

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 17524

(13) С1

(46) 2013.08.30

(51) МПК

A 61B 17/00 (2006.01)

## (54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

(21) Номер заявки: а 20110371

(22) 2011.03.25

(43) 2012.10.30

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

(72) Авторы: Малькевич Виктор Тихонович; Оситрова Людмила Ивановна; Коробач Сергей Степанович; Баранов Андрей Юрьевич; Петрушко Наталья Михайловна; Ильин Илья Анатольевич (ВУ)

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

(56) RU 2183427 С2, 2002.

МИГУНОВ В.Е. Тонкокишечный анастомоз в терминальном отделе подвздошной кишки у детей: Автореф. дис. - Иркутск, 1996. - С. 15-23.

RU 2071277 С1, 1997.

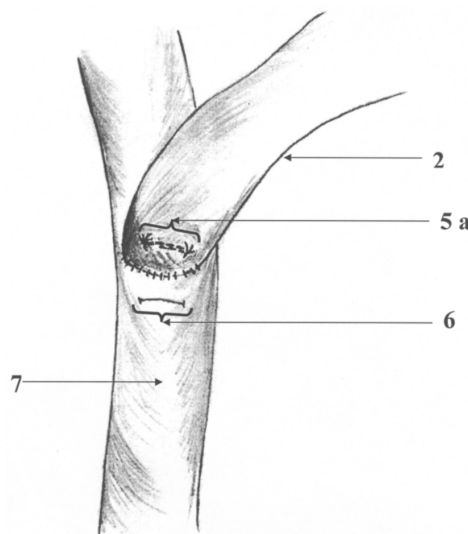
ШУЛЕЙКО А.Ч. и др. Медицина. - 2008. - № 3. - С. 61-66.

RU 2155539 С2, 2000.

RU 2262896 С2, 2005.

(57)

Способ формирования межкишечного анастомоза, заключающийся в том, что выполняют аппаратное пересечение тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца, накладывают два погружных кисетных шва с захватом линии скрепочного шва одним стежком по краям на пересеченном конце приводящей петли тонкой кишки, уменьшая длину скрепочного шва, и формируют щелевидный инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец приводящей петли тонкой кишки в бок противобрыжеечной стенки анастомотической петли тонкой кишки путем рассечения слоев противобрыжеечной стенки в поперечном направлении.



Фиг. 3

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

Известен способ наложения межкишечного анастомоза, при котором пересекают тощую кишку. Ушивают оба ее конца. Формируют поперечный межкишечный анастомоз по типу бок в бок между проксимальным отрезком тощей и дистальным отделом подвздошной кишок. Фиксируют швами ушитый конец тощей кишки к выключенной части подвздошной кишки за анастомозом в продольном направлении. Деформируют швами стенку выключенной части подвздошной кишки таким образом, чтобы частично перекрыть ее просвет [1].

Недостатком способа является развитие функциональных расстройств, проявляющихся нарушением проходимости пищи по отводящей петле тонкой кишки и возникновением рефлюкс-эзофагита.

Задачей заявляемого в качестве изобретения способа является снижение риска развития функциональных расстройств (рефлюкс-эзофагита и нарушения проходимости пищи по отводящей анастомотической петле тонкой кишки) у пациента после гастрэктомии.

Поставленная задача достигается путем реконструктивного этапа операции. Выполняют аппаратное пересечение тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца. По краям скрепочного шва на пересеченном конце приводящей петли тонкой кишки накладывают боковые кисетные швы. Таким образом уменьшают длину скрепочного шва. Затем формируют щелевидный (на 1/3 периметра) анастомоз по типу конец приводящей петли в бок противобрыжеечной стенки анастомотической петли тонкой кишки путем рассечения ее слоев в поперечном направлении.

Предложен способ формирования межкишечного анастомоза.

