



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3498

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ЕКСТИРПАЦІЇ КУКСИ ШЛУНКА
ТА ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) 2004032223

(22) 26.03.2004

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Бардаков Григорій Григорович, Єрко Іван Петрович

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

(57) Спосіб реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукси шлунка та гастректомії, що включає мобілізацію порожньої кишки по Ру-Герцену, накладення інвагінаційного антирефлюксного позаду ободового стравохідно-кишкового анастомозу з проведенням інвагінуючих кетгутових

2

ниток через отвір у порожній кишці та формування міжкишкового У-подібного кінце-бокового анастомозу між привідною і відвідною петлями кишок, який **відрізняється** тим, що надлишок слизово-підслизового шару відсікають з боку кінця відвідного відрізка кишки, на відстані 30-35 см нижче стравохідно-кишкового анастомозу виводять по дві кетгутові нитки для інвагінації стравоходу у порожню кишку через отвір у порожній кишці, який потім використовують для формування міжкишкового анастомозу, а зовнішній ряд швів стравохідно-кишкового анастомозу формують П-подібними швами.

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

Проблема реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукси шлунка та гастректомії залишається актуальною, тому що хоч і існує багато способів формування стравохідно-кишкових анастомозів, але кожен із них має як позитивні характеристики, так і недоліки. В кожній лікарні використовують 1-2 способи стравохідно-кишкового анастомозу, які відпрацьовані роками й у руках досвідченого хірурга мають найменшу частоту неспроможності швів анастомозу. Намагаючись вдосконалити спосіб, автори удаються до технічно складних прийомів із застосуванням більшої кількості швів, що не завжди дозволяє впровадити цей метод в інших лікувальних установах.

Незважаючи на значний прогрес в області хірургії шлунка, великої кількості розроблених методик, ця проблема вимагає удосконалення підходів до реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпації кукси шлунка та гастректомії.

Відомий спосіб накладення стравохідно-кишкового анастомозу був узятий нами за прототип [1,2]. Спосіб полягає у тому, що при завер-

шальному етапі гастректомії циркулярне розсікають скальпелем м'язову оболонку стравоходу. По нижньому краю скороченої м'язової манжетки перетинають слизово-підслизовий шар. Порожню кишку мобілізують по Ру-Герцену, пересікають між двома затискачами, її абсоральний відрізок проводять через вікно в брижі поперечно-ободової кишки, з боку проксимального кінця звільняють від брижі протягом 2 - 2,5 см. У просвіт кишкового трансплантата вводять голкотримач із голкою, у яку заряджені дві кетгутові нитки. На відстані 15 см від краю кишки проколом її передньої стінки голку з нитками виводять назовні. Задню стінку стравоходу й кишки через усі шари прошивають 4-6 провізорними швами, кінці яких беруть на затискачі. Кінцями раніше проведених кетгутових ниток прошивають через усі шари кишки з стравоходом з обох боків. Зближують стравохід із кишкою, зав'язують нитки, зрізують всі, крім кетгутових по одній з кожного боку. Вузовими швами усередину формують передню стінку анастомозу. Натягуючи дві кетгутові нитки, кишку муфтоподібно наворачтають на стравохід, який інвагінують у кишку на глибину 2 см. Формують зовнішній ряд вузових серозно-м'язових швів у кількості 6-8, що накладають у косому напрямку. Кишку в зоні анастомозу підшивають до діафрагмального листка очеревини. Кетгутові нитки зрізують, місце проколу

(13) U

(11) 3498

(19) UA

кишки вшивають. Безперервність тонкої кишки між оральним і аборальним відрізками відновлюють кінце-боковим У-подібним анастомозом. Спосіб, вибраний за прототип, має недоліки:

1. При передсканні кишки на одному рівні надлишок слизово-підслизового шару може вивертатися назовні й утрудняти формування внутрішнього ряду швів стравохідно-кишкового анастомозу.

2. Уведення голкотримача з голкою в порожню кишку на глибину 15 см може травмувати кишку з боку слизової за ходом руху голки.

3. У відповідній кишці є додаткове слабке місце між стравохідно-кишковим і міжкишковим анастомозами - зашитий прокол кишки, де виводились кетгуттові нитки.

4. При зав'язуванні бічних кетгуттових швів є незручність, коли один кінець нитки вільний, а інший прошитий через стінку кишки.

5. Для інвагінації стравоходу у кишку натягують лише по одній кетгуттовій нитці з кожного боку (короткий кінець нитки після зав'язування лігатури зрізають), що може приводити до розв'язування вузлів чи розриву ниток.

6. Зовнішній ряд швів накладають вузловими серозно-м'язевими швами в косому напрямку, які нерідко прорізуються при зав'язуванні, та потребують

накладення у більшій кількості (6-8) для адекватної герметичності анастомозу.

