



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29213 (13) A

(51) B A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ КОРОТКОЇ КИШКИ

(21) 98010524

(22) 30.01.1998

(24) 16.10.2000

(33) UA

(46) 16.10.2000, Бюл. № 5, 2000 р.

(72) Жученко Павло Сергійович, Жученко Сергій Павлович, Біктіміров Олексій Вікторович

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

(57) Спосіб профілактики синдрому короткої кишки, шляхом розтину серозно-м'язового шару, який відрізняється тим, що проксимальніше анастомозу формують комплекси, які складаються з нетравмованої частини кишки, звуженої та розширеної, які утворюють вилученням поздовжніх серозо-м'язових клаптів веретеноподібної форми з протибрижового краю, зшиванням країв рани на місці звуження, та підшиванням до країв рани кукси брижі тонкої кишки або сальника.

Винахід належить до медицини, а саме: до способів хірургічного лікування, - і може бути використаний для профілактики синдрому короткої кишки після обширної (субтотальної) резекції тонкої кишки.

Після обширної (субтотальної) резекції тонкої кишки через те, що кишковий вміст затримується надто короткий час в кишковому залишку, досить часто в організмі з'являється комплекс функціональних і морфологічних порушень, що мають назву "синдром короткої кишки", який супроводжується загальною слабкістю, постійним відчуттям спраги і голоду, діареєю, стеатореєю, лікатореєю, погіршенням всмоктування жирів, білків, анемією, значною втратою маси тіла, кахексією і інше (Даиров А.Б., 1970; Величко В.М., Сипаров И.Н., 1974; Сипаров И.Н. с соавт., 1978; Топузов В.С., Заика В.А., 1986, 1990; L.D. Gibson с соавт., 1962; P.S. Partinson с соавт., 1973 та ін.), що в ряді випадків є причиною смертності, яка сягає 18,7-70,0%.

Відомий спосіб лікування синдрому короткої кишки (А. с. № 1375249, А61В17/00, 1988), де після резекції тонкої кишки формують анастомоз, проксимальніше якого розрізують поздовжній м'язовий шар по периметру кишки в трьох місцях, після чого розсовують краї перерізаного шару. Недоліком цього способу є те, що місця діастазу поздовжнього м'язового шару, утвореного в трьох місцях, не прикритих серозною оболонкою, будуть не тільки слабкою зоною, де загоювання проходитиме вторинним натягом, що сприятиме розвитку надмірної рубцевої тканини спайкового процесу, але призведуть до звуження кишкового прорізу, деформації і до кишкової непрохідності.

Відомий також спосіб хірургічної корекції синдрому короткої кишки шляхом затримки просування кишкового вмісту створенням двох сфінктерів циркулярним вилученням клаптів поздовжнього м'яза, окрім брижового краю, з наступним зшиванням цих країв Schiller W.H., Didio L.G.A. Production of Artificial sphincters Ablation of the longitudinal Layer of the intestine. - Arch/ Surg., 1967, 95, p. 436-442).

Недоліком вказаного способу - локальне звуження кишкового прорізу як за рахунок вилученого циркулярного клаптя поздовжнього м'яза кишки, так і утворення на його місці рубця, порушення еластичності.

В основу винаходу поставлене завдання профілактики синдрому короткої кишки забезпеченням рівномірного сповільнення пересування кишкового вмісту по всьому залишку тонкої кишки після субтотальної її резекції, збереження еластичності травмованої частини, залучення допоміжних транспортних систем (розвитку кровопостачальних судин), профілактики запалення та надмірного звуження прозору, деформації кишкового залишку.

Це досягається гофруванням залишку тонкої кишки після її резекції, тобто формуванням комплексів, що складаються з однакових за довжиною зон нетравмованої частини кишки, розширеної і звуженої. Розширення і звуження зони утворюють вилученням поздовжніх, веретеноподібних серозо-м'язових клаптів, після чого слизово оболонку в місцях утворених дефектів прикривають куксою брижі тонкої кишки або сальника. Розширення підшивають до обох серозо-м'язових країв, а в місцях звуження - ушивають вказані краї.

