



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100810** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00
A61B 17/11 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2015 01792	(72) Винахідник(и): Вінник Юрій Олексійович (UA), Трунов Геннадій Віталійович (UA), Мохаммед Саєд Хуссейн Абу Хассан (UA)
(22) Дата подання заявки:	02.03.2015	(73) Власник(и): ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	10.08.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	10.08.2015, Бюл.№ 15	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СТРАВОХІДНО-КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб формування стравохідно-кишкового анастомозу, що включає з'єднання резектованого стравоходу з тонкою кишкою за принципом "кінець у бік" та накладання швів, причому усе коло співустя формують за допомогою пропонованих однорядних вузлових швів, при яких краї органів, що анастомозуються, суцільношарово з'єднують наскрізним стягуванням швів з одночасним їх укріпленням серозно-м'язовим шаром.

UA 100810 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана для формування стравохідно-кишкового анастомозу при гастректоміях.

Хірургічний метод лікування хворих на рак стравоходу та рак шлунка з поширенням на стравохід є основним і включає радикальне видалення частини стравоходу або кардіального відділу шлунка з пухлиною, заміщення видаленої частини стравоходу або кардіального відділу шлунка куксою шлунка з накладанням стравохідно-шлункового анастомозу "кінець у бік", або накладанням стравохідно-кишкового анастомозу, коли шлунок при необхідності видаляється повністю і виникає проблема формування стравохідно-кишкового анастомозу.

Особливі вимоги належать до стравохідно-кишкового анастомозу "кінець у бік", який виконують під час операції для відновлення травлення фізіологічним шляхом. Анастомоз повинен забезпечувати адекватне зіставлення органів, що анастомозуються, надійне та герметичне зшивання, зводити до мінімуму можливість виникнення у пізньому післяопераційному періоді рубцевої стриктури стравохідного анастомозу.

Відомим є спосіб формування стравохідно-шлункового анастомозу за методом Б. Петерсона (Петерсон Б.Е. Гастрэктомии, резекции кардии и резекции пищевода с аппаратом ПКС-25 / Б.Е. Петерсон // Хирургия.-1965. -№ 6. -С. 64-69), який полягає у формуванні стравохідно-шлункового анастомозу через усі шари стравоходу та шлунка за допомогою циркулярного зшиваючого апарата. Позитивним є те, що формування стравохідно-шлункового анастомозу дає можливість зшити кукси стравоходу та шлунка "кінець у бік" за допомогою зшиваючого апарата та скоротити час операції.

Недоліками способу є: високий відсоток (9,6 %) неспроможності анастомозу, а після резекції кардії -18,9 %, виникнення рубцевих стриктур анастомозів та рефлюкс езофагітів.

Відомим є спосіб формування стравохідно-шлункового анастомозу за методикою Гиляровича в модифікації О.О. Шалімова (О.О. Шалімов, В.Ф. Саєнко "Хірургія травного тракту", Київ, Здоров'я, 1987 р.). При цьому проводять горизонтальну езофагоентеропластику "кінець в бік" з використанням дворядного ручного шва з прошиванням слизової оболонки та укутуванням передньої стінки анастомозу тонкою кишкою за допомогою напівкисетного шва.

Цей спосіб має ряд недоліків. Використання дворядного шва та захват в шов слизової оболонки веде до порушення мікроциркуляції в зоні анастомозу, погіршення репаративних процесів, що може призвести до недостатності стравохідно-шлункового анастомозу та формування грубого рубця в зоні анастомозу.

Найбільш близьким та вибраним за прототип є спосіб формування стравохідно-шлункового анастомозу за методом Гиляровича-Грехема (Фокеев С.Д. Формирование инвагинационного пищевода-кишечного анастомоза при гастрэктомии по поводу рака желудка / С.Д. Фокеев, А.Ф. Лазарев // Избранные вопросы онкологии. -Барнаул, 1999. -С. 349-351), який полягає у формуванні стравохідно-кишкового анастомозу "кінець у бік" між стравоходом і відвідною петлею тонкої кишки з прошиванням слизових оболонок та подальшим загортанням привідної петлі кишки на анастомозі і зшиванням її з відвідною петлею та з утворенням тонкокишкової муфти. Кінцевим етапом операції є накладання міжкишкового анастомозу за Брауном.

Позитивним у прототипі є те, що формування стравохідно-кишкового анастомозу надає можливість зшити куксу стравоходу та тонку кишку "кінець у бік".

Недоліками прототипу є: високий відсоток виникнення ускладнень, у тому числі неспроможності анастомозу та незадовільні функціональні результати

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу формування стравохідно-кишкового анастомозу при гастректоміях, в якому за рахунок зміни характеру накладання швів досягається попередження неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу та формування рубцевих стриктур.

Поставлена задача вирішується в способі формування стравохідно-кишкового анастомозу, що включає з'єднання резектованого стравоходу з тонкою кишкою за принципом "кінець у бік" та накладання швів, згідно з корисною моделлю, усе коло співустья формують за допомогою пропонованих однорядних вузлових швів, при яких краї органів, що анастомозуються, суцільношарово з'єднують наскрізним стягуванням швів з одночасним їх укріпленням серозно-м'язовим шаром.

