



(19) **KG** (11) **1752** (13) **C1**
(51) **A61B 17/00** (2015.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20140076.1

(22) 27.06.2014

(46) 31.07.2015, Бюлл. № 7

(76) Бейшембаев М. И.; Назаров У. С.; Лягазов Р. И. (KG)

(56) Патент RU № 2253379 С2, кл. А61В 17/00, А61В 17/11, 2005

(54) Способ блокирования приводящей петли тонкой кишки после гастрэктомии

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при гастрэктомии для исключения заброса в пищевод содержимого из нижних отделов кишки.

Задачей изобретения является разработка простого и надежного способа перекрытия анатомической проходимости приводящей петли тонкой кишки с сохранением функционирования тканей стенки кишки и исключения прорезывания стенки кишки и заброса пищи.

Поставленная задача решается в способе блокирования приводящей петли тонкой кишки после гастрэктомии, заключающемся в создании на ней заглушки, после создания анастомоза между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки по Брауну, причем заглушку формируют гофрированием 3-х см участка приводящей кишки, путем равномерного наложения по окружности 4-х серо-серозных продольных швов.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть использовано при гастрэктомии для исключения заброса в пищевод содержимого из нижних отделов кишки.

Известен способ блокирования (Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Полупан В. Н. Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. - М.: Медицина, 1979. - 89 с.), который заключается в лапаротомии, выделении приводящей петли тонкой кишки, которую перевязывают двумя лигатурами, одну из которых в виде кишечного шва затягивают позже, чтобы сохранить расстояние между лигатурами на 0,5 см. Перевязанную часть кишки инвагинируют серо-серозными швами.

Недостаток способа в том, что в последующем анатомическая проходимость кишечного канала иногда восстанавливается вследствие пролежня лигатур.

Известен способ создания «заглушки» на приводящую петлю тонкой кишки при внутреннем дренировании полостных образований брюшной полости (патент RU № 2253379 С2, кл. А61В 17/00, А61В 17/11, 2005), заключающийся в создании анастомоза между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки по Брауну и формировании на приводящей петле, сжимающего кишку кольца из полоски сосудистого протеза.

Недостаток способа в возможности прорезывания стенки кишки и заброса пищи при ослаблении кольца, т. к. сжатие стенок кишки может приводить к нарушению питания тканей.

Задачей изобретения является разработка простого и надежного способа перекрытия анатомической проходимости приводящей петли тонкой кишки с сохранением функционирования тканей стенки кишки и исключение прорезывания стенки кишки и заброса пищи.

Поставленная задача решается в способе блокирования приводящей петли тонкой кишки после гастрэктомии, заключающемся в создании на ней заглушки, после создания анастомоза между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки по Брауну, причем заглушку формируют

гофрированием 3-х см участка приводящей кишки, путем равномерного наложения по окружности 4-х серо-серозных продольных швов.

Способ осуществляют следующим образом.

Выполняют верхне-срединную лапаротомию, производят гастрэктомию или резекцию, затем накладывают анастомоз между петлей тонкой кишки и пищеводом брюшной полости, в 20-25 см от наложенного анастомоза между приводящей и отводящей петлями кишечника накладывают анастомоз по Брауну, далее накладывают на стенку тонкой кишки 4 серо-серозных продольных шва и, стягивая нити шва, гофрируют участок петли приводящей кишки размером 3 см, вворачивая стенку внутрь, далее дренируют брюшную полость и рану ушивают.

Пример № 1. Больная Каримова. Г. А., 48 лет, история болезни № 4569, находилась на стационарном лечении в торакальном отделении с 19.09.2012 по 2.10.2012. Больная поступила с жалобами на дисфагию при приеме твердой пищи, общую слабость, недомогание, чувство тяжести в области эпигастрия, похудание. Из анамнеза: 30.08.12 по месту жительства была обследована: ЭГДС данные соответствовали раку тела желудка, в связи с чем была госпитализирована в торакальное отделение. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Отмечалась дисфагия твердой пищей, слабость. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезнен в области эпигастрия. Локально: В области эпигастрия пальпируется опухолевидное образование размерами 5,0х3,0 см в диаметре. Рентгенологические и эзофагогастродуоденоскопические данные за рак тела желудка. Гистологически: малодифференцированная аденокарцинома G2. При ультразвуковом исследовании отдаленных метастазов не выявлено. Выставлен диагноз: Рак тела желудка III ст $C_2pT_3N_0M_0G_2$. 21.09.12 больную взяли на операцию. При лапаротомии обнаружена опухоль тела желудка размерами 5,0х4,0 см циркулярно-суживающая просвет желудка, отдаленных метастазов не выявлено. Решено произвести гастрэктомию. Желудок полностью мобилизован с лимфатическими узлами и удален. Далее сформирован пищеводно-кишечный анастомоз по Давыдову, и в 20-25 см от наложенного анастомоза между приводящей и отводящей петлями кишечника наложили анастомоз в 3-4 см по Брауну, далее с помощью 4-х серозно-серозных швов провели гофрирование приводящей кишки, установили дренаж брюшной полости и ушили лапаротомную рану. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Анастомоз состоятелен. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой. При контрольном осмотре через 6 месяцев синдрома приводящей петли не выявлено.

Пример № 2. Больной Коноплев К. В., 51 год, история болезни № 1859, поступил с жалобами на похудание, рвоту кофейной гущей, черный стул. Из анамнеза: больным себя считает в течение 1 месяца, когда появились боли в эпигастрии. Общее состояние средней тяжести. В анализах крови отмечалась анемия (Hb - 55 г/л). Учитывая рвоту, черный стул было принято решение провести срочную операцию. При лапаротомии обнаружена опухоль антрального отдела желудка размерами 4,0х5,5 см, в просвете кишечника кровь. Отдаленных метастазов не выявлено. Желудок мобилизовали и удалили. Далее сформировали пищеводно-кишечный анастомоз по Давыдову, и в 20-25 см от наложенного анастомоза между приводящей и отводящей петлями кишечника наложили анастомоз в 3-4 см по Брауну, далее с помощью 4-х серо-серозных швов гофрировали приводящую кишку, вворачивая участок кишки на расстоянии 3 см вовнутрь, брюшную полость дренировали, рану ушили. Диагноз: Рак антрального отдела желудка III ст. $C_4pT_3N_0M_0G_3$, осложненный кровотечением. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан домой. Наблюдается больной регулярно, без проявления синдрома приводящей петли.

Преимущество предлагаемого способа заключается в создании надежной заглушки просвета приводящей петли тонкой кишки путем вворачивания части тонкой кишки вовнутрь с помощью 4-х серо-серозных швов, что исключает возможность прорезывания её стенки.

Формула изобретения

Способ блокирования приводящей петли тонкой кишки после гастрэктомии, включающий лапаротомию, создание анастомоза между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки по Брауну, блокирование приводящей петли тонкой кишки, отличающийся тем, что заглушку формируют гофрированием 3-х см участка приводящей петли кишки путем равномерного наложения по окружности 4-х серо-серозных продольных швов.

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03