



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69408** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2011 12652</b>	(72) Винахідник(и): <b>Бондар Григорій Васильович (UA), Псарас Генадій Генадійович (UA), Заїка Олександр Миколайович (UA), Марусов Олег Миколайович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>28.10.2011</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.04.2012</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.04.2012, Бюл.№ 8</b>	(73) Власник(и): <b>Бондар Григорій Васильович, вул. Полоцька, 2-а, м. Донецьк, 83092, Україна (UA)</b>
	(74) Представник: <b>Макарова Наталя Павлівна, реєстр. №0</b>

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКА

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування раку шлунка включає видалення шлунка разом із сальниками, проведення петлі порожньої кишки у верхній поверх черевної порожнини через вікно в брижах поперечної ободової кишки, формування муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу, формування тонкокишкового резервуара нижче сформованого стравохідно-кишкового анастомозу, пересічення відвідної петлі порожньої кишки і її брижі, переміщення проксимального кінця пересіченої відвідної кишки до кукси дванадцятипалої кишки і формування між ними анастомозу, занурення в кисетний шов дистального кінця пересіченої відвідної кишки, формування міжкишкового анастомозу між привідною і відвідною кишкою, формування заглушки між тонкокишковим резервуаром і міжкишковим анастомозом.

UA 69408 U



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме - до онкохірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування хворих на рак шлунка.

При хірургічному лікуванні хворих на рак шлунка найчастішим видом операції є гастректомія. Даний вид операції передбачає повне видалення шлунка в єдиному блоці з великим і малим сальником з подальшим відновленням безперервності травного тракту. При цьому найпоширенішими способи, при яких кукса дванадцятипалої кишки ушивається наглухо, формується стравохідно-кишковий анастомоз між стравоходом і петлею порожньої кишки з подальшим формуванням міжкишкового анастомозу за Брауном. Недоліком названих способів є виключення з процесу травлення дванадцятипалої кишки, результатом чого є розвиток тяжких дискінезій жовчовивідних шляхів, порушення процесів травлення. У цьому зв'язку вживали спроби включення дванадцятипалої кишки у процес травлення. Крім того, при виконанні гастректомії втрачається резервуарна функція шлунка, внаслідок чого їжа швидко потрапляє в нижче розташовані відділи травного тракту, що призводить до розвитку демпінг-синдрому, порушенню усмоктування різного ступеня вираження.

Відомий спосіб заміщення шлунка ділянкою тонкої кишки [Шрайбер Г.В. Замещение желудка участком тонкой кишки с манжеткой // Хирургия.-1994. - №1. - С.25-27], при якому обирають верхній сегмент порожньої кишки, визначаючи архітектоніку судин брижі. Цей сегмент повинен бути довжиною 45 см і магі щонайменше одну добре виражену брижову артерію. Проксимальний кінець виключеного сегмента зашивають ручним або механічним швом. Пасаж по тонкій кишці відновлюють анастомозом кінець у кінець, який накладають ручним однорядним частим вузловим швом через усі шари тонкою розсмоктуваною ниткою. Потім виключену тонку кишку поводять через безсудинне вікно в мезоколон у верхній відділ черевної порожнини, залишають виступаючий сегмент довжиною 15 см. Тонку кишку розсікають навпроти брижів, відповідно калібру стравоходу. Нитками тримачами визначають так звану "робочу" зону. Шов анастомозу може бути накладений вручну у вигляді однорядного частого вузлового шва через усі шари або циркулярний зшиваючий апарат. При останньому способі кінець порожньої кишки спочатку залишають відкритим. Коли шов закінчений, пробують на герметичність за допомогою метиленового синього. Можливі негерметичні ділянки усувають прицільно вузловим швом. Кінець тонкої кишки ушивають. Потім слідує плікація порожньої кишки у вигляді манжетки. Виступаючий сегмент порожньої кишки обертають навколо анастомозу. До цього виконують пробне розташування. Важлива відсутність натягу і стиснення просвіту обгорненого сегмента так, щоб тут не міг утворитися функціональний дивертикул. Обгорнений сегмент фіксують вузловими швами як до стравоходу, так і до відповідного сегмента порожньої кишки і до самої манжетки. Звуження відповідного сегмента й анастомозу запобігається товстим шлунковим зондом, уведеним на час накладення шва. Нарешті, накладається єюнодуоденоанастомоз і закривається вікно в мезоколон.

