



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62502 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КІНЦЕБОКОВОГО АНТИРЕФЛЮКСНОГО ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОГО СПІВУСТЯ**

1

2

(21) 2003042905

(22) 03 04 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Жученко Сергій Павлович, Шапринський Володимир Олександрович, Дроненко Володимир Григорович

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

(57) Спосіб формування кінцебокового антирефлюксного тонко-товстокишкового співустя, який передбачає моделювання "губок", "вуздечок", який відрізняється тим, що "губки" формують виключно за рахунок стінки товстої кишки, наносячи на контактні поверхні серозних оболонок стандартний розчин фібриногену, і накладають "брудний" ряд швів

Винахід відноситься до медицини, зокрема хірургії і може бути використаним при видаленні правої половини ободової кишки

Відомий спосіб формування замикального апарату тонкотовстокишкового співустя полягає в утворенні дублікатури товстої кишки по типу "губок", "вуздечок", моделювання ампули клубової кишки для забезпечення порційності надходження кишкового хімусу та попередження рефлюксу (А с SU 1360704 А1, 1987). Однак, відомий спосіб має наступні недоліки

технічна сторона виконання анастомозу вимагає тривалого часу відкритих просвітів товстої та тонкої кишок, а це - джерело мікробного забруднення,

0,5% спиртовий розчин йоду своєю дією справляє локальний опік між серозними оболонками в області дублікатури та призводить до утворення порожнини з серозною рідиною, а відповідно набряку губок

1-й ряд швів, зона дублікатури, піддаються негативному впливу кишкового вмісту, що сприяє виникненню анастомози ту,

губки клапану частково моделюють з стінки тонкої кишки, що слугує приводом для його деформації

В основу винаходу "Спосіб формування кінцебокового антирефлюксного тонкотовстокишкового співустя" поставлено завдання створити принципово нову модель антирефлюксного анастомозу, яка має виключити вище - перераховані недоліки. Це досягається способом, який передбачає фор-

мування "губок", "вуздечок", в якому згідно з винаходом "губки" формують виключно за рахунок стінки товстої кишки, наносячи на серозні оболонки контактних поверхонь стандартний розчин фібриногену, що попереджає їх набряк і деформацію, а накладання "брудного" ряду швів захищає анастомоз від неспроможності та виникнення запальних змін

На малюнках схематично зображений запропонований анастомоз

Фіг 1 Загальний вигляд

Фіг 2 Анастомоз в розрізі

Фіг 3 1-й етап виконання операції

Фіг 4 2-й етап виконання операції

Фіг 5 3-й етап виконання операції

Фіг 6 4-й етап виконання операції

Фіг 7 5-й етап виконання операції

Фіг 8 6-й етап виконання операції

Фіг 9 7-й етап виконання операції

Фіг 10 8-й етап виконання операції

Спосіб здійснюється наступним чином після правобічної геміколектомії кукусу товстої кишки ушивають по відомій методиці. До місця анастомозу на відстані 9-10см від кукуси підводять зігнуту термінальну частину клубової кишки. Фіг 3

Перший укол роблять з сторони клубової кишки, захоплюючи 4-5мм серозно-м'язевого шару в напрямку до лінії згину. Другий - на поперековій ободовій, по умовно проведеній лінії, в напрямку кукуси. Відповідно співставляється сероза клубової кишки з серозкою ободової. Третій укол і викол на ободовій кишці роблять дистальніше попередньо-

(13) A

(11) 62502

(19) UA

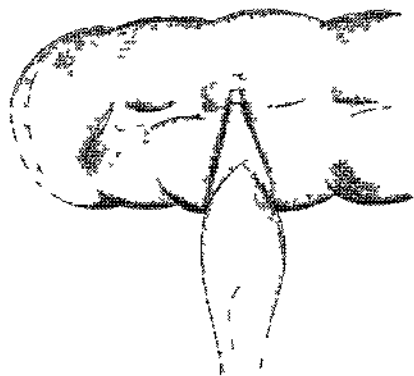
го, на відстаю ширини просвіту клубової кишки, захопивши 3-4мм серозно-м'язевого шару. На поверхню серозних оболонок тонкої та товстої кишок в місці їх контакту, а також дублікатури, шариком наносять стандартний розчин фібриногену Фіг 4. Окремими серозно-м'язевими швами формують дублікатуру товстої кишки одночасно сполучаючи її з серозно-м'язевим шаром клубової кишки. Таким чином, формується "хоботок" 1, в зоні передньої губи анастомозу, з дублікатури стінки попереково-ободової кишки, повернений у просвіт останньої Фіг 2, Фіг 5.

