



(19) KG (11) 1102 (13) C1 (46) 29.11.2008

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) A61B 17/00 (2006.01)

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(19) KG (11) 1102 (13) C1 (46) 29.11.2008

(21) 20070128.1

(22) 26.09.2007

(46) 29.11.2008, Бюл. №11

(76) Белеков Ж.О., Тажибаев М.К., Маманов Н.А., Салибаев О.А. (KG)

(56) Милославский И.М. К методике гастрэктомии при раке кардии желудка с помощью сшивающих аппаратов НИИЭХАИ // Сборник научных работ по проблеме физиологии и патологии органов пищеварения. Харьков, 1968, – С. 17-19

**(54) Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии. Задача изобретения – разработать способ, предупреждающий рефлюкс кишечного содержимого в пищевод при формировании терминолатерального эзофагоноанастомоза после гастрэктомии. Поставленная задача решается в способе профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии, где выше брауновского анастомоза на 4-5 см накладывают 2 серозно-мышечных шва с двойным захватом стенки тонкой кишки в поперечном направлении. Расстояние между швами – 1.5-2 см. При завязывании лигатур участок кишки между швами инвагинируется в продольном направлении по оси кишечника, образуя конусовидное сужение. Сущность способа заключается в том, что при завязывании 2 серозно-мышечных швов, наложенных в поперечном по оси кишечника направлении, происходит инвагинация стенки тонкой кишки внутрь, в сторону просвета, формируя тем самым надежный клапан из самой же стенки тонкой кишки, что предотвращает в свою очередь порционный заброс тонко-кишечного содержимого в пищевод. 1 п. ф., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии.

Гастрэктомия является одной из основных операций в арсенале хирургического лечения рака желудка, составляя до 70% всех радикальных операций. В то же время она сопровождается худшими функциональными результатами по сравнению с другими типами операций на желудке: в отдаленном послеоперационном периоде состояние больных усугубляется развитием рефлюкс-эзофагита. Это ведет к значительному снижению качества жизни пациентов. Ю.И. Патютко писал: «Накопленный опыт показывает, что до 28% больных, перенесших радикальные операции гастрэктомии по поводу рака желудка, живут более 5 лет, и в настоящее время общее мнение таково, что успех лечения следует оценить не только по количеству спасенных жизней, но и по качеству их в послеоперационном периоде». Основным звеном в профилактике осложнений и улучшении качества жизни больных является технология формирования пищеводного соусья.

Известен способ еюногастропластики с концево-петлевым пищеводно-кишечным анастомозом, обладающим следующими механизмами функционирования: 1) диафрагмальный компонент, обусловленный сокращением диафрагмального мышечного жома, восстановленного швами-вязками; 2) пищеводный компонент – сокращение мышечных слоев пищевода в зоне нижнего пищеводного сфинктера (сохраняется не во всех случаях); 3) кишечный компонент, обуслов-

ленный перистальтикой охватывающей пищевод петли тонкой кишки; 4) клапанный компонент, обусловленный газовым пузырем созданного кишечного резервуара (Оноприев В.И., Уваров И.Б., журнал «Хирургия», 2004, №9, – С. 32-36).

Имеющиеся методы еюногастропластики не лишены недостатков и тяжелых послеоперационных осложнений, а трудность их технического исполнения требует необходимости отбора больных для подобных вмешательств и сопровождается высокой послеоперационной летальностью (20-50%). К тому же нередки случаи, когда формирование еюногастропластики не представляется возможным.

Анализируя методологию всех технологий формирования «искусственного желудка», можно констатировать в первую очередь их методическую сложность, что и послужило основанием для ограниченного распространения и применения таких методов в хирургической профилактике и коррекции постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита. Один из возможных путей решения данной проблемы – это применение простых и надежных приемов при наложении пищеводно-кишечного соусья при гастрэктомии.

В качестве прототипа нами выбран способ заглушки приводящей петли пищеводно-кишечного анастомоза, заключающийся в следующем. После удаления желудка, формирования пищеводно-кишечного и межкишечного анастомозов над браунским соусьем приводящая петля тонкой кишки прошивается поперек аппаратом УКЛ-60, а затем перитонизируется линия механического шва шелковым швом (И.М. Милославский. «К методике гастрэктомии при раке кардии желудка с помощью сшивающих аппаратов НИИЭХАИ» // Сборник научных работ по проблеме физиологии и патологии органов пищеварения, Харьков, 1968, – С. 17-19).

Вышеуказанный способ имеет существенный недостаток: металлический расходный материал (скрепки), являясь инородной субстанцией, приводит к развитию пролежней, вследствие которых неизбежно наступает реканализация приводящей петли пищеводно-кишечного анастомоза.

Задача изобретения – разработать способ, предупреждающий рефлюкс кишечного содержимого в пищевод, при формировании терминолатерального эзофагоноанастомоза после гастрэктомии.

Поставленная задача решается в способе профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии, где выше брауновского анастомоза на 4-5 см накладывают 2 серозно-мышечных шва с двойным захватом стенки тонкой кишки в поперечном направлении. Расстояние между швами – 1.5-2 см. При завязывании лигатур участок кишки между швами инвагинируется в продольном направлении по оси кишечника, образуя конусовидное сужение.

