



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **483**

(51) **МПК(2011.01) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

2

(21) 1100565

(22) 24.02.2011

(46) Бюл.67, 2011

(71) Курбонов К.М. (ТJ); Хайдаров И.И. (ТJ); Хомидов М.Г. (ТJ).

(72) Курбонов К.М. (ТJ); Хайдаров И.И. (ТJ); Хомидов М.Г. (ТJ).

(73) Курбонов К.М. (ТJ); Хайдаров И.И. (ТJ); Хомидов М.Г. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА И КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

(56) 1. Крылов А.А. и соавт. Неотложная гастроэнтерология. Санкт-Петербург. - Питер, 1997.-500с.

2. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. - М.: Медицина, 1976.-352 с.

3. Шалимов А.А., Полупан В.Н. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. М., 1975.-306 с.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к онкохирургии и может быть использовано при лечении рака желудка.

В заявленном способе после выполнении гастрэктомии с целью снижения интрадуоденального давления на уровне дуоденальной культи накладывают энтеро-энтероанастомоз и потом прибегают к формированию эзофагоюнонального соустья, для наложения которой выбирают предельно короткую петлю тонкой кишки. Формируют эзофагоюноанастомоза конец в бок и вторым рядом (серозно-мышечным) швов, инвагинируют пищевод в просвет тонкой кишки. Линия швов в участке анастомоза дополнительно укрывается короткой петлей тонкой кишки.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкохирургии и может быть использовано при лечении рака желудка.

Известны многочисленные способы профилактики несостоятельности швов пищеводакишечного анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки при гастрэктомии (2).

Прототипом к заявленному способу является наложение пищеводакишечного анастомоза по типу конец в бок 2-х рядными узловыми швами с применением различных видов шовного материала во время проведения гастрэктомии. При этом для укрытия линии швов эзофагоеюноанастомоза используют длинную петлю приводящей кишки (1,3)

Отрицательными сторонами вышеуказанных способов являются:

1. Для укрытия линии швов эзофагоеюноанастомоза используют достаточно длинную петлю тонкой кишки.

2. Выключение большого участка тонкой кишки сопровождается нарушением энтерального питания.

3. Риск развития абсцесса в выключенном участке тонкой кишки высока.

4. Сохраняется высокое интрадуоденальное давление, которое является одним из причин развития несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки.

Цель Снижение частоты риска развития несостоятельности швов пищеводакишечного анастомоза при гастрэктомии.

Поставленная цель достигается путём использования предельно короткой приводящей петли тонкой кишки для наложения пищеводакишечного и формирования межкишечного энтероэнтероанастомоза на уровне дуоденальной культи.

Данное изобретения наглядно изображено на фигурах, где на фиг.1. подготовка пищевода и тонкой кишки к наложению анастомоза, фиг.2 формирование эзофагоеюноанастомоза, фиг.3 инвагинация конца пищевода внутри тонкого кишечника, фиг.4 укрывание участка анастомоза с помощью короткой петель тонкой кишки.

Способ осуществляется следующим образом. После выполнения гастрэктомии с целью снижения интрадуоденального давления на уровне дуоденальной культи накладывают энтероэнтероанастомоз потом прибегают к формированию эзофагоеюноального соустья для наложения, которой выбирают предельно короткую петлю тонкой кишки. Формируют эзофагоеюноанастомоз конец в бок. Вторым рядом (серозно-мышечным) швов, инвагинируют пищевод в просвет тонкой кишки.

Линия швов в участке анастомоза дополнительно укрывается короткой петлей тонкой кишки.

Предложенный способ профилактики несостоятельности швов пищеводакишечного ана-

стомоза и культи двенадцатиперстной кишки при гастрэктомии имеет ряд преимуществ:

1. Для укрытия линии швов эзофагоеюноанастомоза используют короткую петлю тонкой кишки.

2. Уменьшается риск развития нарушение энтерального питания в послеоперационном периоде.

3. Снижается риск развития абсцессов на анастомозируемой участок пищевода и тонкой кишки.

4. Снижается интрадуоденальное давление в послеоперационном периоде и тем самым уменьшается риск развития несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки.

Изложенное выше находить подтверждение в следующем клиническом наблюдений:

Больная Б., 62 лет, поступила в ГКБ СМП с жалобами на чувства переполнения и распирания в эпигастриальной области, ощущение тупой боли, снижение аппетита, похудание, общую слабость и недомогание. Из анамнеза выяснилось, что больная последние 3 месяца отмечает чувство переполнения и периодически ноющую боль в эпигастриальной области. За помощью куда не обращалась. Накануне поступления в клинику, после приёма пищи у больной начались боли в эпигастриальной области, тошнота, рвота с не переваренной пищей, общую слабость. Принимала спазмолитики, но эффекта не было. На основании рентгенологического, ультразвукового исследования и фиброгастродуоденоскопии у больной установлена обтурирующая экзофитная опухоль тела желудка по малой кривизне. Под контролем гастроскопа взята биопсия после которого установлено аденокарцинома. Произведено предоперационная подготовка и в отсроченном порядке взята на операцию, при котором выполнена гастрэктомия с формированием межкишечного энтеро-энтероанастомоза на уровне дуоденальной культи и эзофагоеюноанастомоз на короткой приводящей петле тонкой кишки. Операцию заканчивали проведением ниппелья для кормления на 25-30см.

ниже межкишечного анастомоза который удален на 11 сутки после операций. Послеоперационный период протекал относительно гладко, без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением ран.

