



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62812 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ЕЗОФАГОЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

1

2

(21) 2003065224

(22) 06 06 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Шелешко Петро Венедиктович, Скрипніков Микола Серпійович

(73) Шелешко Петро Венедиктович, Скрипніков Микола Серпійович

(57) Спосіб виконання езофагоєюногастропластики при проксимальній резекції шлунка, що включає анастомоз безперервної петлі тонкої кишки зі стравоходом і куксою шлунка, який відрізняється тим, що додатково між кишкою і куксою шлунка в малій її кривизні накладають поперечний анастомоз з наступним розміщенням зверху його відповідної частини анастомозованої кишки з додатковим закріпленням нею швів кукси

Запропонований винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії

Відомий спосіб езофагоєюногастропластики при проксимальній резекції шлунка, що включає розміщення між стравоходом і куксою шлунка ізольованого відрізка тонкої кишки на судинній ніжці (Цацаниди КН, Богданов АВ Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы М., 1969, С 75)

Основними недоліками цього способу є складність виконання тонко-кишкового трансплантату, формування стравохідного та шлунково-кишкового анастомозів Крім того, використання ізольованого відрізка тонкої кишки не включає його парезу

Найбільш близьким до запропонованого способу, є спосіб виконання езофагоєюногастропластики безперервною петлею тонкої кишки (Гилевич Ю С, Оноприев В И Анастомози в брюшной хирургии - Ставрополь, 1978 - С., рис 192) Проте відомий спосіб має недостатній ступінь ефективності обумовлений тим, що він передбачає виконання езофагоєюнопластики з використанням запліски на відповідну частину кишки, що не виключає утворення сліпих карманів і подальшої реканалізації просвітку кишки Крім того спосіб запропонований при тотальному видаленню шлунка

В основу винаходу поставлено завдання створити спосіб виконання езофагоєюногастропластики при проксимальній резекції шлунка, шляхом удосконалення відомого досягти здійснення анастомозу безперервної петлі тонкої кишки зі стравоходом і куксою шлунка, забезпечити спроможність (високу міцність) швів анастомозу, попередження рефлюксоезофагиту та парезу переміщуваної кишки за рахунок чого підвищити ступінь його ефективності

Поставлене завдання вирішують створенням способу виконання езофагоєюногастропластики при проксимальній резекції шлунка, що включає анастомоз безперервної петлі тонкої кишки зі стравоходом і куксою шлунка, який згідно винаходу відрізняється тим, що додатково між кишкою і куксою шлунка в малій її кривизні накладають поперечний анастомоз з послідовним розміщенням зверху його відводячої частини анастомозованої кишки з додатковим закріпленням нею швів кукси

Спосіб виконують наступним чином

Шлунок та абдомінальну частину стравоходу мобілізують згідно з загальноприйнятими принципами За допомогою зшиваючого апарату типу УО-60 шлунок резекують по намченному рівню Пересічений стравохід утримують зігнутим затискачем Беруть петлю тонкої кишки, проводять її через вікно мезоколон і на відстані 30-35см від трейтцевої зв'язки взятую кишку відводящим коліном анастомозують зі стравоходом, вкривають анастомоз привідним коліном цієї петлі (фіг 1) Після цього до кукси шлунка підводять анастомозовану зі стравоходом відводящу кишку, яка без натяжки та лишнього прогинання анастомозується поперечно із куксою шлунка в малій його кривизні двоохрядним швом (фіг 2) Потім зі сторони малої кривизни кукси шлунка відводяща частина анастомозованої кишкової петлі вміщується зверху вільною від брижейки стороною на зформоване сполучення і сіро-сірозними швами аборально підшивається до кукси шлунка, а орально до привідної частини цієї петлі (фіг 3) Після цього додатково розташованою зверху кишкою закріплюються шви кукси шлунка до її великої кривизни Остаточний вид способу показаний на фіг 4

