



УКРАЇНА

(19) UA (11) 49513 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЕЗОФАГОЄЮНОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ТА ЕКСТИРПАЦІЇ КУКСИ ШЛУНКА

1

2

(21) u201000344

(22) 15.01.2010

(24) 26.04.2010

(46) 26.04.2010, Бюл. № 8, 2010 р.

(72) ФОМІН ПЕТРО ДМИТРОВИЧ, ІВАНЧОВ ПАВЛО ВАСИЛЬОВИЧ, ЗАПЛАВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб езофагоєюноанастомозу після гастректомії та екстирпації кукси шлунка, що включає підведення довгої петлі голодної кишки через розріз у безсудинній ділянці брижі поперечно-ободової кишки до стравоходу, розташування стравоходу попереду відвідної петлі кишки, підшивання до неї та формування стравохідно-тонкокишкового анастомозу, який огортають петлею привідної кишки у вигляді "муфти" і формують між привідною та відвідною петлями кишки ентеро-ентероанастомоз,

який відрізняється тим, що петлю тонкої кишки проводять позаду ободової і зшивають між собою привідну та відвідну кишки одним тристічковим швом на відстані 40 см від дуоденоєюнального переходу у вигляді букви "Т", формуючи таким чином вертикальне та горизонтальне коліна із зшитих між собою привідної та відвідної петель тонкої кишки, потім формують анастомоз між стравоходом та відвідною кишкою, розсікаючи її у поперечному напрямі на рівні тристічкового шва на товстому шлунковому зонді одиночними інвагінуючими швами через всі шари по типу "кінець в бік", який потім огортають справа наліво правою половиною горизонтального коліна кишкової дублікатури шляхом підшивання її у вигляді "муфти" одиночними серозно-м'язовими швами вище і нижче лінії сформованого езофагоєюноанастомозу та зліва від нього.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при лікуванні хворих на рак шлунка та на рак кукси шлунка.

Проблема реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії та екстирпації кукси шлунка залишається актуальною тому, що серед існуючих способів формування езофагоєюноанастомозу (стравохідно-тонкокишкових співусть) кожен має свої переваги та недоліки. Кожна профільна клініка пропонує до вживання на практиці декілька розроблених та відпрацьованих, впродовж багатьох років, способів формування езофагоєюноанастомозу. Виконання відпрацьованих методик та оперативних прийомів у межах однієї клініки сприяє покращенню результатів хірургічного лікування, а саме зменшенню кількості ускладнень, пов'язаних з технічними особливостями проведення операцій.

Намагаючись вдосконалити існуючі способи накладання стравохідно-тонкокишкових співусть, більшість авторів вдаються до використання технічно складних прийомів із застосуванням великої кількості складних швів, що не завжди дозволяє

впровадженню запропонованих методів у інших лікувальних закладах хірургічного профілю.

Незважаючи на велику кількість існуючих методик накладання езофагоєюноанастомозу, цей напрям шлункової хірургії потребує подальшого вдосконалення, в аспекті розробки нових способів операцій, що будуть відповідати загальним вимогам: надійність, простота виконання та фізіологічність.

Відомий спосіб накладання езофагоєюноанастомозу, який був вибраний нами за прототип [1, 2]. Спосіб полягає у тому, що через розріз у безсудинній ділянці брижі поперековоободової кишки до стравоходу підводять довгу петлю голодної кишки. На брижовий край петлі на протязі 5-6 см. накладають напівкисетний серозно-м'язовий шовковий шов. Стравохід розташовують попереду відвідної петлі кишки і підшивають до неї 3 вузловими серозно-м'язовими швами спочатку з правого боку, потім 2-3 швами позаду і, накінець, з лівого боку так, щоб останній шов був по середині напівкисетного шва. Кінець стравоходу із затискачем відвертають доверху, розсікають задню стінку стравоходу і передню стінку відвідної кишки. Зад-

(19) UA (11) 49513 (13) U

ню губу анастомоза зашивають вузловими шовковими швами через всі шари стінки стравоходу, обов'язково захоплюючи слизову оболонку стравоходу і стінки кишки. Відсікають передню напівокруглість стравоходу на затискачі і зшивають передню губу анастомозу однорядними шовковими швами, зав'язуючи вузли усередину просвіту анастомозу. У випадку поганої герметичності передньої губи анастомозу накладають другий ряд серозно-м'язових шовкових швів.

