



УКРАЇНА

(19) UA (11) 35741 (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 БАУГІНОПЛАСТИКИ

(21) 98041799

(22) 09.04.1998

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Жученко Сергій Павлович, Кукуруза Юрій Петрович, Біктиміров Олексій Вікторович, Бойко Георгій Андрійович, Жученко Павло Сергійович

(73) Вінницький державний медичний університет

ім. М.І. Пирогова

(57) Спосіб баугінопластики шляхом подовження вуздечок, який відрізняється тим, що, подовжуючи губи ілеоцекального клапана, термінальну частину клубової кишки занурюють (інвагінують) в прозір товстої кишки між серозними оболонками її дублікатури, утвореної стінкою останньої, а в кутах від співустя поглиблюють вуздечки тією ж дублікацією.

Винахід належить до медицини, а саме, - до способів хірургічного лікування і може використовуватись для лікування недостатності ілеоцекального отвору.

При недостатності ілеоцекального отвору спостерігається постійний рефлекс вмісту товстої кишки в прозір тонкої, що призводить до колонізації великої кількості мікроорганізмів товстокишкового походження термінальної частини тонкої кишки (В.М. Гуц, 1969, 1976; Д. И. Чухриенко, И.С.Белый, 1975; Я.О.Виттебский и др., 1981; В.Н.Четверкова и др., 1984; R.Ferraris et al., 1988). Це призводить до швидкого їх розмноження і бактеріального забруднення, тобто до дисбактеріозу та розвитку синдрому мальабсорбції (M.Salmeron et al., 1982; U.Murvald et al., 1984; J.Mathas et al., 1985), який характеризується розладом обміну жовчних кислот, порушенням всмоктування, розвитком проносів, значною втратою маси тіла, працездатності і ін.

Відомий спосіб відновлення структури ілеоцекального клапана (Я.Д.Витебский. Очерки хирургии илеоцекального отдела кишечника.- М.: Медицина, 1993. - 112 с./, який полягає в тому, що з метою профілактики рефлюкса, здійснюють інвагінацію термінальної частини клубової кишки через розширений ілеоцекальний отвір в прозір сліпої кишки на глибину 2,0 см з фіксацією такого стану. Однак, як вказують деякі автори (Б.К.Гиберт, 1988), такий вид хірургічної корекції в ранньому післяопераційному періоді не виключає виникнення кишкової непрохідності внаслідок запалення і набряку інвагіната, що інколи потребує повторного втручання, а в більш пізньому періоді в 46,2% випадків відновлюється рефлюкс, розвиток дисбактеріозу і інше.

Відомий також спосіб баугінопластики (А.С. № 1463247, СССР, МКВ А 61 17/00. - 1989 р.) при оперативному лікуванні недостатності ілеоцекального отвору шляхом поглиблення (подовження) вентральної вуздечки.

Недоліком вказаного способу являється те, що поглиблюється тільки одна вуздечка (вентральна), тоді як інші елементи ілеоцекального клапана (дорсальна вуздечка, губи клапана) не підлягають корекції, що призводить до деформації ілеоцекального клапана, недостатності ілеоцекального отвору, виникнення рефлюксу і ін.

В основу винаходу поставлено завдання створити умови для профілактики рефлюксу шляхом відновлення складових частин ілеоцекального відділу, тобто подовження губ ілеоцекального клапана, вуздечок (вентральної і дорсальної), щілинноподібного ілеоцекального отвору.

Це досягається тим, що, вступивши на однакову віддаль від місця переходу клубової кишки в сліпу, в поперечному напрямку підшивають товсту кишку до клубової з обох сторін і тим самим занурюють (інвагінують) її термінальну частину в прозір сліпої між стінками товстої кишки, а з обох боків від співустя на місці вуздечок, також в поперечному напрямку продовжують поперекову складку у вигляді дублікатур, утворених стінкою товстої кишки, обернених гребнями в її прозір.