Позитивний ефект способу полягає в наступному: при будь-якому стані стінки стравоходу та кишки однорядні шви з певними міжшовними проміжками дозволяють по усьому колу формованого співустья цільношарово з'єднати краї органів, що анастомозуються, з одночасним укріпленням їх серозно-м'язовим шаром без прорізування тканин, що сполучаються, та їх крайового некрозу, що попереджає неспроможність швів анастомозу і його подальшу рубцеву стриктуру.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

При раку шлунка виконують гастректомію шляхом мобілізації шлунка по великій та малій кривизні з великим та малим сальником. Після перетину стравоходу на 1-2 см вище стравохідно-шлункового переходу та перетину дванадцятипалої кишки шлунок з великим та малим сальником видаляють. Куксу дванадцятипалої кишки ушивають. Петлю тонкої кишки на відстані 5 приблизно 50см від зв'язки Трейця проводять через вікно в брижі поперечної кишки та фіксують до стравоходу двома боковими швами. На вільному краю кишки електрокоагулятором формують отвір за розміром отвору стравоходу. Далі проводять вкол голки на кишці на відстані 0,5-0,6см від краю анастомозу. Нитку проводять через всі шари і виходить на слизовій оболонці. Викол голки на відстані 0,2см від краю анастомозу без захвату слизової в шов. Нитка виходить на поверхні розрізу. На протилежній губі анастомозу все здійснюють в зворотному порядку. Вкол з боку розрізу на відстані 0,2см від краю анастомозу без захвату слизової в шов, викол на слизовій оболонці. Другий вкол з боку слизової через всі шари на відстані 0,7-0,8см від краю анастомозу. При затягуванні нитки змикаються кінці слизової оболонки та серозно-м'язового шару не травмуючи підслизовий шар, де проходять судини. Цим досягається первинний механічний герметизм та складаються умови для мінімального порушення мікроциркуляції в зоні анастомозу. На задню губу анастомозу накладаються 3-4 таких шви, по одному шву на бокові поверхні, та 3-4 шва на передню губу. При необхідності передня губа анастомозу може бути укрита привідним та відвідним колінами кишки, які зшиваються.

Приклад. Хворий Т., 64 років, оперований з приводу раку тіла шлунка (Т3N0M0). Зроблена верхня серединна лапаротомія. Мобілізовані шлунок, сальники, абдомінальний відділ стравоходу. Виконана гастректомія з пухлиною. Кукса дванадцятипалої кишки ушита. Петля тонкої кишки на відстані приблизно 50см від зв'язки Трейця проведена через вікно в брижі поперечної кишки та фіксована до стравоходу двома боковими швами. Щоб уникнути небажаних післяопераційних ускладнень співустя анастомозу сформоване за допомогою однорядних швів за пропонованою методикою. На вільному краю кишки електрокоагулятором сформовано отвір за розміром отвору стравоходу. Далі проведено вкол голки на кишці на відстані 0,5-0,6см від краю анастомозу. Нитка проведена через всі шари і вийшла на слизовій оболонці. Викол голки на відстані 0,2 см від краю анастомозу без захвату слизової в шов. Нитка виведена на поверхні розрізу. На протилежній губі анастомозу все проведено в зворотному порядку. Вкол з боку розрізу на відстані 0,2с м від краю анастомозу без захвату слизової в шов, викол на слизовій оболонці. Другий вкол з боку слизової через всі шари на відстані 0,7-0,8см від краю анастомозу. При затягуванні нитки з'єднались кінці слизової оболонки та серозно-м'язового шару не травмуючи підслизовий шар, де проходять судини. Цим був досягнутий первинний механічний герметизм та складені умови для мінімального порушення мікроциркуляції в зоні анастомозу. На задню губу анастомозу накладено 4 таких шви, по одному шву на бокові поверхні, та 4 шви на передню губу. Передня губа анастомозу укрита привідним та відвідним колінами кишки, які зшилися.

Післяопераційний період у хворого без ускладнень. Рідку їжу він почав приймати на четверту добу. Шви зняті на десятю добу та хворий виписаний з клініки в задовільному стані. Оглянутий через місяць. Стан пацієнта задовільний, скарг немає. При контрольній ендоскопії анастомоз вільно прохідний для ендоскопа, слизова оболонка складчаста, рухлива. Даних за місцевий рецидив не виявлено.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування стравохідно-кишкового анастомозу, що включає з'єднання резектованого стравоходу з тонкою кишкою за принципом "кінець у бік" та накладання швів, який **відрізняється** тим, що усе коло співустя формують за допомогою пропонованих однорядних вузлових швів, при яких краї органів, що анастомозуються, суцільношарово з'єднують наскрізним стягуванням швів з одночасним їх укріпленням серозно-м'язовим шаром.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601