На відстані половини округлості кишки від лівого верхнього стравохідно-кишкового шва вколюють голку з шовковою ниткою через серозну і м'язову оболонки кишки, другий стіжок накладають на кишку з правого боку біля верхнього стравохідно-кишкового шва. Затягнувши цей шов, покривають привідною петлею стравохідно-кишковий анастомоз. Привідну і відвідну петлі кишки зшивають серо-серозними вузловими швами навколо анастомоза спочатку по правому краю, затягнувши заздалегідь накладений напівкисетний шов (зшивають лівий край), потім знизу. До оголених країв діафрагми біля стравохідного отвору, підхоплюючи навколостравохідну клітковину, підшивають верхній край петлі голодної кишки навколо стравохідно-кишкового анастомозу. Між привідною та відвідною петлями кишки накладають ентеро-ентероанастомоз, який фіксують окремими серозно-серозними швами до країв розрізу брижі попереково ободової кишки. Піднявши поперекову ободову кишку доверху, зшивають серо-серозними шовковими швами вхідний отвір між привідною та відвідною петлями голодної кишки та їх брижю.

Спосіб, обраний за прототип, має недоліки:

1. Складність техніки його виконання.
2. Для створення надійного езофаго-єюноанастомозу необхідно затратити багато часу.
3. При огортанні стравоходу привідною кишкою існує висока імовірність здавлення езофаго-єюноанастомозу.

Задачею заявленої корисної моделі є спрощення техніки накладання езофаго-єюноанастомозу, скорочення часу на його формування із забезпеченням його максимальної надійності та функціональності.

Технічний результат, отриманий шляхом вирішення поставленої задачі, забезпечить профілактику розвитку неспроможності швів езофаго-єюноанастомозу та скорочення часу виконання запропонованого способу операції.

Поставлену задачу досягли тим, що у відомому способі, що включає підведення довгої петлі голодної кишки через розріз у безсудинній ділянці брижі попереково ободової кишки до стравоходу, розташування стравоходу попереду відвідної петлі кишки, підшивання до неї та формування стравохідно-тонкокишкового анастомозу, який огортають петлею привідної кишки у вигляді "муфти" і формують між привідною та відвідною петлями кишки ентеро-ентероанастомоз, відповідно до корисної моделі петлю тонкої кишки проводять позадуободово і зшивають між собою привідну та відвідну кишку одним тристібковим швом на відстані 40см від дуодено-єюнального переходу у вигляді букви "Т", формуючи таким чином вертикальне та гори-

зонтальне коліна із зшитих між собою привідної та відвідної петель тонкої кишки, потім формують анастомоз між стравоходом та відвідною кишкою, розсікаючи її у поперечному напрямі на рівні тристібкового шва на товстому шлунковому зонді одиночними інвагінуючими швами через всі шари по типу "кінець в бік", який потім огортають справа наліво правою половиною горизонтального коліна кишкової дублікатури шляхом підшивання її у вигляді "муфти" одиночними серозно-м'язовими швами вище і нижче лінії сформованого езофаго-єюноанастомозу та зліва від нього.

Спосіб здійснюють таким чином. Після виконання гастректомії або екстирпації кукси шлунка петлю тонкої кишки проводять позадуободово і зшивають між собою привідну та відвідну кишку одним тристібковим швом таким чином, що перший стібок роблять біля брижового краю на відстані 40см. від дуодено-єюнального переходу, другий - відступивши від першого 8-10см., та третій - відступивши від другого 15-18см. Після зав'язування шва утворюється "Т"-подібна кишкова дублікатура, формуючи таким чином вертикальне та горизонтальне коліна із зшитих між собою привідної та відвідної петель тонкої кишки, при цьому праву половину горизонтального коліна кишкової дублікатури формують з привідної кишки і є у 2 рази довшою за ліву його половину, яка, відповідно, сформована з відвідної кишки, а вертикальне коліно кишкової дублікатури утворено привідною кишкою справа та відвідною - зліва.

Стравохід розташовують попереду відвідної кишки, після чого задню його стінку фіксують 4-5 серозно-м'язовими швами до лівої половини горизонтального коліна кишкової дублікатури так, щоб вільний кінець стравоходу був на рівні зав'язаного тристібкового шва, що є орієнтиром рівня накладання езофаго-єюноанастомозу. Розсікають відвідну кишку поперечно на рівні тристібкового шва, після чого формується езофаго-єюноанастомоз шляхом накладання одиночних інвагінуючих швів через всі шари по типу "кінець в бік".

