



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **77884** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 11237	(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:	25.02.2013		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.02.2013, Бюл.№ 4		

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОМУ РАКУ ШЛУНКА

(57) Реферат:

Спосіб реконструктивної операції після гастректомії при гострокровоточивому раку шлунка включає формування штучного тонкокишкового резервуара із включенням дванадцятипалої кишки. Резервуар необхідної ємності компенсує резервуарну функцію втраченого шлунка, здійснюється за допомогою степлерів, що скорочують час виконання операції.

UA 77884 U

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

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

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраному нами як прототип, є спосіб єюногастропластики після гастректомії із включенням дванадцятипалої кишки, який здійснюється одномоментно [2]. Разом з тим цей спосіб не позбавлений недоліків: а) по-перше, він здійснюється одномоментно, тобто відразу ж після гастректомії із приводу гострокровоточивого раку шлунка і тому спосіб не може бути застосований для створення тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гиляровичем-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 Гиляровичем-Юдіним-Шалімовим зі створенням тонкокишкового резервуара необхідної ємності, що компенсує функцію втраченого шлунка та включенням в пасаж дванадцятипалої кишки.

Технічний результат полягає у тому, що у відомому способі гастректомії за Гиляровичем-Юдіним-Шалімовим, що передбачає створення езофаго-єюноанастомоза після гастректомії та ентеро-ентероанастомозу за Брауном, згідно з корисною моделлю, перетинають відвідну петлю порожньої кишки нижче браунівського співустя, створюють тонкокишковий резервуар зшиванням привідної та відвідної петель порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомозу із відвідною петлею порожньої кишки, пересіченої нижче анастомозу за Брауном, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із ДПК, заглушують обидві кишки вище анастомозу за Брауном з перетинанням їх, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаляють анастомоз за Брауном, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі операції, який 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 співустя зшивають із двома петлями порожньої кишки нижче езофаго-єюноанастомозу, після зшивання їх між собою створюють тонкокишковий резервуар, дистальний кінець сегмента порожньої кишки анастомозують із дванадцятипалою кишкою, перетинають обидві петлі порожньої кишки вище браунівського співустя із заглушуванням кінців, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаляють анастомоз за Брауном, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.

Суть способу, що заявляється, полягає в створенні тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гиляровичем-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-єюноанастомозу зі створенням тонкокишкового резервуара, накладанням анастомозу між дистальним кінцем сегмента порожньої кишки та дванадцятипалою кишкою, перетинанням і заглушуванням привідної та відвідної петель порожньої кишки відразу ж проксимальніше ентеро-ентероанастомозу за Брауном, перетинанням привідної петлі порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаленням анастомозу за Брауном, відновлення безперервності порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.

Відмінною рисою способу, що заявляється, є створення тонкокишкового резервуара після гастректомії за Гиляровичем-Юдіним-Шалімовим, що заміщає резервуарну функцію втраченого шлунка, відновлює пасаж по ДПК, 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 корисної моделі.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 - гастректомія за Гиляровичем-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-єюноанастомозу між собою та із проксимальним кінцем викроєного сегмента порожньої кишки на судинній аркаді зі створенням тонкокишкового резервуара, накладення анастомозу між дистальним кінцем сегмента порожньої кишки та дванадцятипалої кишки, де

4 - привідна петля порожньої кишки;

5 - відвідна петля порожньої кишки дистальніше езофаго-єюноанастомозу;

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-ентероанастомозу за Брауном, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаляють анастомоз за Брауном, де

4 - привідна петля порожньої кишки;

5 - відвідна петля порожньої кишки;

2 - ентеро-ентероанастомоз за Брауном;

9 - привідна петля порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном;

Фіг. 4 - накладення ентеро-ентероанастомозу кінець у кінець між привідною петлею за дуоденоєюнальним переходом та відвідною петлею порожньої кишки, відновлення безперервності порожньої кишки, де

9 - привідна петля порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом;

10 - відвідна петля порожньої кишки;

11 - ентеро-ентероанастомоз кінець у кінець.

Спосіб виконується в таким чином: після лапаротомії, розсікають спайки та виділяють відвідну і привідну петлю порожньої кишки дистальніше езофаго-єюноанастомозу (1), виділяють ентеро-ентероанастомоз за Брауном (2), перетинають відвідну петлю порожньої кишки (3) дистальніше браунівського 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 зшитими 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, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом до анастомозу за Брауном (9) та видаляють анастомоз за Брауном (2) (Фіг. 3), потім накладають ентеро-ентероанастомоз (11) кінець у кінець між привідною петлею порожньої кишки за дуоденоєюнальним переходом (9) та відвідною (10) петлями порожньої кишки, відновлюючи безперервність порожньої кишки (Фіг. 4). Після цього проводять зонд для ентерального харчування у відвідну петлю порожньої кишки на відстань 30-40 см від ентеро-ентероанастомозу.

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 ДПК 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.

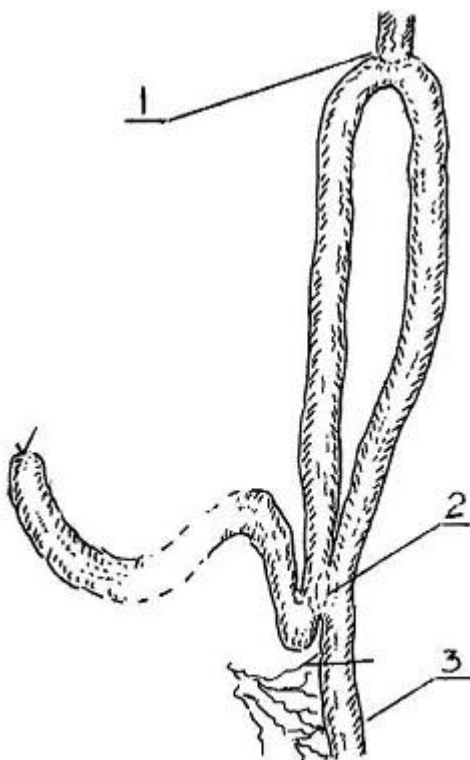
Джерела інформації:

1. Шепетько Є.М., Фомін П.Д., Селюков І.Г. Спосіб гастроеюнопластики. Патент 52020 А, Україна. МПК А61В 17/00. 2001129226. Заявл. 29.12.2001; Опубл. 16.12.2002, Бюл. № 12. - 4 с.

