



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51082 (13) A

(51) B A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ**

1

2

(21) 2001129111

(22) 27 12 2001

(24) 15 11 2002

(46) 15 11 2002, Бюл. №11, 2002 р.

(72) Суходоля Анатолій Іванович, Власов Василь Володимирович, Козак Іван Олександрович, Підмурняк Олександр Олексійович, Кланца Андрій Іванович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. ПИРОГОВА, Суходоля Анатолій Іванович, Власов Василь Володимирович,

Козак Іван Олександрович, Підмурняк Олександр Олексійович, Кланца Андрій Іванович

(57) Спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту, що включає резекцію ділянки кишки, формування дистальної і проксимальної кукс накладанням анастомозу, який відрізняється тим, що накладання анастомозів виконують в декілька етапів під час релапаростомії, при цьому перший ряд серо-серозних швів задньої губи анастомозу "бік в бік" накладають при першій операції, а передню губу анастомозу формують під час подальших релапаростомій

Вінахід відноситься до медицини, зокрема хірургії, і може бути використаний при хірургічному лікуванні перитоніту та кишкової непрохідності

Відомі способи профілактики неспроможності міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту за допомогою консервованої мозкової оболонки, фібринового клею, декомпресії кишковика зондом або єюностомією, наприклад, по типу Майдлє

Однак досягти повної герметизації анастомозу мозковою оболонкою практично неможливо, тотальна інтубація кишковика небезпечна в зв'язку з можливістю пошкодження стінки кишковика під час її виконання, а післяопераційний період супроводжується такими ускладненнями як синусит, паротит, пневмонія, шлунково-стравохідний рефлюкс, пролежні слизової оболонки, способи відкритої декомпресії, наприклад, єюностома по типу Майдлє суттєво збільшує час операції, а її накладання в проксимальних відділах тонкого кишковика веде до втрати великої кількості кишкового вмісту і швидкого виснаження хворого. Надійність анастомозів в більшій мірі залежить від умов в яких вони накладаються, ніж від методики і техніки накладання та застосування різних матеріалів для герметизації лінії швів

Також відомий спосіб профілактики неспроможності міжкишкового анастомозу при перитонітах за допомогою склеювання стінок кишок в проекції лінії швів біологічним або штучним клеєм під час виконання оперативного втручання //Профілактика несостоятельности межкишечных анастомозов

при перитоните /Ф.Г. Купачек, С.Ф. Красенко, Б.О. Мильков, А.Г. Ифтодий // Клиническая хирургия, – 1984 – № 6, – С. 71-72/

Недоліком способу є можливість алергічних реакцій хворого, відсутність повної герметизації стінок кишок в разі тліючого перитоніту, неможливість точного моделювання анастомозу після склеювання стінок кишок

В основу винаходу "Спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту" поставлене завдання шляхом удосконалення методу накладання анастомозу забезпечити його герметичність і спроможність в післяопераційному періоді, скоротити тривалість операції, підвищити ефективність лікування. Це досягається способом, що включає резекцію ділянки кишки, формування дистальної і проксимальної кукс, накладання анастомозу, в якому згідно з винаходом накладання анастомозів виконують в декілька етапів під час релапаростомії, при цьому перший ряд серо-серозних швів задньої губи анастомозу "бік в бік" накладають при першій операції, а передню губу анастомозу формують під час послідовних релапаростомій. Етапне накладання анастомозу під час повторних релапаростомій після того, як на першій операції накладають перший ряд серо-серозних швів задньої губи анастомозу, гарантує герметичність і спроможність в післяопераційному періоді міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту та кишкової непрохідності

Спосіб здійснюється наступним чином. На

(13) A

(11) 51082

(19) UA

першому етапі спочатку виконують верхньо-серединну або середньо-серединну лапаротомію та ретельну ревізію органів черевної порожнини. Потім видаляють джерело інфекції або ліквідують причину захворювання і проводять санацію черевної порожнини антисептичним розчином. Далі виконують резекцію некротизованого кишечника, якщо він є, в межах здорових тканин за загально-прийнятою методикою і формують дистальну кукру резектованого кишечника після її декомпресії. За допомогою металевої струни з потовщенням на кінці в проксимальний відділ кивовика проводять полі-хлорвініловий зонд діаметром до 8мм з багатьма боковими отворами на 1/3 діаметра. Зонд проводять через шлунок і виконують проточний інтраопераційний внутрішньокішковий лаваж та одночасно проводять декомпресію проксимального відділу кишковика. Зонд залишають в кишковикі, після чого формують проксимальну куксу. На першій операції накладають вузлові серо-серозні шви задньої губи міжкишкового анастомозу "бік в бік" та завершують її програмованою лапарастомією. Зонд для декомпресії залишають на 30см за міжкишковим анастомозом. Остаточне формування анастомозу "бік в бік", тобто його передньої губи та кінцеву санацію черевної порожнини виконують під час послідовних релапаростомій, другий ряд швів на задню губу не накладають. В разі повної спроможності міжкишкового анастомозу та ліквідації запального процесу в черевній порожнині операційну рачу передньої черевної стінки пошарово зашивають. В перші дні післяопераційного періоду розпочинають ентеральне череззондове харчування, а після відновлення перистальтики і внутрішньокішкового пасажу зонд, введений під час першої операції, видаляють.

Приклад. Хворий К., 1956 р.н., знаходився на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні з діагнозом заворот тонкої кишки з некрозом стінки, гостра кишкова непрохідність, гнійний дифузний перитоніт. Хворіє на протязі п'яти днів. Поступив у

вкрай тяжкому стані, з явищами перитоніту і вираженої інтоксикації. Живіт піддутий, напружений, асиметричний, перкуторно тимпанічний звук з приглушенням з фланків, при пальпації болючий на всьому протязі, позитивний симптом Блюмберга-Щоткіна, еускультативно кишкові шуми не вислуховувалися. На оглядових рентгенограмах черевної порожнини велика кількість горизонтальних рівнів чаші Клойбера. Після короткої інтенсивної передопераційної підготовки за життєвими показами виконана операція лапаротомія, ліквідація завороту з накладеними на привідну і відвідну петлі затискачами, санація черевної порожнини, резекція некротизованої ділянки довжиною 35см, формування кукс привідної та відвідної петель після їх декомпресії і лаважу та зондування привідної петлі. Операцію завершили формуванням задньої губи міжкишкового анастомозу "бік в бік" вузловими швами, дренажуванням черевної порожнини і накладанням програмованої лапарастомії. В ранньому післяопераційному періоді хворий отримував відповідну інфузійну терапію, а через 24 години виконана запланована санаційна релапаротомія, яка показала значне покращання внутрішньочеревного стану. Анастомоз завершили на другій релапарастомії після профілактичної санації та накладання передньої губи анастомозу "бік в бік", а згодом операційна рана черевної стінки пошарово закрита. В подальшому післяопераційний період протікав без ускладнень, рани зажили первинним натягом. Поступово видалили дренажі черевної порожнини, а на 7-8 добу після відновлення кишкового пасажу був забраний зонд. Хворий в задовільному стані виписаний додому.

Запропонований спосіб накладання міжкишкового анастомозу в умовах перитоніту та кишкової непрохідності застосований при лікуванні 14 хворих, показав хороші результати в ранній та віддалений післяопераційні періоди. Неспроможності анастомозів не було.