Недоліком даного способу є висока загроза розвитку неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу, обумовлена складністю його формування глибоко під діафрагмою. Також недоліком даного способу є необхідність профілактики стенозу анастомозу за допомогою товстого шлункового зонда, тривале знаходження якого у просвіті анастомозу може призвести до порушення трофіки тканин і буде сприяти розвитку неспроможності швів анастомозу. Крім того, тривале знаходження зонда в післяопераційному періоді може також призвести до серйозних ускладнень з боку легенів, зокрема - до виникнення післяопераційної пневмонії. Однак найнебезпечнішими ускладненнями, які можуть виникнути при застосуванні розробленого способу, є висока ймовірність розвитку некрозу переміщеної тонкої кишки внаслідок порушення її кровопостачання через натяг судин і високу ймовірність розвитку неспроможності швів між порожньою і дванадцятипалою кишками із-за натягу брижів пересіченої і переміщеної кишки.

Відомий спосіб відновлення шлунково-кишкового тракту після гастректомії [Морикка Ф. Способ восстановления желудочно-кишечного тракта после тотальной гастрэктомии // Хирургия.-1980. - №9. - С.97-99], при якому пересікають тонку кишку, відступивши кілька сантиметрів від трейцевої зв'язки, між 4-м і 5-м артеріальним сегментом, який відходить від верхньої брижової артерії. Потім після попереднього утворення вікна у брижах поперечної ободової кишки проводять дистальний відрізок тонкої кишки у верхній відділ черевної порожнини. Просвіт проксимального відрізка тонкої кишки відразу ж після пересічення тимчасово закривають. Потім накладають анастомоз за типом "кінець у кінець" між куксою дванадцятипалої кишки і дистальним відрізком переміщеної тонкої кишки, після чого формують анастомоз між стравоходом і тонкою кишкою за типом "кінець у бік", відступивши на відстань не менше 20см від єюнодуоденального анастомозу. Завершують операцію накладенням анастомозу для відновлення прохідності дванадцятипалої кишки. З цією метою кінець

дванадцятипалої кишки вшивають у бік тонкої кишки, нижче рівня брижі дванадцятипалої кишки. Закінчують операцію ушиванням "вікна" у брижах поперечної ободової кишки одиночними кетгуттовими швами.

Недоліком даного способу є висока ймовірність розвитку неспроможності швів порожньокишково-дванадцятипалого анастомозу, обумовлена порушенням кровопостачання переміщеної кишки, внаслідок натягу брижів переміщеної кишки. Також недоліком даного способу є висока ймовірність анастомозу, сформованого "кінець у бік", між привідною і відвідною кишкою.

Відомий спосіб єюнопластики при гастректомії [Иванов В.А., Мареев Ю.С., Голдин В.А. Еюнопластика при гастрэктомии // Хирургия.-1973. -№9. - С.63-67], при якому після мобілізації шлунка по великій кривизні разом з великим сальником пересікають дванадцятипалу кишку, куксу її залишають у затискачу. Малий сальник пересікають під печінкою, розсікають трикутну зв'язку печінки, ліву частку печінки відводять вправо. Мобілізують стравохід. Петлю порожньої кишки проводять позаду ободово у верхній відділ черевної порожнини. На відстані 20см від трейцевої зв'язки формують вертикальний стравохідно-кишковий анастомоз не з відвідним, як це робиться при звичайній гастректомії, а з привідним коліном кишки. Для цього відвідний відрізок кишки поміщають за привідний. Перший і верхній ряди серозно-м'язових швів на задню стінку анастомозу накладають максимально високо із захопленням сухожильної частини діафрагми. Далі накладають дворядні вузлові шви. Після закінчення накладення швів укривають устя відвідним відрізком кишкової петлі. Закидання відвідного відрізка кишки за анастомоз сприяє не тільки його зміцненню, але й створює перешкоду для просування їжі у відвідне коліно. Порожню кишку пересікають на відстані 5-7см від трейцевої зв'язки, проксимальний кінець залишають у затискачу, а дистальний - анастомозують з куксою дванадцятипалої кишки за типом "кінець у кінець" дворядним швом. Для забезпечення вільного пасажу їжі через цей анастомоз його роблять широким. З цією метою перед закінченням накладення першого ряду швів розсікають подовжньо передню стінку трансплантата і дванадцятипалої кишки на 1,5см від краю і продовжують шити анастомоз у поперечному напрямку. Цей прийом дозволяє також одержати однаковий діаметр просвіту трансплантата і дванадцятипалої кишки, коли вони виявляються різними за рахунок більшого розсічення одного з кінців кишки. Операцію закінчують накладенням У-подібного анастомозу між проксимальним відрізком пересіченої петлі і відвідним коліном на відстані 15-20см від стравохідно-кишкового анастомозу. У-подібний анастомоз опускають нижче брижі поперечно-ободової кишки, яку підшивають вище нього до відвідного коліна, порожньої кишки.