Приклад практичного здійснення способу

(19) UA (11) 62812 (13) A

Хворий М, 52 років оперований з приводу раку II стадії проксимальної частини шлунка. За загальноприйнятими принципами зроблена мобілізація шлунка та абдомінальної частини стравоходу. За допомогою зшиваючого апарату УО-60 виконана субтотальна резекція шлунка. На пересічений стравохід накладений зігнутий затискач. Взята петля тонкої кишки, проведена через вікно мезоколон I на відстані 30-35см від трейтцевої зв'язки стравохід анастомозований із відводящим коліном взятої кишки з укріптям сполучення привідної кишки. Потім кишка, котра анастомозована зі стравоходом, підведена до кукси шлунка і в малій його кривизні накладений поперечний шлункокише-чний анастомоз. Зверху цього анастомозу розміщена відводяща частина кишкової петлі, котра сіро-сірозними швами підшита до кукси шлунка і приводящої кишки. Потім додатково кишкою закріплені шви кукси шлунка до її великої кривизни.

Після цього у трейтцевій зв'язці було виконане міжкишкове броунівське сполучення, яке вшито у вікні мезоколон.

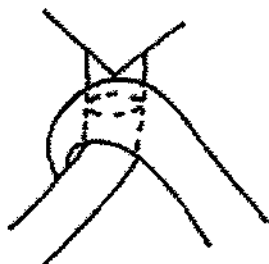
Перебіг хвороби у післяопераційний період у хворого гладкий. Рідку їжу він почав приймати на третю добу, шви зняті на 8 добу. При виписці із стаціонару на 14 добу після операції проведено контрольне рентгенологічне дослідження з даванням сульфату барію. Прийнятий контраст вільно проходить через стравохідний анастомоз, заповнює переміщену кишку, куксу шлунка і порційне дванадцятипалу кишку з наступним просвітанням по тонкій

кишці. Через 1,5 місяці після виписки зі стаціонару стан хворого задовільний, скарг немає. Харчування чотириразове, засвоюваність їжі хороша, хворий збільшив свою вагу на 5кг. Ендоскопічне стравоходокишковий анастомоз вільно прохідний, слизова стравоходу блідо-розова, даних про рефлюкс-езофагіт немає. Переміщена кишка без особливостей, шлунково-кишковий анастомоз щелевидної форми без зайняття просвіту.

Наведений приклад показує практичну здійсненність операції езофаго-еюногастропластики за запропонованим способом.

Позитивний ефект способу полягає в наступному:

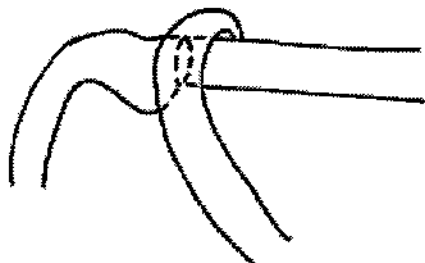
Безперервна петля тонкої кишки розміщена між стравоходом і куксою шлунка, попереджає її парез і полегшує формування анастомозів, виключаючи при цьому натяжку тканин. Поперечне анастомозування кишки з куксою шлунка зберігає скорочувальну здатність кишкової стінки в області шлункокишкового сполучення, яка функціонує по типу клапанного. Перистальтуюча кишка, розміщена на анастомозі, охоплює його майже з усіх сторін, грає при цьому роль додаткового жома, охороняючого шлунково-кишкове сполучення від зайняття. З допомогою цієї кишки додатково закріплюються шви кукси і шлунку, а сам анастомоз ізолюється від вільної черевної порожнини, що в разі нагноювальних процесів охороняє його шви від повторної неспроможності.



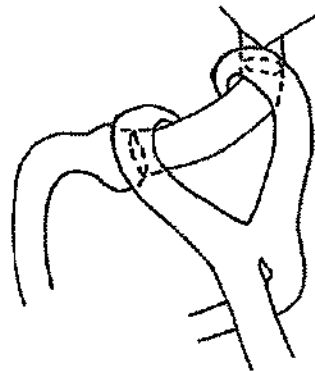
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4