



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55583 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ У-ПОДІБНОГО ЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ

1

2

(21) а200912676

(22) 07.12.2009

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл.№ 24, 2010 р.

(72) СУХОДОЛЯ АНАТОЛІЙ ІВАНОВИЧ, ПЕТРУШЕНКО ВІКТОРІЯ ВІКТОРІВНА, КОСТЮК ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, МЕЛЬНИЧУК ОЛЕНА ІВАНІВНА, СУХОДОЛЯ СЕРГІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ

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

(57) Спосіб накладання У-подібного ентероанастомозу в умовах перитоніту, що передбачає пересічення порожньої кишки, виведення її проксимального кінця через контрапертуру на передню черевну стінку зліва в мезогастральній ділянці у вигляді ентеростоми; дистальний кінець анастомозують з проксимальним на відстані 30-40 см від виведеної стоми бік-в-бік, який **відрізняється** тим, що міжкишковий анастомоз накладається з використанням імплантанта з "пам'яттю форми", виготовленого з нікеліду титану.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використана для профілактики післяопераційного перитоніту.

Відомий спосіб накладання єюности у вигляді У-подібного анастомозу лежить в основі операції Майдля [Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. - М.: Медицина, 1986. - 144 с.]. Суть основних етапів операції Майдля полягає в тому, що після лапаротомії виконується усунення причини, яка призвела до накладання єюности. Основними показами до накладання єюности є: 1) опік стравоходу та шлунка, який призвів до рубцевого стенозу цих органів; 2) неспроможність стравохідно-шлункових та стравохідно-кишкових анастомозів; 3) повні нориці (патологічні) в початковому відділі порожньої кишки, інфрапапілярні нориці дванадцятипалої кишки. Слідуючим етапом є пересічення порожньої кишки в поперечному напрямку на 25-30 см нижче дуоденально-єюнального переходу. Проксимальний кінець петлі порожньої кишки вшивають в дистальний її кінець по типу «кінець в бік» на відстані 30-40 см від місця пересічення вузловими швами. Потім дистальний кінець порожньої кишки через контрапертуру виводять на шкіру в лівій підреберній ділянці й фіксують до шкіри вузловими швами з формуванням губоподібної нориці.

Недоліком описаного способу являється те, що залишається висока вірогідність неспроможності міжкишкового анастомозу в умовах перитоніту.

В основу корисної моделі «Спосіб накладання У-подібного ентероанастомозу в умовах перитоні-

ту» поставлене завдання зменшити ризик неспроможності швів в ділянці анастомозу та попередити виникнення або прогресування післяопераційного перитоніту шляхом накладання У-подібного компресійного відтермінованого ентероанастомозу з використанням імплантанта з «пам'яттю форми», виготовленого з нікелід титану, в поєднанні з єюностомою.

Це досягається способом, що передбачає накладання відтермінованого У-подібного міжкишкового анастомозу бік-в-бік з використанням імплантанта з «пам'яттю форми», що дає можливість відновити прохідність кишківника (функціонування) через 7-8 днів, коли ризик неспроможності анастомозу і виникнення післяопераційного перитоніту зведені до мінімуму. Декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту відбувається через проксимальну частину кишки, яку виведено у вигляді ентеростоми на передню черевну стінку зліва.

Вище перераховані нові ознаки (накладання У-подібного міжкишкового ентероанастомозу з використанням імплантату з «пам'яттю форми») при взаємодії з відомими ознаками (резекція ділянки тонкої кишки, виведення єюности) забезпечують виявлення нових технічних властивостей винаходу і одержання технічного результату - відтермінованого відновлення прохідності по анастомозу, яке зменшує ризик неспроможності швів в ділянці анастомозу і цим самим попереджує виникнення післяопераційного перитоніту.

На Фіг. 1 - етап накладання між кишкового

(13) U

(11) 55583

(19) UA

анастомозу бік-в-бік за допомогою імплантанта з «пам'яттю форми»; на Фіг. 2 - кінцевий вигляд У-подібного відтермінованого міжкишкового анастомозу з ентеростомою.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують верхню серединну лапаротомію, остаточно встановлюють причину перитоніту, виконують санацію черевної порожнини, ререзекцію ділянки кишки з неспроможним анастомозом. Техніка мобілізації тонкої кишки, перев'язка судин брижі тонкої кишки та власне ререзекцію тонкої кишки виконують традиційно. Дистальний та проксимальний кінці порожньої кишки зашивають дворядними швами, формують культі. Відступивши 30-40 см від лінії шва проксимального відрізка кишки, до останнього окремими вузловими серозно-м'язевими швами в поздовжньому напрямку на протязі 4-5 см фіксують дистальний відрізок по типу «бік в бік». У співставлених відрізках кишки за допомогою гострокінцевого пінцета та скальпеля виконують наскрізні отвори в просвіт кишківника розміром до 5 мм для введення імплантанта. Краї отворів беруть на 2 лігатурні тримачки з тонкого кетгуту. Безпосередньо перед імплантацією контейнер з компресійним виробом переносять на операційний стіл та надають імплантату необхідну форму так, щоб ступінь деформації не перевищувала 10 % вихідного стану, тобто не більше 5-6 мм. Захвативши компресійний імплантат затискачем Білрота, його повільно вводять в просвіт привідного, а другий - в просвіт відвідного відрізків кишки (Фіг. 1). Отвори, через які вводили імплантат, зашивають окремими 3-4 швами (Фіг. 2).