Недоліком даного способу є висока ймовірність розвитку неспроможності швів порожньокишково-дванадцятипалого анастомозу, обумовлена порушенням кровопостачання переміщеної кишки, внаслідок натягу її брижів. Також недоліком даного способу є висока ймовірність анастомозу, сформованого "кінець у бік", між привідною і відвідною кишкою. Також недоліком даного способу є високий ризик розвитку неспроможності порожньокишково-дванадцятипалого анастомозу внаслідок розсічення стінки дванадцятипалої кишки, що може призвести до порушення її кровопостачання.

Відомий спосіб формування штучного шлунка [Патент на корисну модель №54412 Україна. МПК А61В17/00. Спосіб формування штучного шлунка / Бондар Г.В., Псарас Г.Г., Бондар Г.Вл.; u201004755, заявл. 21.04.2010, опубл. 10.11.2010, бюл. №21], вибраний за прототип, при якому, після видалення шлунка в брижах поперечної ободової кишки у безсудинному місці формують вікно, через яке у верхній поверх черевної порожнини проводять петлю порожньої кишки. На відстані 50-60см від зв'язки Трейця між стравоходом і петлею порожньої кишки формують стравохідно-кишковий муфтоподібний анастомоз між стравоходом і відвідною петлею порожньої кишки, що забезпечує функцію кардіального жому, після чого на 2-3см нижче нього між привідним і відвідним відрізками петлі порожньої кишки, проведеної у верхній поверх черевної порожнини, формують довгий дворядний міжкишковий анастомоз "бік у бік", довжиною 10-12см. У результаті цього утворюється тонкокишковий резервуар з привідного і відвідного відрізків петлі порожньої кишки. Після цього, на 4-5см нижче даного резервуара, відвідний відрізок петлі порожньої кишки двічі прошивають УО-40 і між двома лініями апаратних швів пересікають. При цьому пересікають і частину її брижів у поперечному напрямку на глибину 4-5см. Після цього накладають кисетний шов на дистальний кінець пересіченого відвідного відрізка петлі порожньої кишки, проведеної у верхній поверх черевної порожнини, і занурюють його в кисетний шов. При цьому, дистальний кінець пересіченого відвідного відрізка петлі порожньої кишки залишають у верхньому поверсі черевної порожнини, що дозволяє виключити натяг брижів і створює оптимальні умови для збереження кровопостачання петлі порожньої кишки. Потім, переміщають проксимальний кінець пересіченого відвідного відрізка петлі

порожньої кишки, проведеної у верхній поверх черевної порожнини, до кукси дванадцятипалої кишки. Між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним кінцем пересіченого відвідного відрізка петлі порожньої кишки формують дворядний анастомоз "кінець у кінець". Між привідним відрізком і пересіченим відвідним відрізком петлі порожньої кишки, на 4-5см нижче зануреного в

5 кисетний шов дистального кінця пересіченого відвідного відрізка формують короткий, довжиною 4-5см, ізоперистальтичний дворядний міжкишковий анастомоз "бік у бік". Після цього, формують заглушку на привідному відрізку петлі порожньої кишки, для чого просвіт привідного відрізка на середині відстані між довгим дворядним міжкишковим анастомозом і коротким дворядним міжкишковим анастомозом звужують за допомогою вузлових серозно-м'язових швів до повного

10 перекриття просвіту привідного відрізка петлі порожньої кишки. Фіксують привідні і відвідні відрізки петлі порожньої кишки у вікні брижів поперечної ободової кишки вузловими швами.

