюноанастомозу "кінець-в-бік" з мобілізованою по Ру петлею порожньої кишки, а також формуванням єюноєюноанастомозу "кінець-в-бік" та ілеотрансверзоанастомозу "бік-в-бік".



Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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