Привідний відрізок тонкої кишки виводять на передню черевну стінку у вигляді одноствольної єюностоми. В ділянці виведення єюностоми апоплексроз розсікають хрестоподібно. З метою профілактики нагноєння підшкірно-жирової клітковини в ділянці єюностоми парістальну очеревину підшивають до шкіри. Через сформований канал виводять привідну петлю тонкої кишки з ділянкою брижі, яку фіксують окремими вузловими швами до парістальної очеревини. Черевну порожнину дреновують дренажами. Лапаротомну рану зашивають пошарово. Єюностому розкривають зразу ж після операції та встановлюють калоприймач.

Під дією температури тіла пацієнта імплантат поступово набуває вихідної форми на 100 %. Під час стискання імплантату утворюється пролежень в стінці привідної та відвідної кишок. На 7-8 добу некротизовані частини стінок, разом з імплантатом, відходять у відвідну петлю. В ділянці пролеж-

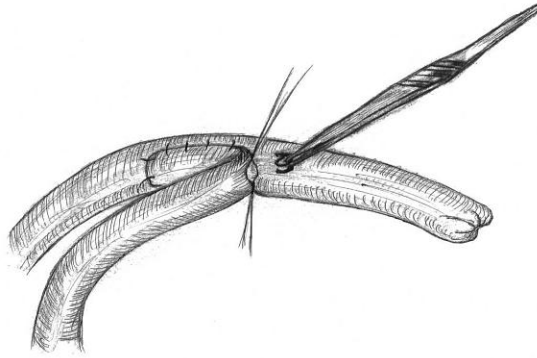
ню відновлюється прохідність по кишківнику, тобто утворюється анастомоз.

Приклад.

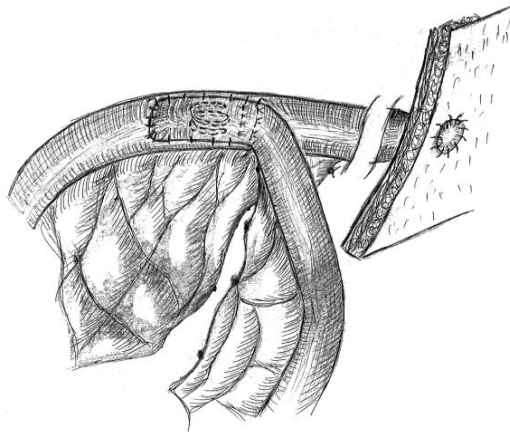
Хворий П., (історія хвороби № 1257) 66 років, госпіталізований в клінічну лікарню 06.04.2009 в екстреному порядку з клінічною картиною гострої кишкової непрохідності та розлитого перитоніту через 4 доби з моменту захворювання. На момент поступлення стан хворого вкрай важкий, обумовлений основним захворюванням. По аналізам – лейкоцитоз 11,5 тис. з палочкоядерним нейтрофілієм зсувом вліво, загальний білок - 45 г/л.

Хворий попередньо госпіталізований в реанімаційне відділення для проведення передопераційної підготовки. Через 5 годин інтенсивної передопераційної підготовки хворому виконано оперативне втручання. В якості оперативного доступу використана середньо-серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини виявлено заворот тонкої кишки з гангrenoю та перфорацією на відстані 50 см від ілеоцекального кута, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт, термінальна фаза. Після проведеного біля операційного столу консиліума визначений об'єм операції: виконана резекція гангренозно зміненої ділянки тонкої кишки з формуванням У-подібної ентеростоми з компресійним відтермінованим міжкишковим анастомозом. Черевна порожнина санована та дренована 6 трубчатими дренажами. Оперативне втручання завершено пошаровим зашиванням черевної порожнини наглухо. Післяопераційний період протікає важко. На протязі 4-х діб післяопераційного періоду у хворого був дебіт по назогастральному зонду 1200-1400 мл за добу, при відсутності виділень по ентеростомі. Лише починаючи з 5 доби після появи перистальтики кишківника ентеростома почала функціонувати. В палату хірургічного відділення хворий переведений на 5 добу, дренажі з черевної порожнини забрано на 6-7 добу. Назогастральний зонд видалено на 6 добу післяопераційного періоду. З 6 по 8 добу об'єм виділень по ентеростомі складав 2000 мл. З 9 доби об'єм виділень по ентеростомі зменшився до 300 мл. Компресійний пристрій разом з кишковими виділеннями виділився через ентеростому. В ці строки післяопераційного періоду хворий повністю був переведений на ентеральне харчування. Шви з лапаротомної рани зняті на 11 добу післяопераційного періоду, загоювання первинним натягом.

Виписаний із стаціонару з неповною зовнішньою тонкокишковою норичею. Добовий дебіт кишкових виділень 100-200 мл.



Фіг. 1



Фіг. 2