Даний спосіб, вибраний за прототип, усуває недоліки аналогів, однак даний спосіб не може бути використаний у ряду хворих, при широкому анастомозі між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним кінцем пересіченого відвідного відрізка петлі порожньої кишки. Їжа буде швидко

15 проходити у дванадцятипалу кишку минаючи частину резервуара, сформованого з тонкої кишки, а саме - частину резервуара, яка представлена привідною петлею, у результаті чого втрачається резервуарна функція заново сформованого штучного шлунка. Подібна ситуація буде мати місце при певних топографо-анатомічних умовах, а саме - при широкій дванадцятипалій кишці і вузькій порожній кишці, з петель якої формують резервуар.

20 В основу заявленої корисної моделі поставлено задачу покращання функціональних результатів хірургічного лікування хворих на рак шлунка, які підлягли гастректомії з формуванням резервуара і відновленням пасажу по дванадцятипалій кишці, шляхом забезпечення гарантованого потрапляння їжі в обидві частини резервуара, тобто частини резервуара, які представлені відвідною і привідною петлею, за рахунок з'єднання стравоходу

25 одночасно як з привідною, так і з відвідною кишкою при формуванні муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що при формуванні стравохідно-кишкового анастомозу формують устя стравоходу як з відвідною, так і з привідною кишкою.

Новим у заявленій корисній моделі є те, що при формуванні стравохідно-кишкового

30 анастомозу формують устя стравоходу як з відвідною, так і з привідною кишкою.

Зазначена ознака дозволяє одержати покращання функціональних результатів хірургічного лікування раку шлунка, передбачених у поставленій задачі корисної моделі.

Сутність способу пояснюється ілюстраціями 1-8.

На Фіг.1 показаний етап відновлення безперервності травного тракту після гастректомії

35 після формування стравохідно-кишкового анастомозу з відвідною і привідною петлею перед формуванням резервуара, де:

- 1 - дванадцятипала кишка;
- 2 - апаратний шов на куксі дванадцятипалої кишки;
- 3 - абдомінальний відділ стравоходу;
- 40 4 - муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз;
- 5 - привідна петля порожньої кишки;
- 6 - відвідна петля порожньої кишки;
- 7 - довгий міжкишковий анастомоз, який утворює резервуар з привідної і відвідної петлі порожньої кишки.

45 На Фіг.2 показаний сформований резервуар із привідної і відвідної кишки, де:

- 1 - дванадцятипала кишка;
- 2 - апаратний шов на куксі дванадцятипалої кишки;
- 3 - абдомінальний відділ стравоходу;
- 4 - муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз;
- 50 6 - відвідна петля порожньої кишки;
- 7 - довгий міжкишковий анастомоз, який утворює резервуар з привідної і відвідної петлі порожньої кишки.

На Фіг.3 пересічення відвідної кишки між двома рядами механічних швів і переміщення проксимального відрізка відвідної кишки до дванадцятипалої кишки, де:

- 6 - відвідна петля порожньої кишки;
- 8 - брижі поперечної ободової кишки;
- 9 - лінії апаратних швів на відвідній петлі порожньої кишки;
- 10 - напрямок пересічення відвідної петлі порожньої кишки між лініями апаратного шва;
- 11 - напрямок переміщення проксимального кінця пересіченої відвідної петлі порожньої
- 60 кишки до кукси дванадцятипалої кишки.

На Фіг.4 показані сформовані стравохідно-кишковий, порожньокишково-дванадцятипалий і міжкишковий анастомози, а також резервуар, сформований з відвідної і привідної кишок, де:

1 - дванадцятипала кишка;

5 - привідна петля порожньої кишки;

6 - відвідна петля порожньої кишки;

12 - анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним кінцем пересіченої відвідної петлі порожньої кишки;

13 - міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі порожньої кишки.

На Фіг.5 показано формування заглушки на привідній кишці між резервуаром і міжкишковим анастомозом, де:

5 - привідна петля порожньої кишки;

7 - довгий міжкишковий анастомоз, який утворює резервуар з привідної і відвідної петлі порожньої кишки;

13 - міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі порожньої кишки;

14 - вузлові серозно-м'язові шви на привідній петлі порожньої кишки, які формують заглушку на привідній петлі порожньої кишки.

