

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 21733

(13) С1

(46) 2018.04.30

(51) МПК

A 61B 17/11 (2006.01)

## (54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

(21) Номер заявки: а 20150550

(22) 2015.11.11

(43) 2017.06.30

(71) Заявитель: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова" (ВУ)

(72) Авторы: Малькевич Виктор Тихонович; Ильин Илья Анатольевич; Приступа Дмитрий Валерьевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова" (ВУ)

(56) ШАЛИМОВ А.А. и др. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. - М.: Медицина, 1975. - С. 70-75.

RU 2387385 С1, 2010.

RU 2248759 С2, 2005.

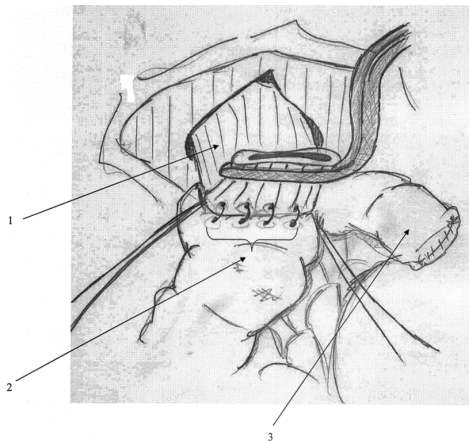
KZ 13860 А, 2004.

ЕЛЬЧИБАЕВ Б.М. Совершенствование эзофагоэнтероанастомоза в гастрохирургии: Автореф. дис. - Семипалатинск, 2006. - С. 10-13, 18-19.

ПОЛИКАРПОВ С.А. и др. Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. - 2008. - № 9. - С. 56-60.

(57)

Способ формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза после гастрэктомии, включающий наложение анастомоза по типу конец пищевода в бок отводящей петли тонкой кишки, отличающийся тем, что ряд швов передней губы анастомоза укрывают сегментом тонкой кишки, расположенным проксимальнее зоны анастомоза, и подшивают его отдельными узловыми серозно-адвентициально-мышечными швами.



Фиг. 1

Изобретение относится к области медицины, в частности к онкологии, а именно к хирургическому лечению рака желудка.

Известен способ формирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза по Гиляровичу в модификации Шалимова [1]. К пищеводу подводят петлю тонкой кишки. На брыжечный край петли на протяжении 5-6 см накладывают полукишечный серозно-мышечный шов. Пищевод укладывают спереди отводящей петли кишки и подвешивают к ней тремя серозно-мышечными швами сначала сзади, затем с правой стороны и 2-3 швами с левой стороны так, чтобы последний шов был на середине полукишечного шва. Конец пищевода зажимом отворачивают вверх, заднюю стенку пищевода подшивают к кишке тремя П-образными серозно-мышечными швами. Рассекают заднюю стенку пищевода и переднюю стенку отводящей кишки. Заднюю губу анастомоза сшивают узловатыми швами через все слои стенки пищевода с обязательным захватом слизистой оболочки пищевода и стенки кишки. Отсекают переднюю полуокружность пищевода на зажиме и формируют переднюю губу анастомоза однорядными швами с завязыванием узлов внутрь просвета анастомоза. В случае плохой герметичности передней губы анастомоза накладывают второй ряд серозно-мышечных швов. На расстоянии половины окружности кишки от левого верхнего пищеводнокишечного шва проводят иглу с нитью через серозу и мышечную оболочку кишки. Вторым стежком проводят на кишке справа у верхнего пищеводно-кишечного шва. Затягивая этот шов, покрывают приводящей петлей пищеводно-кишечный анастомоз. Приводящую и отводящую петли кишки сшивают серо-серозными узловыми швами вокруг анастомоза сначала по правым соприкасающимся краям, потом затягивают наложенный полукишечный шов (сшивая левый край) и наконец снизу.

Недостатком описанного способа является развитие функциональных расстройств, проявляющихся нарушением проходимости по пищеводно-тонкокишечному анастомозу и возникновением рефлюкс-эзофагита.

