

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

Відомий спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту, що включає резекцію ділянки кишки, формування дистальної і проксимальної кукс, накладання анастомозу в декілька етапів під час релапаротомії, де перший ряд серо-серозних швів задньої губи анастомозу "бік в бік" накладають при першій операції, а передню губу анастомозу формують під час подальших релапаростомій [А.І.Суходола, В.В. Власов, І.О. Козак, О.О. Підмурняк, А.І. Кланца "Спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту" Україна UA 51082].

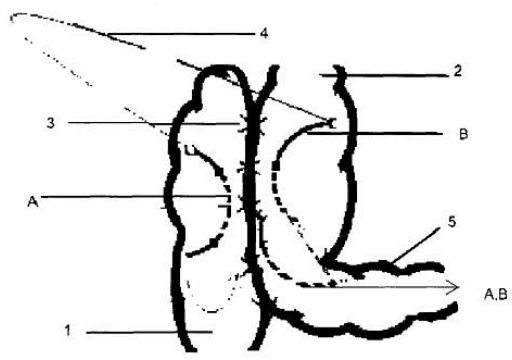
Недоліком способу є необхідність повторних лапаротомій з метою завершення формування анастомозу, неможливість точного моделювання анастомозу на запаленій кишці, можливість реінфікування черевної порожнини під час завершення анастомозу.

В основу корисної моделі "Спосіб накладання міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту" поставлене завдання шляхом удосконалення методу етапного накладання анастомозу, забезпечити його герметичність і спроможність в післяопераційному періоді, скоротити час операції, зменшити кількість релапаротомій, підвищити ефективність лікування. Це досягається способом, що включає резекцію кишки, формування дистальної і проксимальної кукс, накладання анастомозу в декілька етапів під час релапаротомій, в якому згідно з корисною моделлю формування передньої та задньої губи анастомозу виконують під час основної операції, а відкриття просвіту анастомозу завершують без повторних релапаротомій.

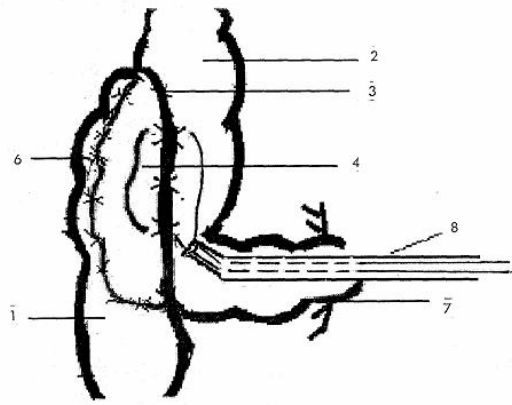
Спосіб здійснюється наступним чином. Після лапаротомії виконують резекцію нежиттєздатного сегменту кишки. Формують куксу відповідної кишки 1 (Фіг.1). Привідну кишку 2 мобілізують таким чином, щоб в подальшому виконати колостому, після чого формують задню губу анастомозу "бік в бік" серозом'язовими швами 3 довжиною, що дорівнює діаметру відповідної кишки. Монофільною ниткою 4 (2\0-3\0) з голками "А" і "Б" на відстані 8-10мм від лінії задньої губи 3 і паралельно їй голкою "А" прошивають відповідну кишку 1 через її просвіт так, щоб довжина нитки в просвіті кишки дорівнювала $3\sqrt{4}$ діаметру відповідної кишки. Голку "А" повертають і занурюють в просвіт привідної кишки 2 навпроти вколу її з відповідної кишки 1 на відстані 8-10мм від лінії задньої губи і, через підготовлений до колостоми сегмент 5, разом з ниткою виводять за межі кишки. Голку "Б" занурюють в просвіт привідної кишки 2 навпроти вколу голки "А" на відстані 8-10мм від лінії задньої губи 3 і також виводять за межі привідної кишки. Накладають серозом'язові шви 6 для формування передньої губи анастомозу (Фіг.2). Таким чином, між привідною 2 і відповідною 1 сегментами кишок утворюється широка поверхня зіткнення стінок кишківника з підготовленою задньою і передньою губами анастомозу. Формують колостому 7 за загальними правилами, через яку виходять кінці нитки 4. Остаточне формування анастомозу завершують після усунення явищ гнійного перитоніту та відновлення пасажу. Цей етап виконують шляхом проведення кінців ниток через трубку 8 (чоловічий уретральний катетер), яку по нитках просувають до контакту з внутрішньою стінкою привідної кишки, після чого тяга за нитки призводить до прорізування стінок привідної і відповідної кишок з відкриттям просвіту анастомозу.

Приклад. Хворий М., 57 років госпіталізований в хірургічне відділення на 4 добу від початку захворювання в край важкому стані з явищами перитоніту і ознаками септичного шоку. Живіт напружений, асиметричний, з високим тимпанітом. Латерографія на лівому боці виявила широкий горизонтальний рівень і вільний газ в черевній порожнині. Після інтенсивної підготовки виконана лапаротомія. Виявлено заворот сигмовидної кишки з некрозом і мікроперфорацією в зоні некрозу, загальний гнійний перитоніт. Після часткової аспірації вмісту, єдиним блоком виконана резекція сигмовидної кишки. Санація черевної порожнини. Сформована культя відповідної кишки. Мобілізована ліва половина товстої кишки з подальшою аспірацією вмісту та лаважем. Виконано формування анастомозу по запропонованому способу, з формуванням колостоми в лівій здухвинній ділянці. Лапаростомія. Двічі проводились санаційні релапаротомії, на яких при обстеженні зони анастомозу виявлене надійне з'єднання відповідної і привідної кишок. Пасаж по кишківнику відновився на 7 добу, після чого стан хворого поступово покращився, і на 11 добу виконано завершення відкриття анастомозу. На 14 добу повністю відновився нормальний пасаж. Хворий регулярно оправлявся. На 21 добу хворий виписаний в задовільному стані з рекомендаціями повторної госпіталізації для позаочередового закриття колостоми.

Запропонований спосіб формування міжкишкового анастомозу може бути рекомендований при лікуванні ослаблених хворих з важкими формами кишкової непрохідності з явищами перитоніту, коли традиційні методи виконання анастомозів мають значний ризик виникнення неспроможності анастомозу.



Фиг. 1



Фиг. 2