На Фіг.6 показаний остаточний вигляд реконструкції травного тракту після гастректомії зі сформованими стравохідно-кишковим, порожньокишково-дванадцятипалим, міжкишковим анастомозами, резервуаром із відвідної і привідної кишок і заглушкою на привідній кишці, де:

4 - муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз;

7 - довгий міжкишковий анастомоз, який утворює резервуар з привідної і відвідної петлі порожньої кишки;

12 - анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним кінцем пересіченої відвідної петлі порожньої кишки;

міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі порожньої кишки;

14 - вузлові серозно-м'язові шви на привідній петлі порожньої кишки, які формують заглушку на привідній петлі порожньої кишки.

На Фіг.7 показаний напрямок просування їжі після завершення виконання операції за розробленим способом, де:

4 - муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз;

7 - довгий міжкишковий анастомоз, який утворює резервуар з привідної і відвідної петлі порожньої кишки;

12 - анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним кінцем пересіченої відвідної петлі порожньої кишки;

міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі порожньої кишки;

13 - міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі порожньої кишки;

14 - вузлові серозно-м'язові шви на привідній петлі порожньої кишки, які формують заглушку на привідній петлі порожньої кишки.

Спосіб здійснюють таким чином.

Виконують верхньо-середньосерединну лапаротомію і ревізію черевної порожнини за загальноприйнятою методикою. Визначають можливість виконання хірургічного втручання за заявленою методикою. Здійснюють мобілізацію шлунка за загальноприйнятою методикою. Мобілізують внутріочеревинну частину дванадцятипалої кишки 1 і прошивають її апаратним швом 2. Мобілізують абдомінальний відділ стравоходу 3. При цьому пересікають обидва блукаючих нерви. Стравохід прошивають апаратним швом. Пересікають стравохід і дванадцятипалу кишку. Видаляють препарат. Через вікно в брижах поперечної ободової кишки у верхній поверх черевної порожнини проводять петлю порожньої кишки і на відстані 60см від зв'язки Трейця формують муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз 4 між стравоходом 3, привідною 5 і відвідною 6 петлями порожньої кишки, проведеної у верхній поверх черевної порожнини. Нижче муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу формують резервуар із привідної 5 і відвідної 6 петель порожньої кишки шляхом формування довгого міжкишкового анастомозу 7 між ними. У результаті утворюється резервуар, який складається з двох з'єднаних між собою частин, представлених відвідною і привідною петлями порожньої кишки. Після цього, на 5 см вище брижі поперечної ободової кишки 8 відвідну петлю 6 порожньої кишки двічі прошивають УО-40 і між двома лініями апаратних швів 9 пересікають 10. При цьому

пересікають і частину її брижів у поперечному напрямку на глибину 4-5см. Потім, переміщують 11 проксимальний кінець пересіченої відвідної кишки 6 до кукси дванадцятипалої кишки. Дистальний кінець пересіченої відвідної кишки 6 занурюють у кисетний шов. Між дванадцятипалою кишкою 1 і проксимальним кінцем пересіченої відвідної петлі 6 порожньої

5 кишки формують дворядний анастомоз "кінець у кінець" 12. Між привідною петлею 5 порожньої кишки і дистальним кінцем пересіченої відвідної петлі 6 кишки формують ізоперистальтичний дворядний міжкишковий анастомоз "бік у бік" 13. При цьому анастомоз між привідною і відвідною кишкою формують безпосередньо у зв'язки Трейця. Формують "заглушку" на привідній петлі порожньої кишки 5 за допомогою накладення вузлових серозно-м'язових швів 14

10 по всій окружності привідної петлі 5 порожньої кишки між резервуаром 7 і міжкишковим анастомозом 13.

Таким чином, страва зі стравоходу через муфтоподібний стравохідно-кишковий анастомоз надходить в обидві частини резервуара, представлені відвідною і привідною петлями порожньої кишки, після чого їжа через анастомоз між куксою дванадцятипалої кишки і проксимальним

15 кінцем пересіченої відвідної петлі порожньої кишки надходить у дванадцятипалу кишку і після цього, через короткий міжкишковий анастомоз між привідною петлею порожньої кишки і пересіченим дистальним кінцем відвідної петлі вона надходить у нижче розташовані відділи травного тракту. Одночасне надходження їжі зі стравоходу у привідну і відвідну кишку забезпечує її гарантоване надходження в резервуар і затримання в ньому, що дозволяє

