



УКРАЇНА

(19) UA (11) 34767 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

(21) 99073789

(22) 05.07.1999

(24) 15.03.2001

(46) 15.03.2001, Бюл. № 2, 2001 р.

(72) Мороз Ігор Володимирович, Богачук Сергій Григорович, Півторак Володимир Ізяславович, Олійник Юрій Миколайович, Сливка Валерій Павлович

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

(57) Спосіб формування тонко-товстокишкового анастомозу, що виконується шляхом пошарового з'єднання стінок поперечного розрізу товстої і кінця тонкої кишок, відрізняється тим, що серозно-м'язова оболонка кінця тонкої кишки розтинається поздовжньо по протибрижовому краю і відшаровується з обох боків на чверть окружності органа, а підслизова основа та відшаровані клапті серозно-м'язового шару фіксуються на десерозованих бокових поверхнях товстої кишки дистальніше місця сполучення.

Вінахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може використовуватись при формуванні тонко-товстокишкових сполучень в абдомінальній хірургії.

Відомий спосіб формування тонко-товстокишкового анастомозу кінець в бік, при якому зі стінок товстої кишки формують поперечні складки, чим створюють клапанний механізм (див. Спосіб формирования замыкательного аппарата тонко-толстокишечного соустья. А.с. СССР № 1360704 от 8.05.1986).

Такий клапанний механізм потребує утворення досить великих складок і значної інвагінації стінок товстої кишки, що може призвести до деформації органа.

Метою винаходу є запобігання післяопераційних ускладнень, пов'язаних з рефлюксом та деформацією органа і можливість створення сполучення тонкої кишки з мезоперитонеально розташованими відділами товстої кишки.

Вказана мета досягається тим, що серозно-м'язова оболонка кінця тонкої кишки розтинається поздовжньо по протибрижовому краю і відшаровується з обох боків на чверть окружності органа, а підслизова основа та відшаровані клапті серозно-м'язової оболонки фіксуються на десерозованих бокових поверхнях товстої кишки дистальніше місця сполучення.

Спосіб виконують наступним чином:

Етапи формування анастомозу зображені на поздовжньому розрізі анастомозу (фіг.1) і поперечному розрізі анастомозу (фіг.2).

Умовні позначення:

- 1 - розріз товстої кишки
- 2 - тонка кишка

3 - товста кишка

4 - брижовий край тонкої кишки

5 - дворядний шов

6 - підслизова основа (підслизова та слизова оболонки)

7 - однорядний шов

8 - серозно-м'язовий клапоть

Після резекції іліоцекального кута та формування кукси товстої кишки останню розтинають поперечним розрізом (1) довжиною, відповідною половині окружності тонкої кишки (2). Серозно-м'язову оболонку дистального кінця тонкої кишки (2) розтинають поздовжньо по протибрижовому краю на довжину 3-5 см і відшаровують від підслизової основи з обох боків на відстань до чверті окружності органа. Тонку кишку (2) розташовують на товстій в антиперистальтичному напрямку. Дистальний край розрізу товстої кишки (3) і брижовий край (4) кінця тонкої кишки (2) з'єднують дворядним кишковим швом (5), формуючи задню губу анастомозу. Проксимальний край розрізу товстої кишки (3) і підслизово-слизову оболонку протибрижового краю кінця тонкої кишки (2) з'єднують однорядним швом (7). Товсту кишку (3) дистальніше утвореного сполучення десерозують на площі, відповідній розміру оголеної підслизової основи та клаптів (8) серозно-м'язової оболонки кінця тонкої кишки. Десерозовану стінку товстої кишки (3) окремими серозно-м'язовопідслизовими швами з'єднують з оголеною підслизовою основою (6) кінця тонкої кишки (2) та відшарованими клаптями (8) серозно-м'язової оболонки органа. Брижу тонкої кишки (2) фіксують швами до парістальної очеревици або брижі товстої кишки.

Методика виконання способу.