Способ осуществляют следующим образом. Выполняют гастрэктомию. В ходе реконструктивного этапа операции выполняют аппаратное пересечение тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца. По краям скрепочного шва на пересеченном конце приводящей петли тонкой кишки накладывают погружные кисетные швы с захватом линии скрепочного шва одним стежком. Таким образом уменьшают длину скрепочного шва. Затем формируют щелевидный (на 1/3 периметра) инвагинационный двухрядный анастомоз по типу конец приводящего отдела тонкой кишки в бок противобрыжеечной стенки анастомотической петли тонкой кишки путем рассечения ее слоев в поперечном направлении.

Преимущества предлагаемого способа:

1) профилактика расстройств микроциркуляции кишечной стенки в зоне анастомоза, так как не пересекаются сосуды брыжейки отводящей петли тонкой кишки;

2) снижение риска инфицирования зоны анастомоза и перианастомотического пространства;

3) создание благоприятных условий при формировании линейного участка для наложения первого (внутреннего) ряда швов;

4) увеличение площади серозной оболочки для создания первого ряда серозно-мышечных швов;

5) создание условий для формирования второго ряда серозно-мышечных швов вдали от брыжеечных сосудов;

6) создание условий для инвагинации внутреннего ряда сквозных швов;

7) сформированный анастомоз не деформирует отводящую петлю и не нарушает проходимость пищи;

8) обеспечение резервуарной функции для пищеварительных соков в двенадцатиперстно-тощекишечном сегменте и снижение риска развития рефлюкс-эзофагита;

9) фиксация погружной части скрепочного шва, что позволяет избежать выворачивания при наложении внутреннего ряда швов анастомоза и препятствует забросу пищи в приводящую петлю.

Отличительные признаки предлагаемого способа:

# ВУ 17524 С1 2013.08.30

- 1) аппаратное пересечение тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца;
- 2) наложение по краям скрепочного шва на приводящей петле тонкой кишки погружных кисетных швов;
- 3) захват скрепочной линии шва одним стежком при формировании боковых погружных кисетных швов и уменьшение длины скрепочного шва;
- 4) формирование щелевидного (на 1/3 периметра) инвагинационного двухрядного анастомоза по типу конец приводящей петли тонкой кишки в бок противобрыжеечной стенки анастомотической петли тонкой кишки путем рассечения ее слоев в поперечном направлении.

Сущность предлагаемого способа поясняется следующими фигурами.

На фиг. 1 показано аппаратное пересечение тощей кишки в 30 см от связки Трейтца с формированием двухрядного скрепочного шва и рассечением тканей между ними, где 1 - отводящая петля тонкой кишки; 2 - приводящая петля тонкой кишки.

На фиг. 2 показано сужение зоны скрепочного шва приводящей петли тонкой кишки (вид сверху), где 3 - анастомозируемый конец приводящей петли тонкой кишки; 4 - боковые погружные кисетные швы по краям скрепочного шва с захватом линии скрепочного шва одним стежком; 4а - лигатуры, формирующие боковые погружные кисетные швы; 5 - линия скрепочного шва; 5а - суженная линия скрепочного шва.

На фиг. 3 показано наложение двухрядного межкишечного анастомоза по типу конец приводящей петли тонкой кишки в бок противобрыжеечной стенки отводящей петли, где 2 - приводящая петля тонкой кишки; 5а - суженная линия скрепочного шва; 6 - поперечное рассечение противобрыжеечной стенки отводящей петли тонкой кишки; 7 - противобрыжеечная стенка отводящей петли тонкой кишки.

На фиг. 4 показан поперечный разрез через межкишечный анастомоз, где 1 - отводящая петля тонкой кишки; 2 - приводящая петля тонкой кишки; 8 - брыжейка тонкой кишки.

Предложенный способ подтверждается следующим клиническим примером.

Пациент М., 47 лет, история болезни № 17643/09, находился на лечении в онкологическом торакальном отделении № 1 РНПЦ ОМР им. Н.Н.Александрова с 13.11 по 15.12.2009 г. Диагноз: гастроэзофагеальный рак, рТ3N0M0G4R0 стадия 2.

