



УКРАЇНА

(19) UA (11) 63447 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ЗАДНЬОЇ ГУБИ ЕЗОФАГОЄЮНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

2

(21) u201102798

(22) 10.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл.№ 19, 2011 р.

(72) СТРИЖАЛКОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛИСЕНКО СЕРГІЙ АНДРІЙОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб накладання задньої губи езофагоєюнального анастомозу після гастректомії, що передбачає створення інвагінації стравохідно-тонкокишкового анастомозу, який **відрізняється** тим, що проводять укріплення задньої губи анастомозу шляхом формування рівномірної кругової "муфти" - дублікатури із серозної оболонки тонкої кишки.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до онкохірургії, і може бути використана при накладанні стравохідно-тонкокишкового анастомозу після проведення тотальної екстирпації шлунка - гастректомії (можливо в комбінації з лімфодисекцією і резекцією інших органів по показаннях) у хворих з раком тіла шлунка, субтотальним і тотальним ураженням, рецидивним раком і раком кукси шлунка, а також при раку будь-якої локалізації з інфільтративним характером росту пухлини.

На даний час більшість хірургів використовують накладання дворядного езофагоєюнального анастомозу способами Гіляровича-Грехема (Hilarowicz-Graham) або Лагея (Lahey), які є класичними (хрестоматійними) методиками, або їх модифікаціями. По Гіляровичу-Грехему на задню губу анастомозу (перший ряд серо-мускулярних швів між стравоходом і кишкою) накладають вузлові шви, укріплені з боків додатковими лігатурами. По Лагею на задню губу накладають П-подібні лігатури (Репин В. Н. Гастректомия с созданием тонкокишечного резервуара / В. Н. Репин, О. С. Гудков, М. В. Репин // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 35-36.; Результаты хирургического лечения гостроротовочивого рака шлунка застосуванням гастректомії та одномоментної реконструктивної єюногастропластики / Є. М. Шепетько, П. Д. Фомін, О. Б. Бельський [та ін.] // Буковинський медичний вісник. - 2006. - Т. 10, № 1, С. 148-151; Khatri V. P. Dissection for gastric carcinoma / V. P. Khatri, H. O. Douglass // Arch. surg. -2004. - V. 139. - P. 662-669.).

При розробці даного способу накладання задньої губи анастомозу між стравоходом і кишкою керувались наступними мотивами:

- підвищення надійності задньої губи анастомозу як "слабкого місця" в плані ризику виникнення неспроможності швів;

- створення інвагінації анастомозу шляхом рівномірної дублікатури серозною оболонкою кишки для профілактики рефлексних ускладнень після гастректомії;

- досягнути вищеперерахованих ефектів без суттєвого ускладнення оперативної техніки і з мінімалізацією кількості накладених швів.

Спосіб здійснюється таким чином. Після видалення препарату найближча до зв'язки Трейця петля тонкого кишечника підводиться через вікно в mesocolon transversum. На відстані 40 см від зв'язки виконується проколювання на стінці кишки із захопленням серозної та м'язової оболонок, перпендикулярно до передбачуваної лінії анастомозу в напрямку до стравоходу; потім на 5-6 мм вліво відносно хірурга проводимо ті ж дії на кишці в зворотному напрямку. Цією ж лігатурою прошивається м'язовий шар стінки стравоходу паралельно лінії анастомозу зліва направо. Нитки не зав'язуються. Накладаються ще 3-4 подібних шва (залежно від діаметра стравоходу). Лігатури зав'язуються в порядку, зворотному їх накладанню. В результаті задня губа анастомозу має на розрізі вигляд дублікатури.

Потім стравохід відсікається під затискачем, розкривається просвіт тонкого кишечника. Слизові оболонки зшиваються одиничними швами або по будь-якій з загальновідомих методик на попередньо проведеному назоентеральному зонді.

Останній ряд швів накладається також з утворенням дублікатури тонкої кишки по методиці, описаній Черноусовим.

UA (19) 63447 (11) (13) U

Таким чином, і передня, і задня стінки езофагоєюнального анастомозу виявляються "окутані" серозною оболонкою тонкої кишки, що робить анастомоз більш надійним.

Використовується шовний матеріал № 3.0 на колючій "стравохідній" голці з терміном розсмоктування більше 60 діб.