(19) UA (11) 34767 (13) A

Після резекції ілеоцекального кута та формування кукси висхідної ободової кишки серозну та м'язову оболонку термінального кінця клубової кишки розітнено по протибрижовому краю до підслизової основи на відстань 4 см. По обидві сторони від розрізу проведено відшарування серозної разом з м'язовою оболонкою до половини окружності органа і утворено два трикутні серозно-м'язові клапті. Стінку висхідної ободової кишки розітнули в поперечному напрямку розрізом, відповідним половині периметра клубової кишки. Кишки зближені і співставлені в антиперистальтичному напрямку. Дистальний край розрізу висхідної ободової кишки і оголена підслизова основа протибрижового краю кінця клубової кишки співставлені і з'єднані між собою рядом хірургічних швів, чим сформовано задню губу анастомозу. Дистальний край розрізу товстої кишки і брижовий край кінця клубової кишки з'єднані двухрядним кишковим швом, чим сформована передня губа анастомозу. Висхідна ободова кишка дистальніше утвореного сполучення дещо серозована на площі, відповідній оголеній підслизовій основі клубової кишки та її серозно-м'язовим клаптям. Окремими серозно-м'язовими швами підслизова основа фіксована до товстої кишки. Серозно-м'язові клапті клубової кишки швами фіксовані до бокових поверхонь висхідної ободової кишки Брижа клубової кишки вільним краєм з'єднана з парієтальною очеревиною.

Запропонований спосіб формування тонкотовстокишкового анастомозу дозволяє формувати сполучення тонкої кишки з мезоперитонеальні розташованими відділами товстої кишки, попереджає рефлюкс товстокишкового змісту в тонку кишку, не деформує товсту кишку, мінімально порушує кровопостачання стінки товстої кишки, простий в виконанні і може використовуватись в любому відділенні абдомінальної хірургії.

Приклади виконання способу.

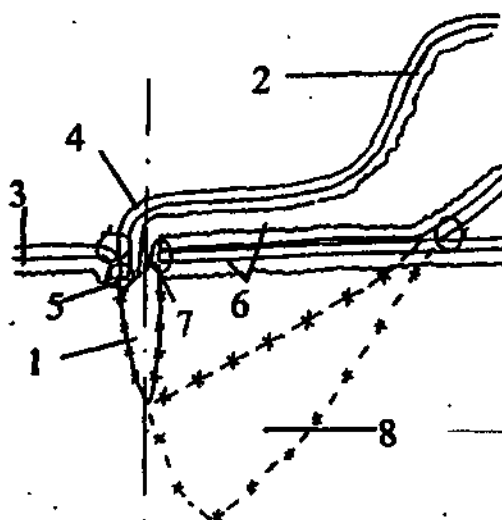
Приклад 1. У безпородної собаки вагою 5,3 кг, що утримувалася в умовах віварію, після лапаротомії виконана інтраопераційна пневмопресія, яка визначила, що повітря починало проходити з товстої кишки у тонку при тиску 40 мм рт. ст. Далі проведена правостороння геміколектомія із формуванням тонко-товстокишкового анастомозу за методикою, що пропонується. Післяопераційний період проходив без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом через 7 діб. Через 30 діб після операції загальний стан у тварини був задовільний. Собака активно поїдала корм, пила воду. Випорожнення 2-3 рази на добу, подеколи рідкі. Вага дорівнювала 5,1 кг. Рентгенологічно при тугому заповненні закиду сульфату барію із товстої кишки в тонку не виявлено. Через 90 діб після операції стан тварини був задовільний, вона активна. Випорожнення 1-2 рази на добу, проносів не відмічалось. Вага підвищилася до 5,3 кг. Через 180 діб загальний стан задовільний, собака активно пої-