Таким образом, наложение пищеводаюноального анастомоза на предельно короткой петле тонкой кишки после формировании межкишечного энтеро-энтерального соустья на уровне дуоденальной культи, позволяет снизить частоту развития абсцессов области эзофагоеюноанастомоза и развитие несостоятельности, уменьшить нарушение энтерального питания, эффективно происходит разгрузка культи двенадцатиперстной кишки и снижается интрадуоденальное давление в послеоперационном периоде, что нивелирует раз-

виту несостоятельности швов культи дуоденальной кишки.

5

483

6

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ профилактики несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки, включающий гастрозктомия с формированием эзофаго-еюноанастомоза, *отличающийся тем, что* при

наложении эзофаго-еюнального анастомоза используют предельно короткую петлю тонкой кишки и формируют межкишечный энтеро-энтероанастомоз на уровне дуоденальной куль-ти.

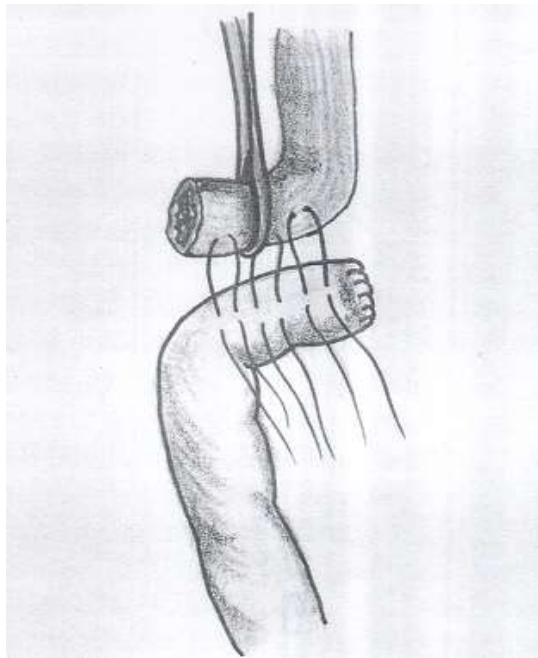
Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

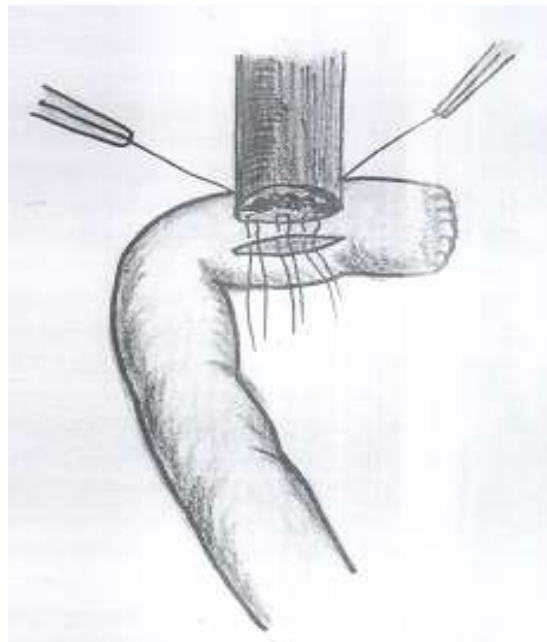
Тираж
Национальный патентно-информационный центр РТ

Подписное

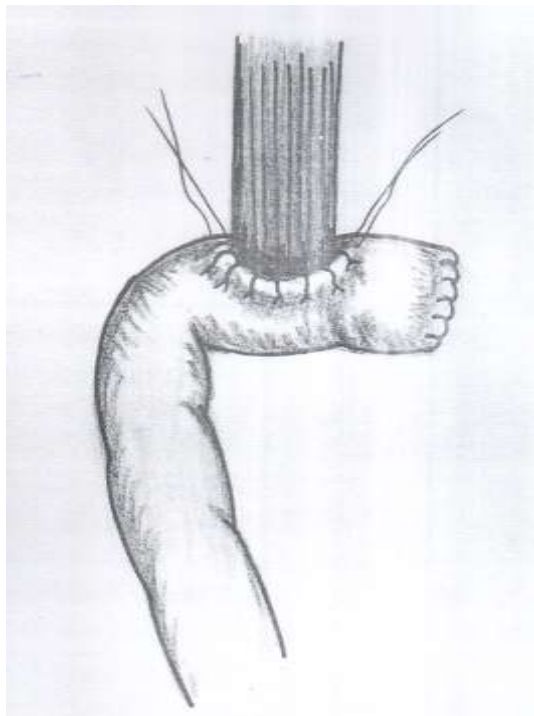
**СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ
ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА И КУЛЬТИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**



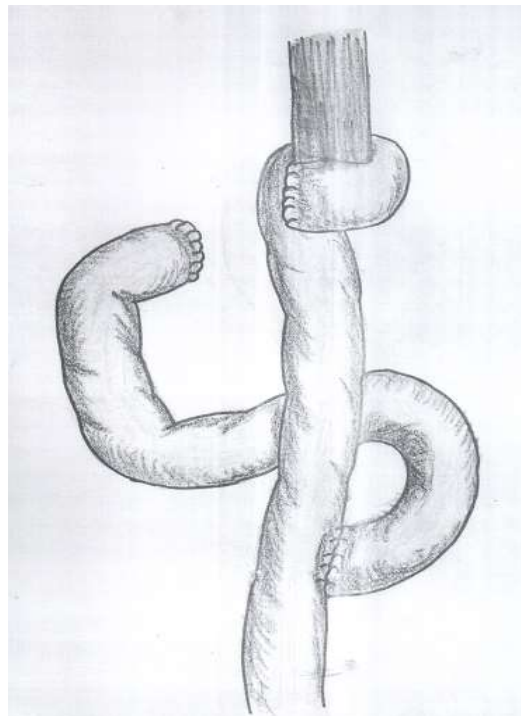
Фиг.1



Фиг.2.



Фиг.3.



Фиг.4.