20 відновити втрачену резервуарну функцію шлунка і забезпечити покращання функціональних результатів лікування.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий В. 1962р.н., історія хвороби №61216, госпіталізувався у хірургічне відділення Донецького обласного протипухлинного центру з діагнозом - рак верхній третині шлунка Т3N2M0 III стадія 19.03.09 року. Після обстеження та передопераційної підготовки 25.03.09 року зроблена верхньо-середньосерединна лапаротомія. Під час ревізії: у черевній порожнині пухлина кардіального відділу шлунка по задній стінці, інфільтративно-виразкова форма, яка проростає всі шари стінки шлунка, визначаються збільшені лімфовузли по ходу лівої шлункової

25 артерії від 0,9 до 1,2см у діаметрі, щільної консистенції Дванадцятипала кишка в зоні верхнього горизонтального коліна в 2 рази ширше порожньої кишки. Хворому показана гастректомія з відновленням кишкової безперервності за розробленою методикою з формуванням стравохідно-кишкового анастомозу з відвідною і привідною кишкою, оскільки формування стравохідно-кишкового анастомозу тільки з відвідною кишкою при наявності широкої дванадцятипалої кишки і вузької порожньої кишки неминуче збільшить ризик неспроможності швів анастомозу і, крім того, призведе до швидкого надходження їжі у дванадцятипалу кишку

30 через порожньокишково-дванадцятипалый анастомоз. Виконана гастректомія з формуванням муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу з привідною і відвідною кишкою та відновленням пасажу по дванадцятипалій кишці за допомогою формування анастомозу між проксимальним кінцем пересіченої дванадцятипалої кишки й куксою дванадцятипалої кишки за розробленою методикою. Після операції хворий одержував інфузійну симптоматичну антибактеріальну терапію у відділенні реанімації з першої по третю добу. На четверту добу після операції хворий переведений у палату інтенсивної терапії хірургічного відділення, де йому була продовжена інфузійна симптоматична антибактеріальна терапія по 6 добу включно, перев'язки післяопераційної рани. Наприкінці четвертої доби післяопераційного періоду у

35 хворого почала вислуховуватися перистальтика, на 5-у добу пацієнт почав самостійно приймати рідку їжу і воду, на 5-у добу почав сидіти на ліжку і ходити по палаті, на 6-у добу у пацієнта було випорожнення після очисної клізми, відмінена інфузійна симптоматична терапія на 7 добу, перев'язки тривали до десятої доби, коли хворому зняли шви з післяопераційної рани. 8.04.09 (на 15-у добу) хворий виписаний з відділення у задовільному стані. Аналізи крові і сечі у межах норми. Пацієнт живий до цього часу. Останнє відвідування поліклінічного відділення ДОПЦ - 10.08.11. Виконано ФГС - анастомози вільно прохідні, даних за рефлюкс-езофагіт немає, даних за продовження захворювання немає. При СКТ органів грудної, черевної порожнини, заочеревинного простору, таза з контрастуванням даних за продовження захворювання немає.

40

45

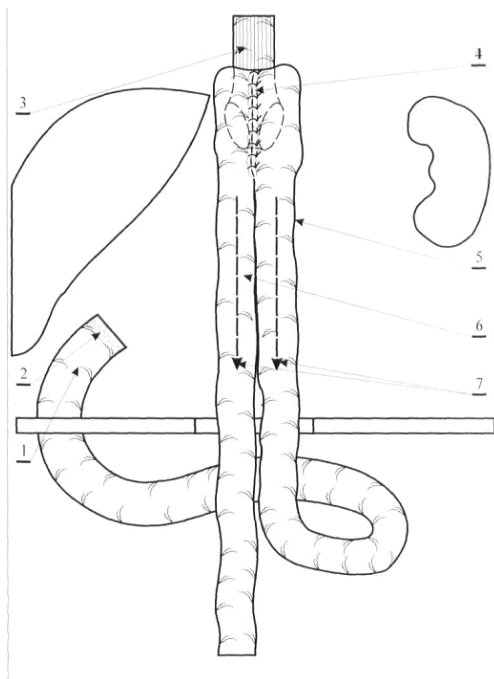
50

Пропонований спосіб використаний у Донецькому обласному протипухлинному центрі з 2009 року у 5 хворих. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого способу, не спостерігалось. Відзначена відсутність рефлюкс-езофагіту, добра якість життя у хворих, прооперованих за заявленим способом.