Задачей заявляемого в качестве изобретения способа является снижение риска развития функциональных расстройств (рефлюкс-эзофагита и нарушения проходимости по пищеводно-кишечному анастомозу) у пациентов после гастрэктомии.

Поставленная задача достигается путем реконструктивного этапа операции. После гастрэктомии выполняют реконструктивный этап операции. Пересекают петлю тонкой кишки на расстоянии около 30 см от связки Трейтца. Отводящую петлю тонкой кишки подводят к культе пищевода через разрез в бессосудистой зоне брыжейки толстой кишки. Наложение пищеводно-тонкокишечного анастомоза осуществляют по типу конец пищевода в бок отводящей петли тонкой кишки таким образом, чтобы сохранить сегмент тонкой кишки проксимальнее зоны анастомоза. Впоследствии данным сегментом укрывают ряд швов передней губы анастомоза, подшивая его отдельными узловыми серозно-адвентициальномышечными швами.

Способ осуществляют следующим образом. После гастрэктомии выполняют реконструктивный этап операции. Пересекают петлю тонкой кишки на расстоянии около 30 см от связки Трейтца. Отводящую петлю тонкой кишки подводят к культе пищевода 1 через разрез в бессосудистой зоне брыжейки толстой кишки. Наложение пищеводно-тонкокишечного анастомоза осуществляют по типу конец пищевода в бок отводящей петли тонкой кишки таким образом, чтобы сохранить сегмент тонкой кишки проксимальнее зоны анастомоза 3, которым впоследствии укрывают первый ряд швов передней губы анастомоза. Накладывают первый 2 и второй ряды 4 отдельных узловых швов на заднюю губу анастомоза между культей пищевода и передней стенкой кишки, затем первый ряд 5 на переднюю губу. Далее иглой с нитью проводят через серозную и мышечную оболочки кишки у верхнего края аппаратного шва на культе кишки, вторым стежком проводят на кишке справа от пищеводно-кишечного анастомоза 6. Затягивая этот шов, сегментом кишки укрывают первый ряд швов передней губы анастомоза. Далее накладывают отдельные узловыми серозно-адвентициально-мышечными швами на стенки кишки и пищевода

сверху 7, 8, справа 9, 10 и снизу 11, 12 от первого ряда швов передней губы, полностью укрывая этот ряд швов.

Преимущества предлагаемого способа:

- 1) обеспечение герметичности анастомоза за счет укрытия первого ряда швов передней губы анастомоза проксимальным сегментом кишки;
- 2) профилактика деформации просвета кишки;
- 3) снижение риска инфицирования перианастомотического пространства;
- 4) предотвращение развития рефлюкс-эзофагита.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

- 1) наложение пищеводно-тонкокишечного анастомоза с сохранением проксимального сегмента кишки;
- 2) поворот и укрытие проксимальным сегментом тонкой кишки зоны пищеводно-тонкокишечного анастомоза;
- 3) формирование анастомоза по типу конец пищевода в бок противобрыжеечной части тонкой кишки;
- 4) формирование отдельных узловых серозно-адвентициально-мышечных швов на стенке кишки и пищевода сверху, справа и снизу от первого ряда швов передней губы.

Сущность предлагаемого способа поясняется следующими фигурами.

На фиг. 1 изображено формирование первого ряда швов на задней губе пищеводно-тонкокишечного анастомоза, где 1 - культя пищевода; 2 - первый ряд швов задней губы пищеводно-тонкокишечного анастомоза; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки.

На фиг. 2 изображено формирование второго ряда швов на задней губе пищеводно-тонкокишечного анастомоза, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 4 - второй ряд швов задней губы пищеводно-тонкокишечного анастомоза.

На фиг. 3 изображено укрытие анастомоза сохраненным проксимальным сегментом тонкой кишки, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 5 - первый ряд швов на передней губе пищеводно-тонкокишечного анастомоза; 6 - места вкола и выкола стежка перед укрытием анастомоза сохраненным проксимальным сегментом кишки.

