



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45400 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ТОНКОЇ КИШКИ В ПРОКСИМАЛЬНИХ ВІДДІЛАХ

1

2

(21) u200905357

(22) 28.05.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл.№ 21, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШАПРИНСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛОГАЧОВ ВІТАЛІЙ КЛАВДІЙОВИЧ, ШАПРИНСЬКИЙ ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб формування анастомозу при резекції тонкої кишки в проксимальних відділах, що передбачає резекцію нежиттєздатної ділянки тонкої ки-

шки і накладання анастомозу, який відрізняється тим, що проксимальний кінець виводять у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стінку, а на дистальний кінець накладають міжкишковий анастомоз по типу бік в кінець і вводять Т-подібний дренаж, який заводять в кишку у проксимальному та дистальному напрямках від анастомозу під час його формування, при цьому вільний його кінець виводять через проксимальну тонкокишкову стому, через який виконують декомпресію ділянки анастомозу в післяопераційному періоді та проводять озонотерапію і ентеральне харчування при відновленні перистальтики.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і стосується формування ентеро-ентеро анастомозу при резекції тонкої кишки в проксимальних відділах.

Відомий спосіб формування У-подібного міжкишкового анастомозу на проксимальній кишковій стомі, який накладають при резекції тонкої кишки в дистальних відділах /Пат. № 67255 Україна. "Спосіб формування тимчасової тонкокишкової стоми" Бюл. № 6, 2004р./ Анастомоз накладають за показами при гострій низькій непрохідності тонкої кишки. Дистальний кінець тонкої кишки глушиться, накладають міжкишковий анастомоз по типу бік в бік, а проксимальний кінець кишки виводять у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стійку. Анастомоз формується дворядними вузловими швами.

Проте, при застосуванні відомого способу на проксимальній кишковій стомі відбувається повний викид тонкокишкового вмісту через проксимальну кишкову стону, що взагалі не дозволяє накладати такий анастомоз при непрохідності на високому рівні, коли там дебіт кишкового вмісту складатиме до 5 л за добу, А накладання У-подібного міжкишкового анастомозу по типу Майдля (на дистальній кишковій стомі) в умовах перитоніту не в завжди можливим, так як є великий ризик неспроможності кишкових швів із-за того, що дис-

тальна стома не забезпечує адекватного розвантаження лінії швів анастомозу.

В основу корисної моделі "Спосіб формування анастомозу при резекції тонкої кишки в проксимальних відділах" поставлене завдання створити спосіб, який можна було б використовувати при високій гострій непрохідності тонкої кишки навіть в умовах перитоніту, при якому не було б великого ризику неспроможності кишкових швів і можна було б контролювати їх спроможність та забезпечити ранню відновну операцію.

Поставлене завдання вирішується способом, що передбачає резекцію нежиттєздатної ділянки тонкої кишки і накладання анастомозу» в якому проксимальний кінець виводять у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стінку, а на дистальний кінець накладають міжкишковий анастомоз по типу бік в кінець і вводять Т-подібний дренаж, який заводять в кишку у проксимальному та дистальному напрямках від анастомозу під час його формування, а вільний його кінець виводять через проксимальну тонкокишкову стому, через який виконують декомпресію ділянки анастомозу в післяопераційному періоді та проводять озонотерапію і ентеральне харчування при відновленні перистальтики.

Спосіб здійснюється наступним чином. В умовах високої гострої непрохідності тонкої кишки виконують резекцію нежиттєздатної ділянки кишки у

(19) UA (11) 45400 (13) U

проксимальних відділах з формуванням анастомозу, навіть в умовах перитоніту, таким чином, що проксимальний кінець кишки виводять у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стійку; а на дистальний кінець накладають міжкишковий анастомоз по бік в кінець. Перед завершенням формування анастомозу в порожнину кишки вводять Т-подібний дренаж, який виготовляють із звичайного дренажа Кера максимального розміру, до якого до двох кінців прикріплюють дренажні трубки (шлунковий зонд № 21), які заводяться в кишку у проксимальному та дистальному напрямках від анастомозу під час його формування. Вільний кінець дренажа виводять через проксимальну тонкокишкову стому, через який виконують декомпресію ділянки анастомозу в післяопераційному періоді та проводять озонотерапію і ентеральне харчування при відновленні перистальтики. Анастомоз формують звичайними дворядними вузловими швами. На 8 добу при відсутності ознак неспроможності анастомозу Т-подібний дренаж видаляють та виконують огляд ділянки анастомозу через проксимальну ентеростому за допомогою дуоденоскопу без інсуфляції повітря на рахунок спроможності кишкових швів. Після цього накладають кисетний шов на екстракорпоральну частину ентеростоми. Через 2 тижні проводять позачеревинне закриття ентеростоми.

Перевагами даного способу є те, що при його застосуванні в принцип двохмоментності, немає тривалого майже повного викиду тонкокишкового вмісту через проксимальну кишкову стому. Такий анастомоз можна накладати в умовах перитоніту, так як зменшується ризик неспроможності кишкових швів, тому що проксимальна ентеростома забезпечує адекватне розвантаження лінії швів

анастомозу» а через Т-подібний дренаж відбувається поступлення травних соків з проксимального в дастальний відділ кишки. До того ж спосіб передбачає можливе проведення візуального контролю спроможності швів дуоденоскопом та закриття ентеростоми у більш ранні терміни.

Приклад, Хворий, 57 років госпіталізований в клініку через 3 доби від початку захворювання з діагнозом висока гостра спайкова непрохідність тонкої кишки, дифузний перитоніт. Під час операції на відстані 70 см від зв'язки Трейца виявлено некроз тонкої кишки довжиною до 15см, гнійний перитоніт. Враховуючи некроз кишки та перитоніт, хворому було виконано резекцію 70 см тонкої кишки а наступним формуванням загропоуваного анастомозу на модифікованому Т-подібному дренажі з виведенням проксимального кінця кишки у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стінку. Вільний кінець дренажа виведено через проксимальну тонко-кишкову отому. Санація, дренажування черевної порожнини.

В післяопераційному періоді проводили інфузійну, антибактеріальну терапію. Через вільний кінець Т-подібного дренажа проводили декомпресію ділянки анастомозу протягом перших трьох діб післяопераційного періоду з наступним проведенням озонотерапії і ентерального харчування при відновленні перистальтики. На 8 добу дренаж видалили та оглянули ділянки анастомозу через проксимальну ентеростому за допомогою дуоденоскопу без інсуфляції повітря. Виявлено спроможність кишкових швів. Після цього накладено кисетний шов на екстракорпоральну частину ентеростоми. Через 15 діб проведено позачеревинне закриття ентеростоми. Хворий в задовільному стані виписаний до дому.