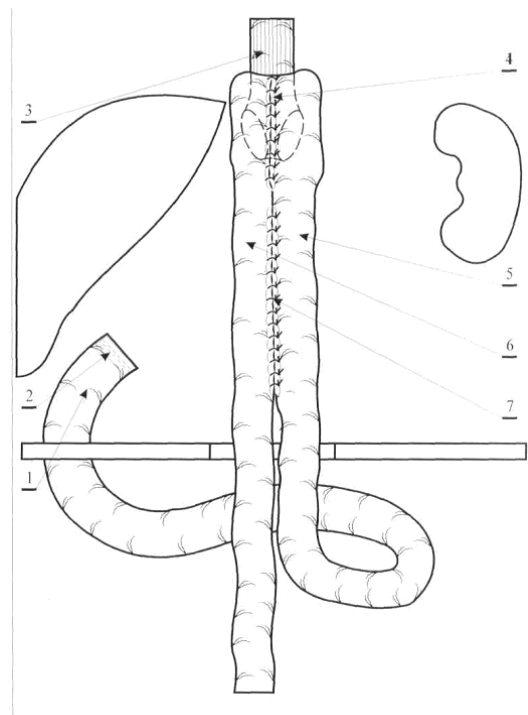
55

## ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

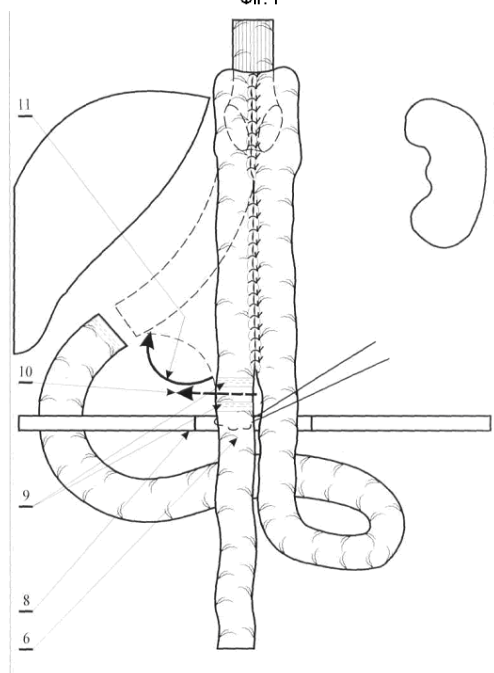
- Спосіб хірургічного лікування раку шлунка, що включає видалення шлунка разом із сальниками, проведення петлі порожньої кишки у верхній поверх черевної порожнини через вікно в брижах поперечної ободової кишки, формування муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу, формування тонкокишкового резервуару нижче сформованого стравохідно-кишкового анастомозу, пересічення відвідної петлі порожньої кишки і її брижі, переміщення проксимального кінця пересіченої відвідної кишки до кукси дванадцятипалої кишки і формування між ними анастомозу, занурення в кисетний шов дистального кінця пересіченої відвідної кишки, формування міжкишкового анастомозу між привідною і відвідною кишкою, формування заглушки між тонкокишковим резервуаром і міжкишковим анастомозом, який **відрізняється** тим, що при формуванні стравохідно-кишкового анастомозу формують устя стравоходу як з відвідною, так і з привідною кишкою.



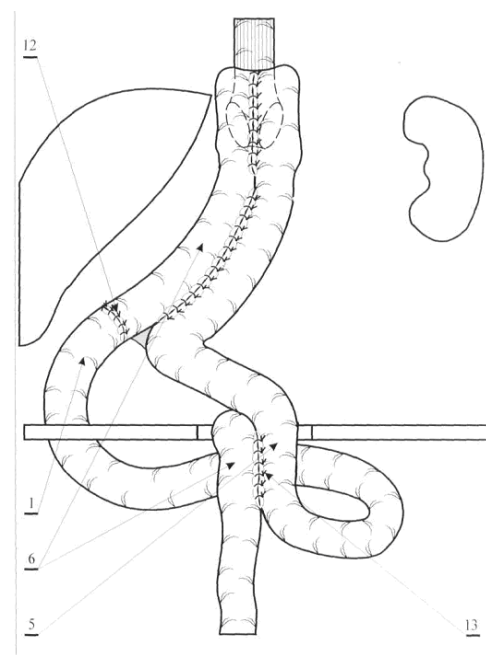
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