На фиг. 4 изображен внешний вид анастомоза после его укрытия сохраненным проксимальным сегментом тонкой кишки, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки.

На фиг. 5 изображено формирование серозно-адвентициально-мышечных швов для укрытия анастомоза сверху, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 7 - места вкола и выкола иглы во время формирования серозно-адвентициально-мышечных швов для укрытия анастомоза сверху.

На фиг. 6 изображено формирование серозно-мышечных швов для укрытия анастомоза справа, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 8 - сформированные серозно-адвентициально-мышечные швы в верхней части анастомоза; 9 - места вкола и выкола иглы во время формирования серозно-мышечных швов для укрытия анастомоза справа.

На фиг. 7 изображено формирование серозно-мышечных швов для укрытия анастомоза снизу, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 8 - сформированные серозно-адвентициально-мышечные швы в верхней части анастомоза; 10 - сформированные серозно-мышечные швы в правой части анастомоза; 11 - места вкола и выкола иглы во время формирования серозно-мышечных швов для укрытия анастомоза снизу.

На фиг. 8 изображен окончательный вид анастомоза, где 1 - культя пищевода; 3 - сохраненный проксимальный сегмент тонкой кишки; 8 - сформированные серозно-

адвентициально-мышечные швы в верхней части анастомоза; 10 - сформированные серозно-мышечные швы в правой части анастомоза; 12 - сформированные серозно-мышечные швы в нижней части анастомоза.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим примером.

Пациентка О., 78 лет, история болезни № 3243/14, находилась на лечении в РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова с 24.02 по 10.03.2014 г. Диагноз: аденокарцинома пищеводно-желудочного перехода, III тип по Зиверту, pT3N0M0, стадия IIB (TNM 8-е издание).

26.02.2014 г. произведена гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода комбинированным левосторонним лапароторакофреникотомным доступом. При формировании пищеводно-тонкокишечного анастомоза применен способ, описанный выше.

Выполнена гастрэктомия. В ходе реконструктивного этапа операции произведено аппаратное пересечение петли тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца. Отводящий конец тонкой кишки подведен через бессосудистую зону брыжейки толстой кишки к культе пищевода и сформирован пищеводно-тонкокишечный анастомоз по вышеописанному способу (фиг. 1-8).

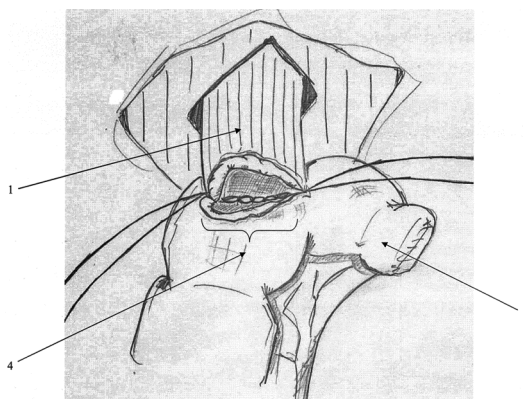
Послеоперационный период протекал без осложнений.

При эндоскопическом контроле через два месяца после операции признаков рефлюкс-эзофагита и диспепсических расстройств не выявлено.

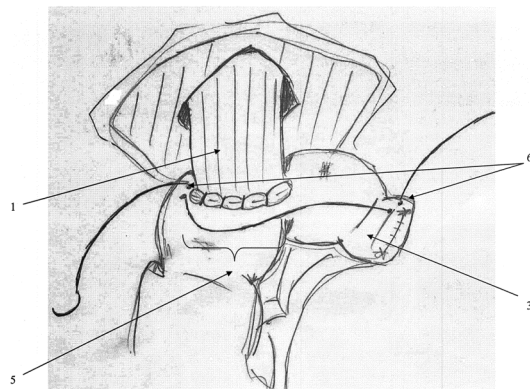
Таким образом, предлагаемый способ формирования пищеводнотонкокишечного анастомоза позволяет снизить риск развития рефлюксэзофагита и нарушения проходимости по пищеводно-тонкокишечному анастомозу после выполнения гастрэктомии.

