УКРАЇНА

(19) UA (11) 62935 (13) U

(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ УКРАЇНИ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під відповідальність власника патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ КИШКОВОГО ТА БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

(21) u201101114
(22) 01.02.2011
(24) 26.09.2011
(46) 26.09.2011, Бюл.№ 18, 2011 р.
(72) САВОЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, ГОДЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, ВОВЧУК ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА
(57) Спосіб профілактики неспроможності швів кишкового та біліодигестивного анастомозу, що передбачає інтубацію тонкого кишечнику та холедоха після накладення ентеро-ентероанастомозу кінець в кінець, який **відрізняється** тим, що тонку кишку інтубують двоканальним зондом, що має на відстані 7-8 см дві роздувних манжети та мікроотвори для введення антисептичних речовин, а після накладення біліодигестивного анастомозу зонд вводять в холедох і, коли манжети знаходяться по обидва боки ентеро-ентероанастомозу та біліодигестивного анастомозу, їх дозовано роздувають.

1

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана для профілактики виникнення неспроможності швів кишкового та біліодигестивного анастомозу.

Відомий спосіб профілактики неспроможності швів, що передбачає для профілактики виникнення неспроможності швів кишкового анастомозу використання зондів. Наприклад зонд Мюллера-Еббота, який складається з двох спарених трубок, поліхлорвінілової діаметром 2,5 мм і гумової діаметром 0,5 мм. На кінці поліхлорвінілової трубки укріплена олива від звичайного дуоденального зонда, поверх якої прив'язаний балончик з тонкої гуми довжиною 5,0 см. Гумова трубка закінчується, не доходячи 1,5 см до балончика (Ліневскій Ю. В., Павлова І. С. Штучна гіпотонія в рентгендіагностиці захворювань кишечника, Київ, 1976, с. 26-28).

До недоліків відомого способу відносяться труднощі проведення зонда через підкову 12-палої кишки. Ця процедура особливо ускладнюється у пацієнтів, оперованих раніше на органах черевної порожнини. Безуспішні спроби проведення зонда за даними різних авторів коливаються від 10 до 30 %. Відсоток невдалих спроб інтубації тим більше, чим вираженіший спайковий процес. Також недоліком відомого способу є погана керованість зондом внаслідок виконання провідника з твердого матеріалу, неможливість контролю за проведенням і просуванням зонда. Інтубація тонкої кишки через пряму, ободову і сліпу кишки в технічному плані дуже складна.

2

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики неспроможності швів кишкового та біліодигестивного анастомозу" поставлене завдання шляхом проведення одночасної дозованої декомпресії тонкого кишківника та біліодигестивного анастомозу захистити, за допомогою двоканального зонду з двома роздувними манжетами, ентеро-ентероанастомоз та біліодигестивний анастомоз, унеможливити виникнення в ранньому післяопераційному періоді розходження швів кишкового та біліодигестивного анастомозів, а також проведення місцевого лікування введенням в просвіт тонкого кишківника та холедоха антисептичних речовин.

Поставлене завдання здійснюють способом, що передбачає інтубацію тонкого кишківника та холедоха після накладення ентеро-ентероанастомоза кінець в кінець, тонку кишку інтубують двоканальним зондом, що має на відстані 7-8 см дві роздувних манжети та мікроотвори для введення антисептичних речовин, а після накладення біліодигестивного анастомозу, зонд вводять в холедох і, коли манжети знаходяться по обидва боки ентеро-ентероанастомоза та біліодигестивного анастомозу, їх дозовано роздувають.

Спосіб здійснюється таким чином, після накладення ентеро-ентероанастомозу 2 та біліодигестивного анастомозу 6 в просвіт кишки 1 та холедоха 7 вводиться зонд 4 і, коли манжети 3 знаходяться по обидва боки ентеро-ентероанастомоза та біліодигестивного анастомозу, їх дозовано роздувають. Зонд встановлюється на 5-7 днів для забезпечення профілактики не-

(19) UA (11) 62935 (13) U

спроможності швів, а також для проведення місцевого лікування введенням в просвіт тонкого кишківника та холедоха антисептичних речовин за допомогою мікроотворів 5.