Сущность способа заключается в том, что при завязывании 2 серозно-мышечных швов, наложенных в поперечном по оси кишечника направлении, происходит инвагинация стенки тонкой кишки внутрь, в сторону просвета, формируя тем самым надежный клапан из самой же стенки тонкой кишки, что предотвращает в свою очередь порционный заброс тонкокишечного содержимого в пищевод. Ни в одном из наблюдавших нами больных не отмечено интраоперационных осложнений, связанных с методикой описанного способа.

Предлагаемая методика применена нами у 33 больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка. Функциональные результаты изучены в сроках от 3 месяцев до 3 лет и оценены на основе клинико-эндоскопического обследования. Из 33 обследованных больных с заглушкой по предлагаемой методике рефлюкс-эзофагит констатирован у 3 (9%) больных, причем у 2 из них он был выражен в легкой степени и в короткие сроки был излечен после диетической и медикаментозной коррекции. Применение модифицированной методики дает обнадеживающие результаты. Демонстрируя одно из наших клинических наблюдений, мы хотим подчеркнуть актуальность проблемы хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита и качества жизни больных после гастрэктомии.

Больной С., 29 лет, инвалид II гр., № истории болезни 12361, госпитализирован 19.07.2000 г. с диагнозом «Постгастрэктомический синдром. Рефлюкс-эзофагит, тяжелая степень». В анамнезе больной с 1992 по 1999 годы перенес серию операций. В 1992 г. была выполнена операция ушивания перфоративной язвы желудка, в 1993 г. – резекция желудка по Бильрот-II в модификации по Гофмейстеру-Финстереру, в 1998 г. – субтотальная резекция желудка по Бальфуру (рецидив язвы), в 1999 г. – экстирпация культи желудка с формированием терминолатерального пищеводно-кишечного соусья по поводу синдрома Золлингера-Эллисона и рецидива язвы гастроэнтероанастомоза. Заглушка приводящей петли эзофагоноанастомоза была выполнена по методике по А.А. Шалимова. Через 3 месяца больной повторно поступает с клиникой выраженного

рефлюкс-эзогастрита. Обращает внимание мучительная изжога, сильные боли за грудиной, отрыжка кислым. Все эти симптомы усиливаются после приема пищи и в горизонтальном положении. В связи с этим больной был вынужден сделать значительные ограничения в диете, что привело к похуданию. Имеет место нарушение трудоспособности. Следует подчеркнуть, что проявления выраженного рефлюкс-эзогастрита не поддавалось консервативной коррекции. При эндоскопическом обследовании: пищевод свободно проходим, в нижней трети явления эрозивного эзофагита, розетка кардии зияет, отводящая и приводящая петли свободно проходимы, в их просвете слизь с примесью желчи, слизистая анастомоза отечна и воспалена, имеются эрозированные участки.

Несмотря на то, что была выполнена кишечная заглушка по А.А. Шалимову, клинико-эндоскопическая картина рефлюкс-эзогастрита у больного была выраженной. По всей вероятности наступила реканализация отключенного сегмента приводящей петли пищеводно-кишечного анастомоза, что привело в свою очередь к развитию функционального осложнения. Учитывая неэффективность консервативной терапии и выраженную клиническую манифестацию рефлюкс-эзогастрита, мы выбрали тактику хирургической коррекции. В плановом порядке была выполнена операция «разобщение приводящей петли эзофаго-юноанастомоза», которая заключалась в полном поперечном пересечении указанного отрезка тонкой кишки, что исключало рефлюкс кишечного содержимого в пищевод. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан из клиники. При повторном осмотре через 8 месяцев больной абсолютно здоров, значительно прибавил в весе, признаки рефлюкс-эзофагита отрицают, занимается активной трудовой деятельностью.

Этот приведенный случай из нашей практики заставил нас серьезно отнести к актуальности проблемы рефлюкс-эзофагита и побудил изыскать пути хирургической профилактики этого тяжелого функционального нарушения.

В заключении, резюмируя вышеизложенное, подчеркнем следующее. Стенозирующие лигатуры, накладываемые на кишечную стенку, не прорезают её. Это позволяет стойко предупредить рефлюкс кишечного содержимого и как следствие этого, предупреждает рефлюкс-эзофагит. Одновременно создаются оптимальные условия движения химуса по кишечнику. Использование предлагаемого нами способа позволяет исключить рефлюкс-эзофагиты, улучшая тем самым функциональные результаты гастрэктомии.

Немаловажна также и технико-экономическая эффективность способа: не требуется специальный инструментарий и расходный материал, методика отличается технической простотой.

### **Формула изобретения**

Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии путем формирования заглушки на приводящей петле эзофаго-юноанастомоза, отличающийся тем, что выше брауновского анастомоза на 4-5 см с расстоянием между швами 1.5-2 см накладывают 2 серозно-мышечных шва с двойным захватом стенки тонкой кишки в поперечном направлении, при завязывании которых участок кишки между швами инвагинируется в продольном направлении по оси кишечника, подвергаясь конусовидному стенозированию.

Составитель описания  
Ответственный за выпуск

Торобекова М.А.  
Чекиров А.Ч.