Клубову кишку бережно переводять на протилежну сторону і відсікають термінальну її частину, відступивши 4-5мм від накладених швів. Потім скальпелем розтинають стінку ободової кишки вздовж лінії шва, на відстані 4-5мм від останнього Фіг 6. На слизові тонкої та товстої кишок, що повернені у просвіт анастомозу, з метою гемостазу, підвищення герметичності та послаблення натягу 1-го ряду швів, накладають окремі вузлові шви 2, формуючи "брудний" ряд Фіг 2, Фіг 7. Аналогічним чином, моделюють задню губу анастомозу 2-х рядним вузловим швом, застосовуючи стандартний розчин фібриногену Фіг 8. При цьому утворюється заслінка 3, яка виступає у просвіт товстої кишки Фіг 2, Фіг 9.

Слідуючим етапом формують "вуздечки" 5 шляхом накладання 2-3 серозно-м'язевих швів з протилежних сторін анастомозу у вигляді складки ободової кишки, по типу пірамідки, поверненої гринцем у її просвіт Фіг 10.

Для запобігання утворення порожнини між стінками дублікатур, деформації губ та збереження їх еластичності губки моделюють виключно з стінки товстої кишки, а контактні поверхні серозних оболонок обробляють стандартним розчином фібриногену. При цьому використовується методика, яка вдвічі скорочує час відкритих просвітів кишківника, що в значній мірі знижує ризик мікробного забруднення зони анастомозу, а накладання "брудного" ряду швів профілактує неспроможність та посилює його надійність.

Запропонований спосіб формування анастомозу, по типу замикального апарату, володіє бездоганними антирефлюксними властивостями та забезпечує порційність надходження кишкового хімусу у просвіт товстої кишки, що знайшло своє відображення в експерименті на 23 собаках.



Фіг 1

Антирефлюксні властивості запропонованого анастомозу вивчалися шляхом введення контрасту в пряму кишку під тиском 45-60см водного столбика з послідовними рентгеновськими знімками. При цьому, рефлюкс бар'євої суміші в клубову кишку не спостерігався в жодному із спостережень.

Міцність анастомозу перевірялась шляхом фіксації товстої кишки з підвищенням вантажу масою 1270-1600г до тонкої. Спочатку прорізались серозно-м'язеві шви, що свідчило про достатню механічну надійність.

Герметичність і надійність перевірялась нагнітанням повітря в товсту кишку по відомій методиці до 45-60мм рт.ст.

При морфологічному дослідженні в усі терміни спостережень "хоботок" зберігав форму та гістологічну відповідність із звичайною стінкою кишки, визначалась добре виражена судинна сітка з домінуванням еластичних волокон в проміжній речовині. Епітелізація зони анастомозу відбувалась на 9-10 добу.

Спосіб успішно використаний в клінічній практиці. Хворий Бартерощук П.О. поступив в хірургічне відділення ВЦРЛ з діагнозом рак сліпої кишки T2N0M0 1 стадія 2 клінічна група, якому була виконана правобічна геміколектомія з накладанням кінцебокового антирефлюксного анастомозу по вище викладеній методиці. На 12 добу хворий виписаний додому, відчуває себе задовільно.

Втілення нових технічних прийомів під час формування анастомозу, спрощення та заміна окремих етапів, наближення до більш "природного", дозволяє досягти порційності, однонаправленості та циклічності поступання кишкового хімусу з тонкої кишки в товсту, попереджає запальні зміни в зоні анастомозу, завдяки чому, зберігається еластичність та функціональна надійність клапана. Це дозволить широко застосовувати даний метод у практичній абдомінальній хірургії.

Актуальність проблеми антирефлюксних анастомозів на сьогодні є незаперечним фактом, бо страждання частини хворих на рефлюкс ілеїт, коліт, дисбактеріоз і т.п. має місце у віддаленому періоді. А це, певною мірою, накладає негативний відбиток на якість життя таких хворих. В силу цього, наближення анастомозу до "природного", антирефлюксного, що передбачено у нашому способі має право на подальше життя.