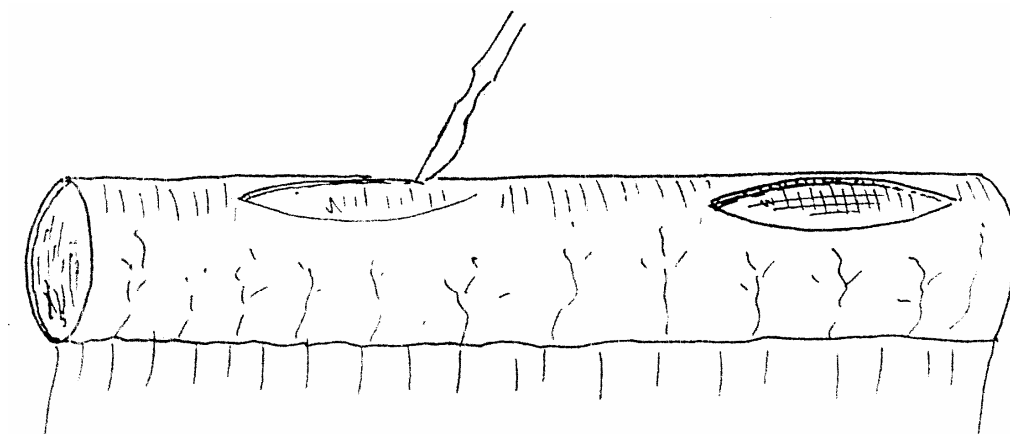
Спосіб здійснюється таким чином. Після субтотальної резекції тонкої кишки і формування загальноприйнятого анастомозу за типом "кінець в

кінець", відступивши від нього в проксимальний бік на 6-10 см, з протибрижевого краю двома овальними розтинами, перетинаючи всі шари кишки до слизової, утворюють веретеноподібний серозо-м'язовий клапоть довжиною 5-8 см (довжина кола кишки), а шириною 1,0-1,5 см (1/6 довжини кола). Після чого тупо відслоюють і вилучають цей клапоть (фіг. 1), і зшивають краї рани (фіг. 2а). Відступивши в проксимальний бік на 1,5-3,0 см, таким же чином вилучають серозо-м'язовий клапоть і з метою утворення розширення та захисту слизової оболонки і її васкуляризації, останню прикривають або куксою тонкокишкової брижі, або сальником, фіксуючи їх швами до країв рани (фіг. 2б). Далі, відступивши в проксимальний бік на відстань 6-10 см, формують наступний комплекс і так далі.

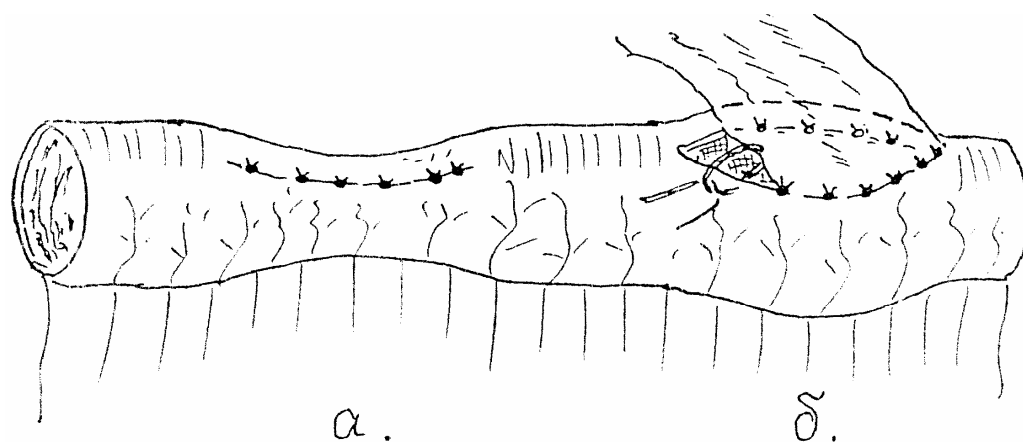
Приклад. Хворий Б., 66 років, пенсіонер, госпіталізований в хірургічне відділення клінічної лікарні ст. Вінниці з діагнозом гостра кишкова непрохідність 15-годинної давності. Операція - лапаротомія. Під час операції виявлено враження майже 5, 7 м тонкої кишки на відстані 42 см від ілеоцекального відділу і вище. Кишка темно-бурого кольору,

пульсації судин немає, розширена, тьмяна, набрякла. Брижа такого ж кольору. Враховуючи те, що у хворого виник тромбоз мезентеріальних судин, виконана обширна резекція тонкої кишки з формуванням анастомозу "кінець в кінець". Залишок тонкої кишки становив: клубової - 26-27 см, а тонкої - 130 см. З метою профілактики "синдрому короткої кишки" виконано гофрування кишкового залишку шляхом формуванню 4 комплексів. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Через 21 добу хворий виписаний додому. Частота випорожнень 2-4 на добу, кал близький до оформленого, кашоподібний. Хворий оглянутий через 6 місяців, почуває себе добре, їсть звичайну їжу, не переносить молоко. Частота випорожнень 1-2 на добу, кал оформлений, прибавив у вазі, виконує домашню роботу як і до захворювання.

Спосіб пройшов експериментальне вивчення та клінічне випробування і рекомендований для практичного використання. Він забезпечує рівномірне сповільнення пересування кишкового вмісту за кишковим залишком, нормалізацію випорожнень.



Фіг. 1



Фіг. 2

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 34 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
