



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78636** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 11239	(72) Винахідник(и):	Шепетько Євген Миколайович (UA), Гармаш Денис Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки:	28.09.2012	(73) Власник(и):	НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.03.2013		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.03.2013, Бюл.№ 6		

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб реконструктивної операції після гастректомії включає викроювання сегмента порожньої кишки на судинній аркаді, анастомозування його із дванадцятипалої кишки. Відвідну петлю порожньої кишки після перетинання нижче Браунівського співустья зшивають із двома петлями порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомоза, після зшивання їх між собою створюють тонкокишковий резервуар, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, перетинають обидві петлі порожньої кишки вище Браунівського співустья із заглушуванням кінців, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом "кінець у кінець".

UA 78636 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування гострокровоточивого рака шлунка із застосуванням гастректомії.

Відомий спосіб реконструктивної операції зі створенням тонкокишкового резервуара з петель порожньої кишки, виключеної за Ру [1]. Однак, цей спосіб має такі недоліки, що створення тонкокишкового резервуара здійснюється одномоментно після гастректомії, а крім цього, відсутнє включення дванадцятипалої кишки (ДПК) в транзит харчової грудки.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраному нами як прототип, є спосіб єюногастропластики після гастректомії із включенням ДПК, який здійснюється одномоментно [2]. Разом з тим і цей спосіб не позбавлений недоліків: а) по-перше, він здійснюється одномоментно, тобто відразу ж після гастректомії із приводу гострокровоточивого рака шлунка і тому метод не може бути застосований для створення тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гіляровичем-Юдіним-Шалімовим; б) по-друге, спосіб вимагає значної витрати операційного часу, якщо він здійснюється повністю ручним способом.

Задача корисної моделі є створення способу реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії за Гіляровичем-Юдіним-Шалімовим зі створенням тонкокишкового резервуара необхідної ємності, що компенсує функцію втраченого шлунка.

Технічний результат вирішується накладанням штучного резервуара та включенням дванадцятипалої кишки, що поліпшує функціональні результати операції і якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає викроювання сегмента порожньої кишки на судинній аркаді, анастомозування його із дванадцятипалої кишки, згідно з корисною моделлю, відвідну петлю порожньої кишки після перетинання нижче Браунівського співустья зшивають із двома петлями порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомоза, після зшивання їх між собою створюють тонкокишковий резервуар, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, перетинають обидві петлі порожньої кишки вище Браунівського співустья із заглушуванням кінців, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом "кінець у кінець".

Суть способу, що заявляється, полягає в створенні тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гіляровичем-Юдіним-Шалімовим шляхом перетинання відвідної петлі порожньої кишки дистальніше ентеро-ентероанастомоза за Брауном з викроюванням сегмента кишки на судинній аркаді, зшиванням проксимального кінця сегмента порожньої кишки зі зшитими привідною та відвідною петлями кишки дистальніше езофаго-єюноанастомоза зі створенням тонкокишкового резервуара, накладанням анастомозу між дистальним кінцем сегмента порожньої кишки та дванадцятипалої кишки, перетинанням і заглушуванням привідної та відвідної петель порожньої кишки відразу ж проксимальніше ентеро-ентероанастомоза за Брауном, відновлення безперервності порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.

Відмітною рисою способу, що заявляється, є створення тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гіляровичем-Юдіним-Шалімовим, що заміщає резервуарну функцію втраченого шлунка, відновлює пасаж по дванадцятипалій кишці, поліпшує функціональні результати операції і якість життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді.

Наявність зазначених відмітних ознак у порівнянні із прототипом робить їх істотними та служить підставою до подання запропонованого способу як корисну модель.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 - гастректомія за Гіляровичем-Юдіним-Шалімовим, перетинання порожньої кишки з формуванням сегмента на судинній аркаді, де

- 1 - езофаго-єюноанастомоз;
- 2 - ентеро-ентероанастомоз за Брауном;
- 3 - відвідна петля порожньої кишки.