Источники информации:

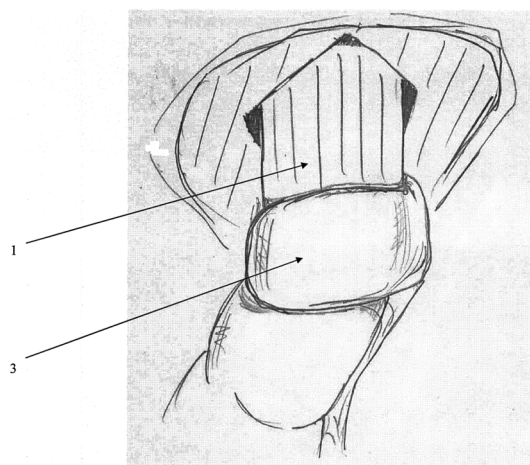
1. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на пищеводе, желудке и 12-перстной кишке. - М.: Медицина, 1975. - С. 70-75.



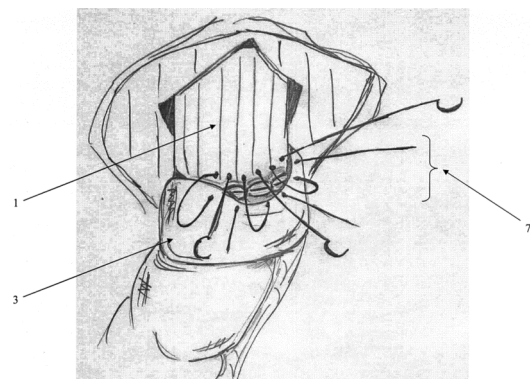
Фиг. 2



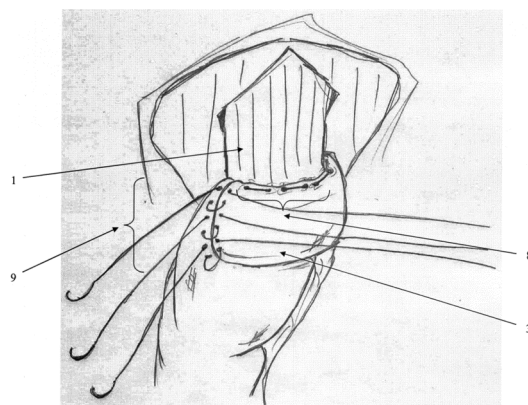
Фиг. 3



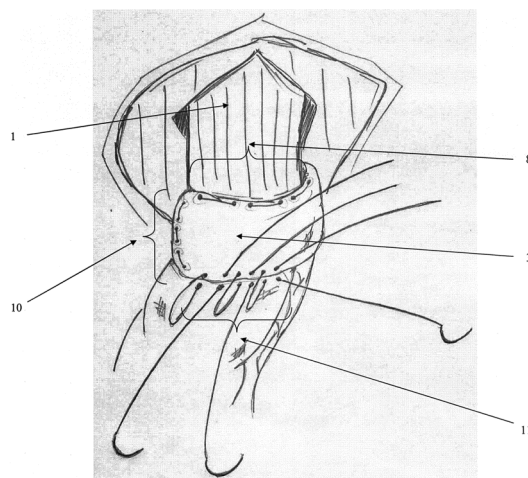
Фиг. 4



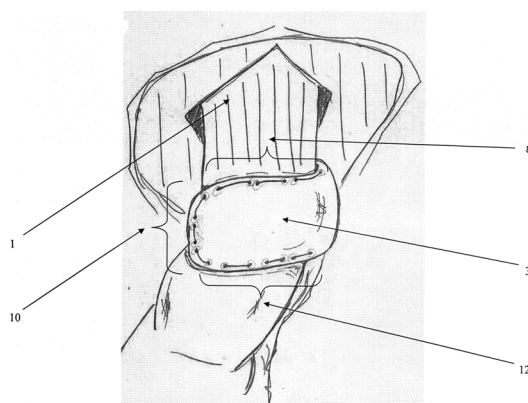
Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8