Клінічний приклад: Хворий З., 66 років, І. Х. № 11175, знаходився в клініці хірургії № 2 Вінницького Національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, що розміщена на базі МКЛ ШМД, з 15.10.10 по 30.10.10 з клінічним діагнозом: повна зовнішня тонкокишкова нориця (операція 27.08.10 з приводу тонкокишкової странгуляційної непрохідності), спайкова хвороба очеревини. ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз, СН0. Під час відновної операції 17.10.10 було відновлено прохідність шлунково-кишкового тракту накладанням ентероентероанастомозу кінець в кінець із проведенням за лінію швів запропонованого зонду. Ускладнень в післяопераційному періоді у хворого під час лікування не спостерігалось. Зонд був успішно видалений на 10 день після відновлення пасажу хімуса по шлунково-кишковому тракту.

Запропонований спосіб профілактики неспроможності швів ентеро-ентероанастомозу та біліодигестивного анастомозу, дозволив знизити ймовірність неспроможності співустя і летальність, пов'язану з цим ускладненням. Таким чином, суттєвими перевагами запропонованого способу профілактики неспроможності ентероентероанастомозу та біліодигестивного анастомозу є:

1. Забезпечення ефективної декомпресії шлунково-кишкового тракту і області анастомозу після операції.

2. Створення сприятливих умов для відновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту в післяопераційному періоді.

3. Дренування дозволяє укладати петлі кишечника і таким чином унеможливити виникнення в ранньому післяопераційному періоді кишкової непрохідності.

4. Захист лінії шва холедоходуоденоанастомозу.

5. Можливість дозованої тимчасової зовнішньої декомпресії жовчі.

6. Методика дає можливість відмовитись від формування холедоходуоденоанастомозів, що в свою чергу профілактує аерохолію, утворення "сліпих" мішків у дистальному відділі холедоха, профілактує можливість виникнення холангітів.

7. Може застосовуватись при лікуванні гнійних холангітів.

8. Має переваги перед папілосфінктеротомією - не руйнується структура великого дуоденального сосочка.

9. Використання створеного зонда дає можливість повноцінного місцевого лікування та профілактики холангіта за рахунок неможливого розповсюдження розчинів через роздуту манжетку.

10. Як альтернативний метод може бути використаний при гнійних холангітах, коли є протипоказання до створення анастомозів внутрішнього дренування.

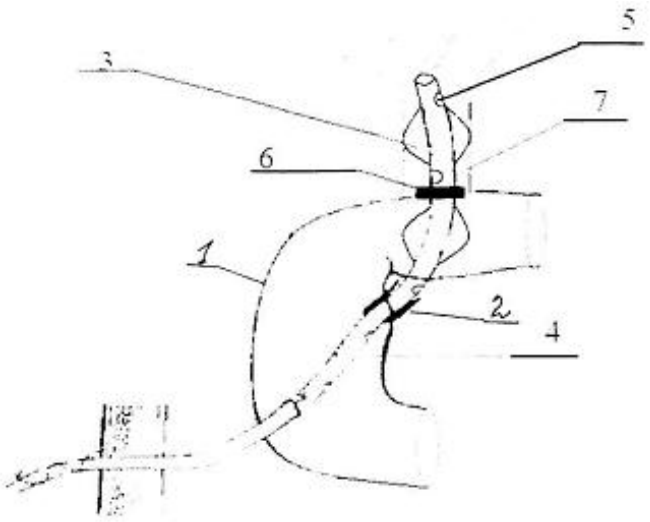
11. Профілактує тимчасово транспорт інфікованої жовчі в дванадцятипалу кишку, що зменшує ендогенну інтоксикацію.

12. Необхідно переглянути положення, що всім хворим, у яких є холедохолітіаз з розширенням холедоха, показано створення внутрішніх біліодегестивних анастомозів чи папілосфінктеротомія з її ускладненнями

13. У запропонованій методиці практично немає протипоказів до застосування і ускладнень.

14. При ятрогенних ушкодженнях протоків після відкритих чи малоінвазивних оперативних втручаннях

зонд виводиться ззовні через мікродуоденостомічний отвір на боковій поверхні живота.



Фіг.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова Підписне Тираж 23 прим.

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601