Фіг. 2 - зшивання привідної та відвідної петель кишки нижче езофаго-єюноанастомоза між собою та із проксимальним кінцем викроєного сегмента порожньої кишки на судинній аркаді зі створенням тонкокишкового резервуара, накладання анастомозу між дистальним кінцем сегмента худі кишки та дванадцятипалої кишки, де

- 4 - привідна петля порожньої кишки;
- 5 - відвідна петля порожньої кишки дистальніше езофаго-єюноанастомоза;
- 6 - дванадцятипала кишка;
- 7 - проксимальний кінець викроєного сегмента порожньої кишки;
- 8 - дистальний кінець викроєного сегмента порожньої кишки.

Фіг. 3 - перетинання та заглушування привідної та відвідної петель порожньої кишки проксимальніше ентеро-ентероанастомоза за Брауном, де

4 - привідна петля порожньої кишки;

5 - відвідна петля порожньої кишки;

2 - ентеро-ентероанастомоз за Брауном.

Фіг. 4 - накладення ентеро-ентероанастомоза кінець у кінець між привідною та відвідною петлями худой кишки дистальніше Брауновського співустья, відновлення безперервності худой кишки, де

9 - привідна петля порожньої кишки дистальніше ентеро-ентероанастомоза за Брауном

10 - відвідна петля порожньої кишки дистальніше ентеро-ентероанастомоза за Брауном;

2 - ентеро-ентероанастомоз за Брауном;

11 - ентеро-ентероанастомоз "кінець у кінець".

Спосіб виконується наступним чином: після лапаротомії, розсікають спайки та виділяють відвідну і привідну петлю порожньої кишки дистальніше езофаго-єюноанастомоза (1), виділяють ентеро-ентероанастомоз за Брауном (2), перетинають відвідну петлю порожньої кишки (3) дистальніше Брауновського співустья (2) (Фіг. 1), зшивають привідну (4) і відвідну (5) петлі порожньої кишки лінійним зшивачем "Proximat-75" та анастомозують сегмент (7) відвідної петлі порожньої кишки (3) зі шитими привідної (4) і відвідної (5) петлями порожньої кишки лінійним зшивачем "Proximat-75", формуючи штучний тонкокишковий резервуар. Потім накладають анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки (6) та дистальним кінцем (8) сегмента порожньої кишки (7), що беруть участь у формуванні штучного тонкокишкового резервуара (Фіг. 2), після цього перетинають привідну (4) та відвідну (5) петлі порожньої кишки проксимальніше анастомозу за Брауном (2) за допомогою лінійного зшивача "Proximat-55" і заглушують кінці її (Фіг. 3), потім накладають ентеро-ентероанастомоз (11) кінець у кінець між привідною (9) та відвідною (10) петлями порожньої кишки дистальніше Брауновського співустья (2), відновлюючи безперервність порожньої кишки (Фіг. 4). Після цього проводять зонд для ентерального харчування в відвідну петлю порожньої кишки на відстань 30-40 см від ентеро-ентероанастомоза.

За заявленим способом оперований 1 пацієнт, а за способом-прототипом - 3. Спосіб, що заявляється, має ті переваги, що дозволяє сформувати штучний тонкокишковий резервуар у віддаленому післяопераційному періоді після гастректомії необхідної ємності, що компенсує резервуарну функцію втраченого шлунка, включає в пасаж харчової грудки дванадцятипалої кишки і тому має кращі функціональні результати в післяопераційному періоді, поліпшує якість життя оперованих пацієнтів.

Спосіб може бути використаний у практиці хірургічних відділень міських, обласних лікарень, Центрах шлунково-кишкових кровотеч, онкоцентрах.

Джерела інформації:

1. Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Селюков І.Г. Спосіб гастроеюнопластики. Патент 52020 А, Україна. МПК А61В17/00. 2001129226. Заявл. 29.12.2001; Опубл. 16.12.2002, Бюл. № 12. - 4 с.