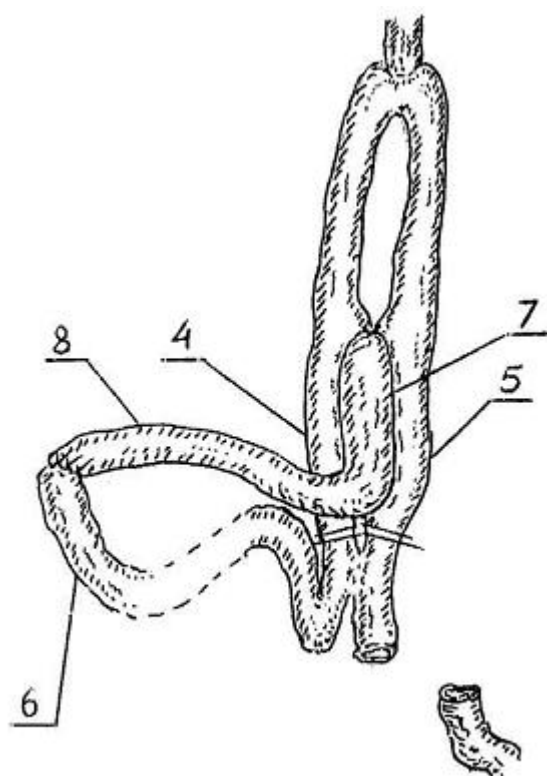
2. Шепетько С.М., Гармаш Д.О. Пат. UA № 62487 U МПК А61В 17/00. Спосіб єюногастропластики після тотальної гастректомії із включенням дванадцятипалої кишки при гострокровоточивому раку шлунка. Заявл. 18.03.2011; Опубл. 25.08.2011, Бюл. № 16. - 4 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

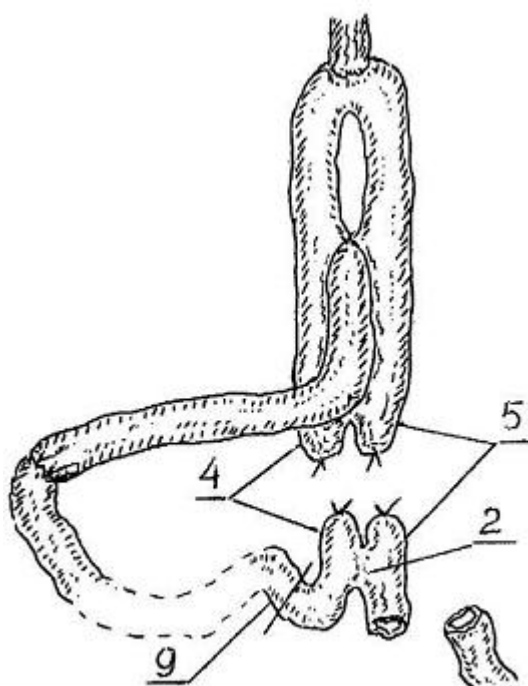
- Спосіб реконструктивної операції після гастректомії при гострокровоточивому раку шлунка, що включає формування штучного тонкокишкового резервуара із включенням дванадцятипалої кишки, який **відрізняється** тим, що сегмент порожньої кишки на судинній аркаді анастомозують зі зшитими привідною та відвідною петлями порожньої кишки дистальніше езофаго-еюноанастомозу лінійним зшивачем "Proximat-75" із наступним анастомозуванням дистального кінця сегмента порожньої кишки на судинній брижовій аркаді із куксою дванадцятипалої кишки, перетинають привідну та відвідну петлі порожньої кишки проксимальніше браунівського співустя за допомогою лінійного зшивача "Proximat-75" із заглушуванням кінців кишки, перетинають привідну петлю порожньої кишки за дуоденоеюнальним переходом до анастомозу за Брауном та видаляють анастомоз за Брауном, відновлюють безперервність порожньої кишки ентеро-ентероанастомозом кінець у кінець.



Фіг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

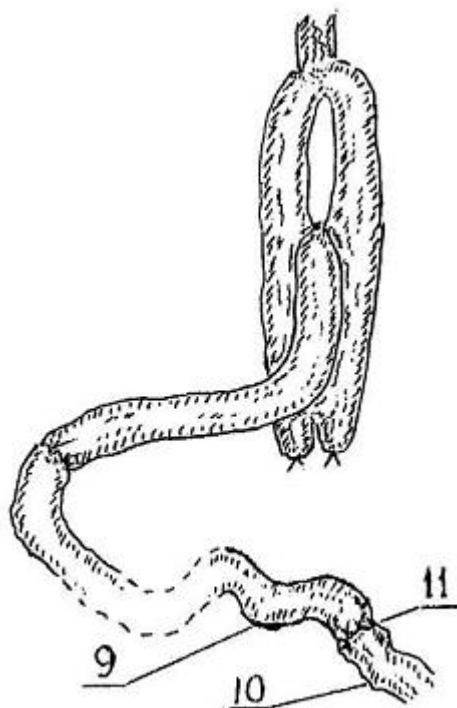


Fig. 4

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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