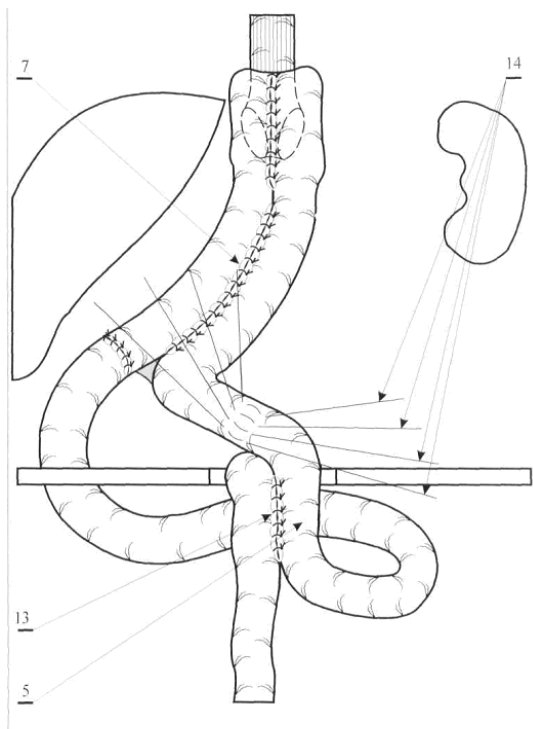


Fig. 5

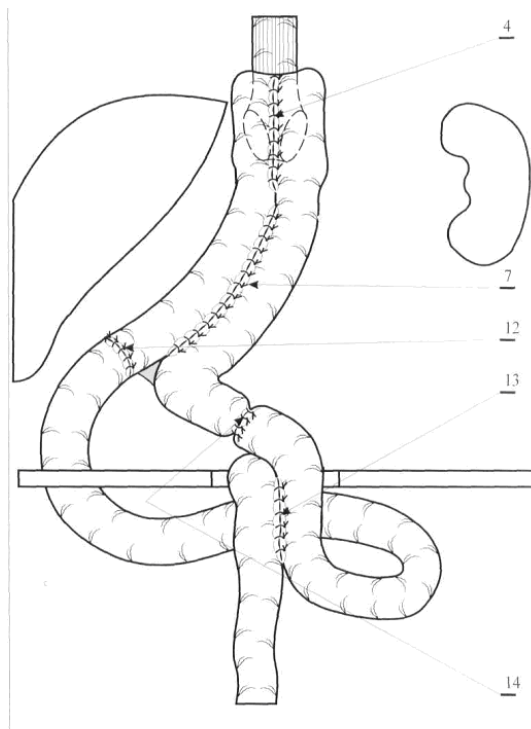


Fig. 6

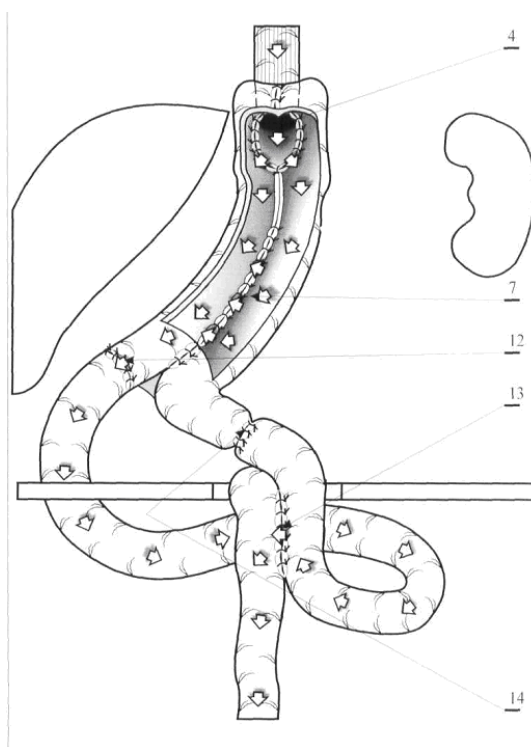


Fig. 7

Комп'ютерна верстка Н. Лисенко

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