Задачею заявленої корисної моделі є спростити спосіб формування інвагінаційного анастомозу зі збереженням його надійності.

Технічний результат, отриманий від вирішення поставленої задачі, буде полягати у забезпеченні профілактики неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу, скороченні часу оперативного втручання.

Поставлену задачу досягли тим, що у відомому способі, який включає мобілізацію порожньої кишки по Ру-Герцену, накладення інвагінаційного антирефлюксного позаду ободового стравохідно-кишкового анастомозу з проведенням інвагінуючих кетгуттових ниток через отвір у порожній кишці та формування міжкишкового У-подібного кінце-бокового анастомозу між привідною і відвідною петлями кишок, відповідно до корисної моделі надлишок слизово-підслизового шару відсікають з боку кінця відвідного відрізка кишки, на відстані 30-35 см нижче стравохідно-кишкового анастомозу виводять по дві кетгуттові нитки з кожного боку для інвагінації стравоходу у порожню кишку через отвір у порожній кишці, який потім використовують для формування міжкишкового анастомозу, а зовнішній ряд швів стравохідно-кишкового анастомозу формують П-подібними швами.

Сутність способу пояснюється рисунками, де на Фіг. 1 зображено відсікання надлишку слизово-підслизового шару кінця кишки, яка буде анастомозована зі стравоходом на рівні скороченої серозно-м'язової манжетки та затискача; на Фіг. 2 зображено затискач, заведений через отвір у порожній кишці, який захоплює кетгуттові нитки через отвір у передній стінці анастомозу; на Фіг. 3 зображено накладення П-подібних швів між стравохо-

дом і кишкою; на Фіг. 4 зображено насування рукою кишки на стравохід у вигляді муфти при натягуванні кетгуттових ниток.

Спосіб здійснюють таким чином. Після виконання гастректомії або екстирпації кукси шлунка мобілізують порожню кишку по Ру-Герцену.

Аборальний відрізок кишки, що буде анастомозований зі стравоходом, звільняють від брижі протягом 3 см для можливості інвагінації стравоходу, ділянка орального відрізка кишки - протягом 1 см для накладення У-подібного кінце-бокового анастомозу з аборальним відрізком. При пересіканні кишки затискач накладають тільки на оральний відрізок. Скальпелем циркулярне розсікають серозно-м'язовий шар. Кишку натягують за аборальний відрізок, розправляючи складки слизово-підслизового шару, його надлишок до 10-15 мм відсікають на рівні скороченої серозно-м'язової манжетки і вздовж краю затискача (Фіг. 1). Аборальний відрізок укривають серветкою і проводять через вікно в брижі поперечно-ободової кишки. Задню стінку стравоходу й кишки через усі шари прошивають нитками довжиною 60-70 см у кількості 6-7. Бічні нитки накладають кетгуттом № 4. Кишку тупфером зсовують до стравоходу по нитках, які після цього зав'язують, зрізають всі крім кетгуттових, які тепер мають по два кінці з кожного боку. На передню стінку анастомозу накладають по 2 шви із кожного боку вузлами всередину. По дві кетгуттові нитки з кожного боку беруть разом на затискач. На відстані 30-35 см від стравохідно-кишкового анастомозу нижче брижі поперечно-ободової кишки порожню кишку ізолюють від черевної порожнини серветками і розсікають по протилежній брижі стороні в продольному напрямку до 5 мм. В отвір у напрямку до стравохідно-кишкового анастомозу вводять довгий затискач, нанизуючи на нього кишку. Браншами затискача через отвір по передній стінці стравохідно-кишкового анастомозу захоплюють кетгуттові нитки (Фіг. 2), витягають через отвір у кишці, перехоплюють іншим затискачем (Фіг. 4), надлишок ниток відсікають, кишку обгортають серветкою. Накладають 4-5 серозно-м'язових П-подібних швів між стравоходом і кишкою (Фіг. 3), їх кінці беруть на затискачі. Охопивши рукою кишку, останню насувають у вигляді муфти на стравохід при натягуванні кетгуттових ниток (Фіг. 4). По черзі зав'язують П-подібні шви, формуючи манжетку анастомозу. Стравохідно-кишковий анастомоз до очеревини діафрагми не фіксують. Кетгуттові нитки

відсікають біля отвору в кишці, що розширюють до 2 см і використовують для формування У-подібного кінце-бокового анастомозу між оральним і аборальним відрізками порожньої кишки. Спосіб має переваги:

1. З боку кінця аборального відрізка кишки відсікають надлишок слизово-підслизового шару, який при одномоментному пересіканні кишки нерідко вивертатися назовні й утрудняє накладення внутрішнього ряду швів стравохідно-кишкового анастомозу.