дала корм, пила воду. Випорожнення 1-2 рази на добу, проносів не було. Вага підвищилася до 5,5 кг. Рентгенологічно закиду контрастної речовини із товстої кишки у тонку не виявлялося. При визначенні арефлюксної надійності виконаної клапанної реконструктивної операції величина тиску, при якому відкривався тонкотовстокишковий перехід, склала 45,5 мм рт. ст. Після виведення тварини з експерименту та розтину черевної порожнини - просвіт тонкотовстокишкового з'єднання в місці виконання операції був перекритий. При розтині тонкої кишки в просвіті визначалася незначна кількість світлого слизу. Слизова оболонка без ознак запалення та не відрізнялася від інших ділянок тонкої кишки. При розтині товстої кишки складки слизової оболонки навколо анастомозу зімкнуті. В ділянці формування кукси виявлялися одиничні крововиливи. При мікроскопічному дослідженні гістологічних препаратів сформований клапан зберігає свою структуру. Висота ворсинок в тонкій кишці подібна до висоти в контрольній групі. Бокові поверхні їх вкриті вираженим епітеліальним шаром. Висота епітелію, глибина крипт не відрізняються від контрольних тварин. Відзначається незначна лімфоїдна інфільтрація слизової оболонки тонкої кишки. У всіх шарах стінки відмічаються незначні розростання сполучної тканини. Судини в окремих препаратах дещо розширені, в порівнянні з контролем.

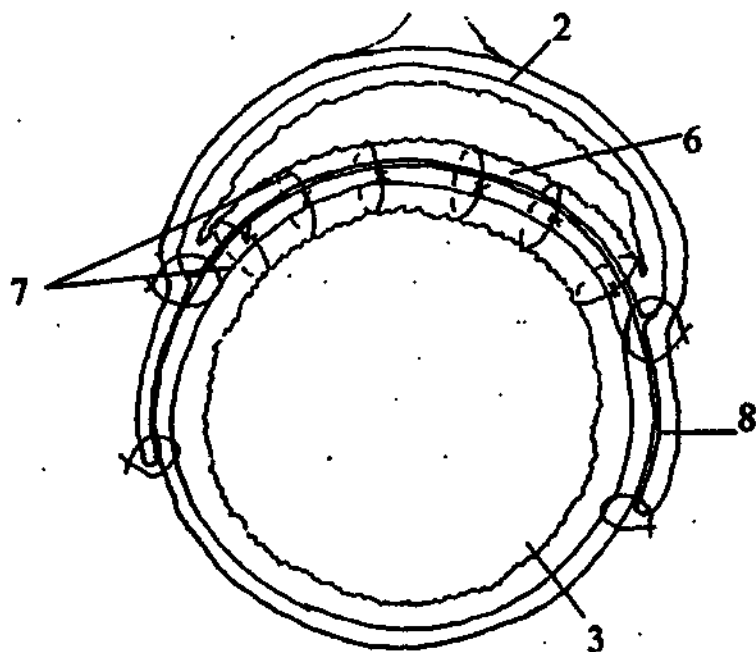
Дані макро- та мікроскопічних досліджень, у порівнянні з групою тварин, у якій виконувалося формування звичайного тонко-товстокишкового анастомозу, вказують на те, що пошкодження шарів стінки тонкої кишки мінімальне і відсутні ознаки рефлюксіємії.

Приклад 2. Хвора Я., 1923 року народження, яка мешкає в м. Хмільник Вінницького району, 11.06.99 встановлено діагноз: Рак печінкового кута товстої кишки. T₃N₁M₀, III ст. З 11.06.99 по 26.07.99 знаходилась на лікуванні в хірургічному відділенні обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, де 16.06.99 хворій виконана правостороння геміколектомія з формуванням тонко-товстокишкового анастомозу за даним способом. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом. Через 2 тижні після операції випорожнення 2-3 рази на добу. 26.07.99 після барієвої клізми виконана ірригографія; рефлюксу барію із товстої кишки в тонку не виявлено. Випорожнення 1-2 рази на добу. Виписана із лікарні у задовільному стані. Дані занесені до комп'ютерної бази даних Вінницького обласного онкодиспансеру під № 116.

Даний спосіб технічно простий може виконуватись в умовах любого медичного закладу, в якому здійснюється хірургічне лікування патології органів шлунково-кишкового тракту. Спосіб рекомендується для практичного застосування.



Фиг. 1



Фиг. 2

Тираж 50 экз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
 Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
 (03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03