Після цього, праву половину горизонтального коліна кишкової дублікатури підшивають одиночними серозно-м'язовими швами вище та нижче лінії сформованого стравохідно-тонкокишкового співустья, огортаючи його справа наліво, завершуючи накладання швів між правим і лівим горизонтальними колінами кишкової дублікатури зліва від езофаго-єюноанастомозу, створивши таким чином герметизуючу "муфту".

Сформована таким чином "муфта" додатково фіксує та надійно герметизує створений езофаго-єюноанастомоз між привідним та відвідним колінами кишкової дублікатури по всій округлості анастомотичного кільця, що виключає можливість натягу в зоні анастомозу та розвиток неспроможності його швів. Для профілактики здавлення езофаго-єюноанастомозу сформованою "муфтою", здійснюють його формування на товстому шлунковому зонді, який проводять через стравохід у відвідну кишку після формування задньої губи анастомозу.

Операцію завершують накладанням міжкишкового браунівського співустья на відстані 30-35см.

від сформованого езофаго-єюноанастомозу. Езофаго-єюноанастомоз до очеревини діафрагми не фіксують.

Спосіб має переваги:

1. Запропонований спосіб муфтоподібного езофаго-єюноанастомозу технічно простий у виконанні.

2. Формування езофаго-єюноанастомозу потребує невелику кількість часу, тому даний спосіб можливо застосовувати і в ургентній хірургії.

3. Сформована із тонкокишкової дублікатури "муфта", додатково фіксує створений езофаго-єюноанастомоз між привідною та відвідною кишками по всій округлості анастомотичного кільця, що виключає можливість натягу в зоні анастомозу та розвитку неспроможності його швів.

4. Формування "муфти" здійснюється на товстому шлунковому зонді, що запобігає здавленню стравохідно-тонкокишкового анастомозу.

5. Тонкокишкову "муфту" до очеревини діафрагми не фіксують, що заощаджує час операції, зменшує кількість швів, не впливаючи на частоту неспроможності швів езофаго-єюноанастомозу.

Приклади конкретних виконань.

Приклад 1. Хворий А.К.К., 60 років, госпіталізований ургентно 18.07.2007 р., у зв'язку з ознаками шлунково-кишкової кровотечі. Після проведення фіброгастродуоденоскопії у хворого виявлено дефект слизової 6,0 см. в діаметрі на кордоні тіла та кардіального відділу шлунка по малій кривизні, глибиною 1,5 см. з тромбованими судинами на дні, слизова оболонка навколо інфільтрована. Хворий клінічно, лабораторно та інструментально дообстежений. Встановлено діагноз: Рак шлунка ст. III, кл.гр. II; T3N1M0. Шлунково-кишкова кровотеча важкого ступеня. З метою передопераційної підготовки хворому проведена інфузійна поповнююча та гемотрансфузійна терапія. У ранньому відстроченому періоді 20. 07. 2007 р. виконана операція:

гастректомія з великим та малим сальниками та формуванням муфтоподібного езофаго-єюноанастомозу по запропонованій методиці. Післяопераційний період протікав гладко, без розвитку ускладнень. У задовільному стані 31. 07. 2007 р. хворий виписаний під спостереження онколога за місцем проживання.

Приклад 2. Хворий Ю.А.Д., 49 років, госпіталізований 14.03.2008 р. з ознаками шлунково-кишкової кровотечі. Після проведення фіброгастродуоденоскопії у хворого виявлено інфільтрацію слизової оболонки антрального відділу та тіла шлунка з множинними ерозіями 0,3-0,5 см., вкритих брудно-сірою поволокою. Клінічно, лабораторно та інструментально обстежений. Встановлено діагноз: Рак шлунка ст. III, кл.гр. II, T3N0M0. Операція проведена у ранньому відстроченому періоді 18.03.2008 р.: гастректомія з великим та малим сальниками та формуванням муфтоподібного езофаго-єюноанастомозу по запропонованій методиці. Післяопераційний період протікав гладко, без розвитку ускладнень. У задовільному стані 28.03.2008 р. хворий виписаний під спостереження онколога за місцем проживання.

Спосіб, що пропонується був апробований у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами і у відділенні хірургії та політравми №3 КМКЛ ШМД і показав себе як ефективний метод реконструкції шлунково-кишкового тракту після гастректомії та екстирпації куки шлунка.

Джерела інформації:

1. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко. - К. : Здоров'я, 1987. - 567 с.

2. Щепотин И. Б. Рак желудка : практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И. Б. Щепотин, С. Р. Т. Еванс. - К.: Книга плюс, 2000. - 227 с.