2. Шепетько Є.М., Гармаш Д.О. Пат. UA № 62487 U МПК А61В17/00. Спосіб єюногастропластики після тотальної гастректомії із включенням дванадцятипалої кишки при гострокровоточивому раку шлунка. Заявл. 18.03.2011; Опубл. 25.08.2011, Бюл. № 16. - 4 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб реконструктивної операції після гастректомії, що включає викручування сегмента порожньої кишки на судинній аркаді, анастомозування його із дванадцятипалої кишки, який **відрізняється** тим, що відвідну петлю порожньої кишки після перетинання нижче Браунівського співустья зшивають із двома петлями порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомоза, після зшивання їх між собою створюють тонкокишковий резервуар, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, перетинають обидві петлі порожньої кишки вище Браунівського співустья із заглушуванням кінців, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом "кінець у кінець".

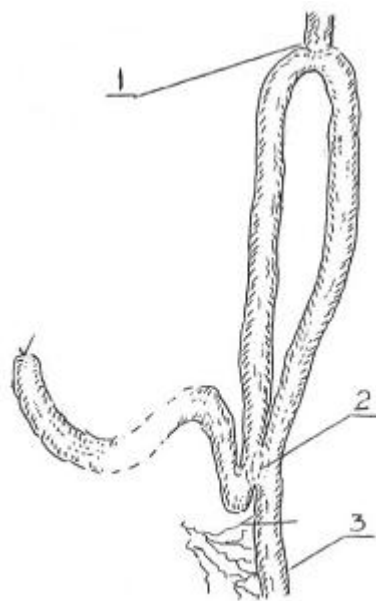


Fig. 1

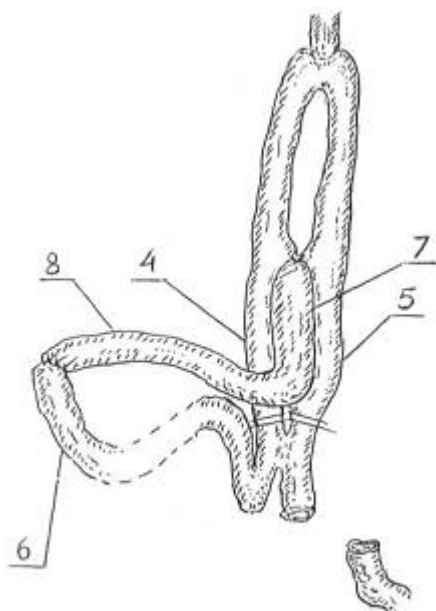
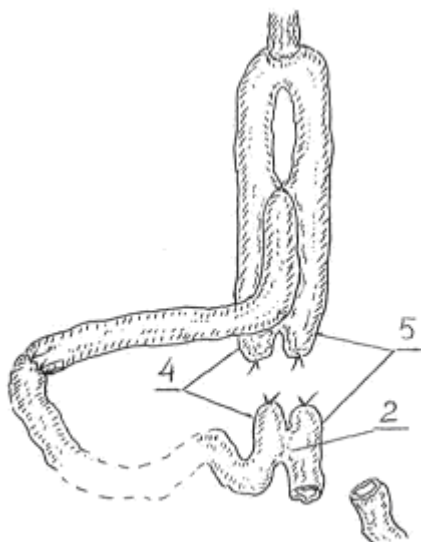
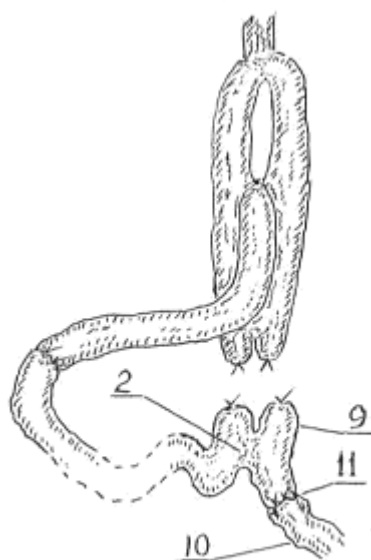


Fig. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

Комп'ютерна верстка В. Мацело

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