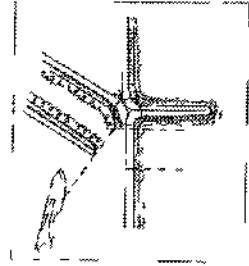
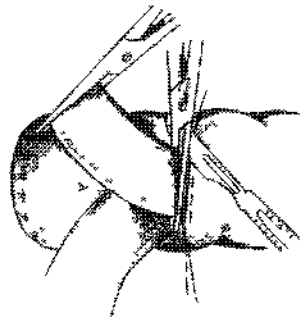
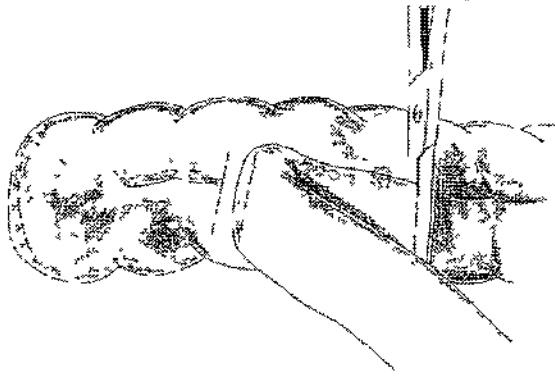


Фіг 2

5

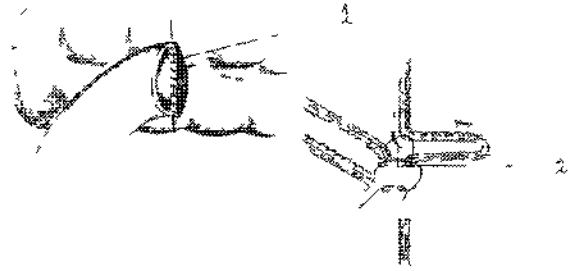
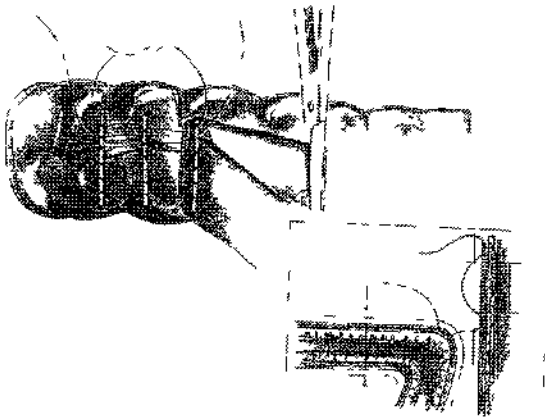
62502

6



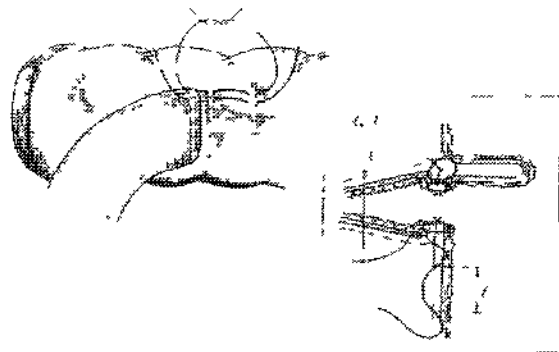
Фиг 3

Фиг 6



Фиг 4

Фиг 7



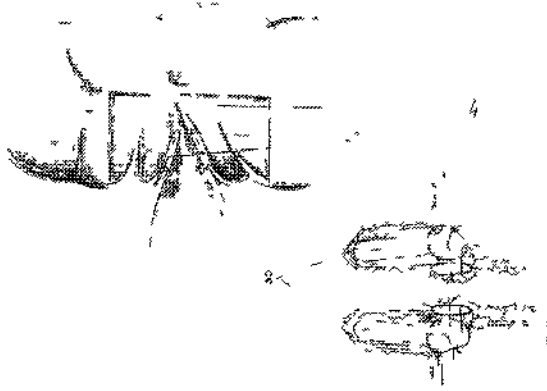
Фиг 5

Фиг 8

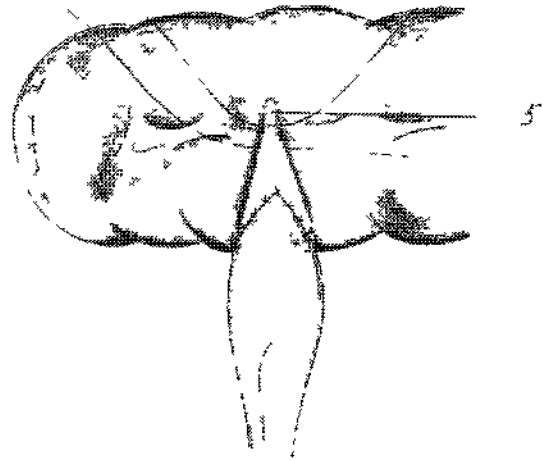
7

62502

8



Фиг. 4



Фиг. 10