2. Отвір для проведення кетгуттових ниток використовують для міжкишкового анастомозу, що виключає потребу робити й ушивати прокол кишки

між стравохідно-кишковим і міжкишковим анастомозами.

3. Для інвагінації стравоходу у кишку з кожного боку використовують не по одному, а по два кінці кетгутових ниток, що попереджує розв'язання вузлів при натягуванні та дозволяє натягнути кишку на стравохід без загрози розриву ниток.

4. Спочатку накладають зовнішній ряд П-подібних швів у кількості 4-5 по всій окружності анастомозу, а потім інвагінують стравохід у кишку з наступним зав'язуванням вузлів - це дозволяє візуально контролювати однаковий рівень накладення швів і відстань між ними.

5. П-подібними швами стінку стравоходу прошивають перпендикулярно напрямку продольних волокон зовнішнього м'язового шару, що попереджує його розшаровування; зав'язування П-подібних швів, на відміну від звичайних вузлових, полегшує інвагінацію стравоходу в кишку без погрози прорізання швів; кількість чотирьох-п'яти П-подібних швів не погіршує кровопостачання кишки при зав'язуванні лігатур і забезпечує надійну герметичність.

6. Порожню кишку не фіксують до очеревини діафрагми, що зменшує кількість швів, не впливаючи на частоту неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу.

Приклади конкретних виконань.

Хворий Р.Н.К., 67 років, госпіталізований 22.12.03 р., діагноз: рТ3N2M0G3 Рак кукси шлунка IIIB ст. II кл. гр. 31.12.03 виконана операція: реконструктивна екстирпація кукси шлунка. Верхньо-серединна лапаротомія. Мобілізація кукси шлунка, стравоходу привідної й відвідної кишки з брижею. Препарат видалено. Оральний відрізок порожньої кишки довжиною до 6 см від дуоденоюнального вигину. Аборальний відрізок кишки анастомозований зі стравоходом за вищеописаною методикою. У 25 см від стравохідно-кишкового анастомозу сформовано У-подібний кінце-боковий анастомоз між оральним і аборальним відрізками порожньої

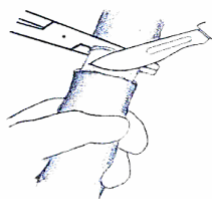
кишки дворядним міжкишковим швом. Ушиті вікна між оральним і аборальним відрізками порожньої кишки та між аборальним відрізком і вікном у брижі ободової кишки. Проведено курс ад'ювантної хіміотерапії. Післяопераційний період без ускладнень.

Хворий Ш.И.Ф., 68 років, госпіталізований 19.01.00 р., діагноз: рТ3N1M0G1 Рак нижньої 1/3 тіла шлунка III ст. Стан після субтотальної дистальної резекції шлунка по Бальфуру 22.01.1999 р. Рецидив раку в куксі шлунка з поширенням на хвіст підшлункової залози й ворота селезінки II кл. гр. 24.01.00 р. виконана комбінована реконструктивна екстирпація кукси шлунка зі спленектомією і резекцією хвоста підшлункової залози. Післяопераційний період без ускладнень. Проведено курс променевої терапії на ділянку видаленої пухлини в сумарній вогнищевій дозі 40 Грей.

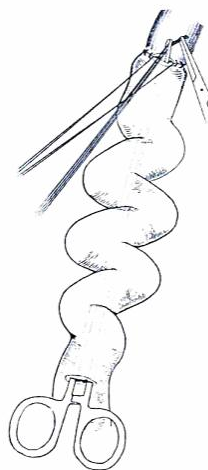
З 1994 по 2003 рр. виконано 529 стравохідно-кишкових анастомозів: 511 - після гастректомії, у тому числі з резекцією стравоходу торакоабдомінальним доступом, та 18 - після екстирпацій кукси шлунка. Ускладнення: у 1 - некроз анастомозованої зі стравоходом кишки, у 3 - гостра виразка з перфорацією анастомозованої кишки, у 3 - неспроможність швів стравохідно-кишкового анастомозу. Після реконструктивних екстирпацій кукси шлунка ускладнень із боку стравохідно-кишкового анастомозу не було. Спосіб, що пропонується, був апробований у відділенні абдомінальної хірургії Чернігівського обласного онкологічного диспансеру і показав себе як ефективний метод реконструкції шлунково-кишкового тракту після екстирпацій кукси шлунка та гастректомії.

Список літератури:

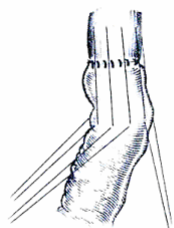
1. Цацаниди К.Н., Богданов А.В. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы. - Москва. - 1969. 176 с.
2. Цацаниди К.Н. Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. - 1965.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4