Наступні етапи операції: накладання міжкишкового анастомозу по Брауну (Brown), фіксація петлі тонкої кишки у вікні mesocolon, - проводяться стандартно. Операція закінчується ревізією, дренажуванням та пошаровим ушиванням черевної порожнини.

Переваги запропонованого способу в тому, що шляхом технічно нескладної модифікації, не потребуючи додаткового інструментарію та спеціальної підготовки, досягають явного клінічного ефекту.

По-перше, укріплюють задню губу стравохідно-тонкокишкового анастомозу, утворюючи "муфту" із серозної оболонки тонкої кишки, і тим самим створюють більш благоприємні умови для заживлення та профілактику можливих хірургічних ускладнень (неспроможність швів, анастомозити).

По-друге, занурюючи анастомоз в кругову дублікатуру, однаково зі сторони як задньої, так і передньої губи, формують штучний жом, який в свою чергу буде перешкоджати рефлюксу кишкового вмісту в стравохід.

І, насамкінець, не менш важлива перевага запропонованого способу в тому, що кількість накладених швів не збільшується, а залишається такою ж або зменшується в порівнянні із запропонованими раніше способами, що в цілому сприяє меншому травматизму і скороченню часу, витраченого на операцію.

Клінічний приклад.

Хвора Науменко О. П., 60 років, була прийнята в торакальне відділення ВОКОД 30.03.2010 року із скаргами на дискомфорт та болі в епігастрії, нудоту, схуднення до 10 кг за останні 2 місяці. Фіброгастроуденоскопія (25.03.2010 р.): інфільтративно-виразковий пухлинний процес, локалізований в кардіальному відділі шлунка з переходом на нижню третину стравоходу. Цитологічний висновок №

5808-11 від 26.03.2010 р.: аденокарцинома G2. УЗД ОЧП (25.03.2010 р.): дифузні зміни в печінці та підшлунковій залозі. Хвора отримала передопераційну інфузійну терапію. 08.04.10 р. хворій виконана операція - розширена комбінована гастректомія з резекцією нижньої третини стравоходу із застосуванням торако-абдомінального доступу. Патогістологічний висновок № 15609-632 від 15.04.2010 р.: аденокарцинома G2 з проростанням серозної оболонки шлунка, в перигастральних лімфатичних вузлах (7 шт.) - метастази аденокарциноми. Хворій було виставлено такий післяопераційний діагноз: Рак проксимальних відділів шлунка з переходом на нижню третину стравоходу, G_{2p}T₃N₂M₀, IIIВ ст., III клін. група. ІХС, дифузний міокардіосклероз. СН 0 ст. Післяопераційний період перебігав без будь-яких ускладнень. Хвора на 11 добу після операції була виписана з стаціонару в задовільному стані. В подальшому отримала 3 курси ад'ювантної поліхіміотерапії.

Клінічний приклад.

Хвора Затишна Г. О., 55 років, була прийнята в торакальне відділення ВОКОД 21.01.2011 року із скаргами на болі в епігастрії, нудоту, іноді блювання, схуднення до 15 кг за останні 4 місяці. Фіброгастроуденоскопія (18.01.2011р.): інфільтративне розростання пухлинної тканини в середній та нижній третинах тіла шлунка з протяжністю 6 см. Цитологічне заключення № 789-92 від 19.01.2011 р.: аденогенний рак. УЗД ОЧП (18.01.2011 р.): ознаки хронічного панкреатиту, сечокам'яна хвороба. Хвора отримала передопераційну інфузійну терапію. 25.01.11 р. хворій виконана операція - гастректомія. Гістологічний висновок № 1833-37 від 31.01.2011 р.: низькодиференційована аденокарцинома з проростанням серозної оболонки шлунку. Хворій було виставлено такий післяопераційний діагноз: Рак тіла шлунка, G_{3p}T₃N₀M₀, II ст., III клін. група. ІХС, дифузний міокардіосклероз. СН I ст. Хронічний панкреатит. Сечокам'яна хвороба. Післяопераційний період перебігав без розвитку будь-яких ускладнень. Хвора на 10 добу після операції була виписана з стаціонару в задовільному стані. В подальшому планується проведення ад'ювантної поліхіміотерапії.