23.11.2009 г. произведена гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода доступом по Гэрлоку. При формировании межкишечного соустья применена методика, описанная выше.

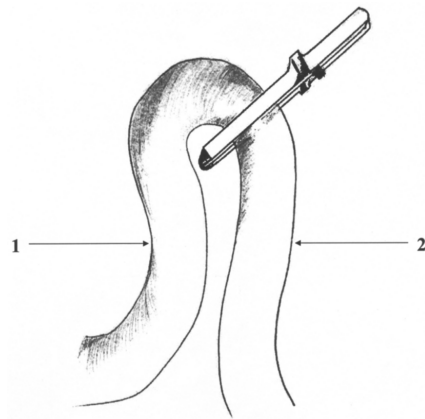
Выполнена гастрэктомия. В ходе реконструктивного этапа операции произведено аппаратное пересечение тонкой кишки в 30 см от связки Трейтца (фиг. 1). По краям скрепочного шва на анастомозируемом конце приводящей петли тонкой кишки (фиг. 2: 3) наложены погружные кисетные швы с захватом линии скрепочного шва одним стежком (фиг. 2: 4, 4а). Таким образом уменьшена длина скрепочного шва (фиг. 2: 5, 5а). Затем сформирован щелевидный (на 1/3 периметра) инвагинационный двухрядный анастомоз (фиг. 3 и 4) по типу конец приводящего отдела тонкой кишки (фиг. 3: 2) в бок противобрыжеечной стенки анастомотической петли тонкой кишки (фиг. 3: 7) путем рассечения ее слоев в поперечном направлении (фиг. 3: 6).

Послеоперационный период протекал без осложнений. При эндоскопическом контроле через два месяца признаков рефлюкс-эзофагита и диспепсических расстройств не выявлено.

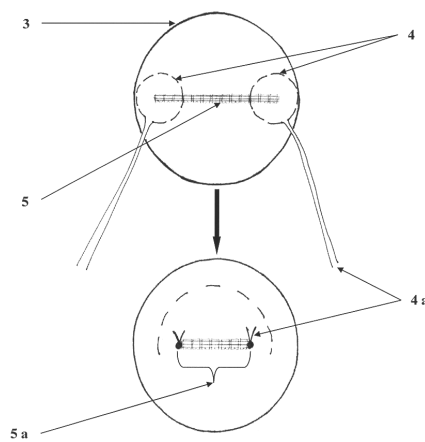
Таким образом, предлагаемый способ формирования межкишечного анастомоза позволяет снизить риск развития рефлюкс-эзофагита и нарушения проходимости пищи по отводящей анастомотической петле после выполнения гастрэктомии.

Источники информации:

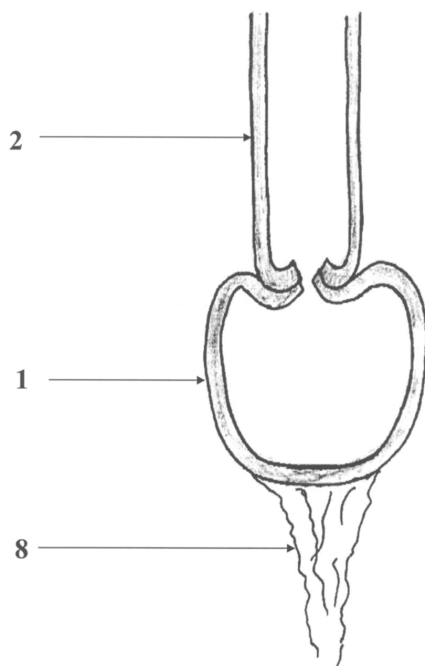
1. Патент RU 2183427, МПК<sup>7</sup> А 61В 17/00, А 61В 17/11.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 4