



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7674 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ СТВОРЕННЯ ДУОДЕНОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ЗАОЧЕРЕВИННИХ РОЗРИВАХ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ**

1

2

(21) 20040705756

(22) 13.07.2004

(24) 15.07.2005

(46) 15.07.2005, Бюл. № 7, 2005 р.

(72) Поліщук Олександр Миколайович, Покидько
Марія Іванівна(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб створення дуоденоентероанастомозу при заочеревинних розривах дванадцятипалої кишки в умовах гнійного перитоніту передбачає накладання швів, який відрізняється тим, що створюють відстрочений анастомоз накладанням кисетного шва на слизово-підслизовий шар кукуси дванадцятипалої кишки, а потім занурюють кукусу в просвіт відповідної петлі інвагінаційними серозно-м'язовими швами.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургічних способів кишкових анастомозів.

Відомий спосіб профілактики неспроможності міжкишкових анастомозів в умовах перитоніту передбачає накладання анастомозу в декілька етапів під час релапаротомії, при цьому перший ряд серозозних швів задньої губи анастомозу "бік в бік" накладають при першій операції, а передню губу анастомозу формують під час подальших релапаротомій [UA №51082, 2002р. А61В17/00].

Недоліком способу є повторне відкриття просвіту кишківника, загроза реінфікування кишковим вмістом

В основу корисної моделі "Спосіб створення дуоденоентероанастомозу при заочеревинних розривах дванадцятипалої кишки в умовах перитоніту" поставлене завдання шляхом формування відстроченого дуоденоентероанастомозу створити умови для герметизації і заживлення швів анастомозу, попередити неспроможність анастомозу, підвищити ефективність лікування розривів дванадцятипалої кишки в умовах перитоніту. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає створення відстроченого анастомозу шляхом прошивання хромованим кетгутом слизово-підслизового шару кукуси дванадцятипалої кишки кисетним швом по краю кишки без захоплення серозно-м'язового шару, з подальшим зануренням кукуси дванадцятипалої кишки в просвіт відповідної петлі, з накладанням інвагінаційних серозно-м'язових вузлових швів

На кресленні зображена схема анастомозу і

основні моменти закінчення операції.

Спосіб здійснюється таким чином.

При заочеревинних розривах дванадцятипалої кишки при супутній флегмоні та інфільтрації стінки дванадцятипалої кишки з інфільтрату мобілізують кишку в місці розриву, перетинають проксимально від розриву, виділяють кукусу дванадцятипалої кишки 1 протягом 1,5-2,0см, слизово-підслизовий шар по краю прошивають кисетним швом хромованим кетгутом 2 і зав'язують. Цією ж ниткою фіксують зонд 3 у відповідній кишці, який виводиться через ентєростому 8. Дистальний відділ кишки 4 мобілізують до рівня менш зміненої тонкої кишки, при цьому в деяких випадках, в залежності від місця дефекту кишки, є необхідність переміщення кишки наперед від мезентеріальних судин. Ушиту кисетним швом кукусу 2 дванадцятипалої кишки інвагінаційними вузлуватими швами 5 занурюють в просвіт тонкої кишки 4. Операцію закінчують накладанням ентєростоми 8 з виведенням зонду 3 привідної петлі 3, з метою контролю стану анастомозу, проведенням зонду 6 для ентєрального живлення у відповідну петлю, проведенням назодуоденального зонду 7 для декомпресії кукуси дванадцятипалої кишки. Спосіб, що пропонується, дозволяє відстрочити на деякий час пасаж кишкового вмісту по анастомозу, тим самим усувається навантаження на серозно-м'язові шви анастомозу і створюються умови для герметизації і заживлення лінії швів. По мірі підвищення тиску в кукусі дванадцятипалої кишки і прорізування кисетного шва на слизово-підслизовому шарі, на 5-6 добу, при сприятливому перебігу, настає самостійне відкриття

(19) UA (11) 7674 (13) U

просвіту дванадцятипалої кишки в просвіт тонкої кишки - таким чином створюється відстрочений анастомоз. Проведений у відвідній кишці зонд дозволяє точно визначити час відкриття анастомозу, а тяга за нього спроможна усунути запізнення розкриття анастомозу

Приклад

Хвора М., 1975р.н. поступила в хірургічне відділення на п'яту добу після перенесеної операції в районній лікарні з приводу закритої травми органів черевної порожнини, розриву брижі тонкої кишки, кровотечі у вільну черевну порожнину. Загальний стан тяжкий, з явищами перитоніту та вираженої інтоксикації. Живіт напружений, кишкові шуми не вислуховуються, через контрапертуру в правій здухвинній ділянці виділяється вміст з домішками жовчі. Лапаротомна рана в стані нагноєння. Після передопераційної підготовки за життєвими показами виконана релапаротомія. В черевній порожнині та в порожнині великого чепця гнійно-фібринозний вміст з домішками жовчі. Виявлений заочеревенний розрив дванадцятипалої кишки з виворотом слизової на 2/3 діаметру з некрозом

заочеревенної клітковини в місці пересічення з верхньо-брижовими судинами. Мобілізована дванадцятипала кишка пересічена по краю розриву і сформована кукса описаним способом. Відвідна кишка мобілізована в межах придатних для анастомозування, при цьому виведена попереду від верхньо-брижових судин. Кукса дванадцятипалої кишки інвагінаційними швами занурена у відвідну кишку. Операцію завершили назодуоденальною ітубацією кукси дванадцятипалої кишки, етеростомією з трубкою для контролю анастомозу і зондом в відвідну кишку для живлення, дренажування заочеревенного простору і черевної порожнини, лапаростомією. Через 48 годин виконана запланована санація черевної порожнини з оглядом анастомозу. На 5 добу по контрольній трубці почала відходити жовч в значній кількості, а дренажування через назогастральний зонд припинилось. В подальшому післяопераційний період проходив без ускладнень. Етеростома закрита позаочеревенним способом через 3 тижні. Барій-контрастна рентгенографія виявила задовільну прохідність анастомозу.