Спосіб здійснюється таким чином. Виділяють від слайок термінальну частину клубової кишки, зону її переходу в товсту прилеглу частину сліпої. По боках від співустя накладають два трикутних шви. При цьому, відступають від місця переходу тонкої кишки в товсту на відстань не менше половини ширини поперекового прозیرу термінальної частини клубової кишки, в дистальному напрямі товстої кишки захоплюють її серозно-м'язевий

(19) UA (11) 35741 (13) A

шар, далі тою ж голкою з ниткою, на такій же відстані в проксимальному напрямку клубової кишки також прошивають, захоплюючи її серозно-м'язевий шар, а потім в проксимальному напрямку, тією ж голкою з ниткою прошивають (захоплюють) на такій же відстані серозно-м'язевий шар сліпої кишки суворо перпендикулярно до поперечника кишок (фіг.1). Для кращого зрощення занурюваних зон тонкої і товстої кишки обробляють їх серозну поверхню спиртовим розчином Люголя, після чого зав'язують ці обидва трикутних бокові шви. При цьому термінальна частина клубової кишки занурюється (інвагується) в прозір сліпої між серозними оболонками її дублікатури, утвореної стінками останньої з утворенням з обох кутів від клапана поперечних складок (фіг.2). Накладають серозно-м'язеві шви між стінками товстої і клубової кишки, а потім серозно-м'язевими швами фіксують дві поперечні складки, утворені стінкою товстої кишки, обернені своїми гребнями в її прозір і розміщені з обох кутків ілеоцекального клапана (фіг. 3). При цьому в прозір сліпої кишки будуть виступати дві подовжені губи ілеоцекального клапана за рахунок товстої і тонкої кишки з розміщеним між ними щілиноподібним отвором з розміщеними по кутах від нього на місці вуздечок двох поперечних складок, утворених дублікатами стінки товстої кишки (фіг.4).

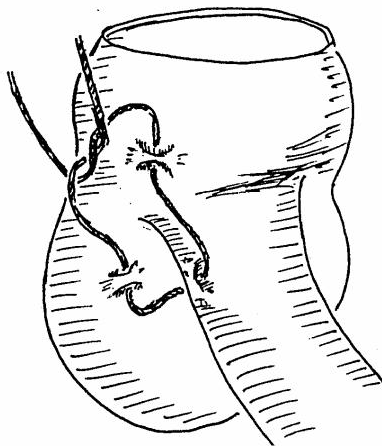
Приклад. Хвора Р., 8 років, неодноразово поступала по швидкій допомозі в Вінницьку обласну дитячу лікарню з діагнозом "гострий апендицит. При обстеженні цей діагноз не підтверджувався. Однак скарги залишалися ті ж самі. Періодично відмічались проноси кілька разів на добу. В поліклініці їй виконали екскреторну урографію, при якій ниркової патології виявлено не було. При виконанні ірриграфії знайдено, що сірчаноокислий барій вільно заповнював всю товсту кишку і на значну відстань заповнював кінцеву частину клубової кишки. Констатована недостатність ілеоцекального клапана. 14.06.89 р. хвора поступила в хірургічне відділення дитячої лікарні для оперативного лікування. 16.06.89 р. виконана операція -

пластика ілеоцекального клапана (баугінопластика).

Суть даної операції полягала в тому, що після виділення із спайок термінальної частини клубової кишки по кутах ілеоцекального клапана суворо в перпендикулярному напрямку наклали два трикутних шви. Тобто, відступили в проксимальний бік сліпої кишки від місця переходу клубової кишки, на відстань ширини її прозору, прошили серозно-м'язевий шар, потім тією ж голкою з ниткою і на тій же відстані прошили серозно-м'язевий шар клубової кишки, а також в дистальній частині товстої кишки. Затягнули і зав'язали такі шви по кутах ілеоцекального клапана, напередодні після змащення цих зон спиртовим розчином Люголя. Тим самим занурили (інвагували) термінальну частину клубової кишки в прозір товстої між серозними оболонками її дублікатури, утвореної стінками останньої. Після цього наклали серозно-м'язеві шви між стінкою тонкої і товстої кишки, завдяки чому подовжились губи ілеоцекального клапана, а по кутах від співустя, біля основ складок поглибились його вуздечки.

Післяопераційний період протікав без особливостей. Гази почали відходити на другу добу, а перше випорожнення кишечника було на третю добу. Через місяць після операції хвора Р. була за нашим проханням госпіталізована на 2 доби для контрольного обстеження (з 12 по 14.07.89 р.). При обстеженні було встановлено, що сон і апетит у неї добрий, дівчинка прибавила у вазі на 2 кг. Скарг немає, фізіологічні відправлення кишечника 1 раз на добу, кал оформлений, нормальних якостей. Кипрограма без відхилень, дисбактеріозу не виявлено. Рентгенологічно рефлексу не виявлено. Через 6 місяців і через рік після операції при опитуванні батьків - скарг у дитини не має. Проносів не має, відправлення кишечника 1 раз на добу. При зустрічі через 8 років дівчина абсолютно здорова.

Спосіб пройшов клінічне випробування і рекомендований для практичного використання. Він забезпечує надійну профілактику рефлюксу товстокишкового вмісту в тонку кишку.



Фіг.1

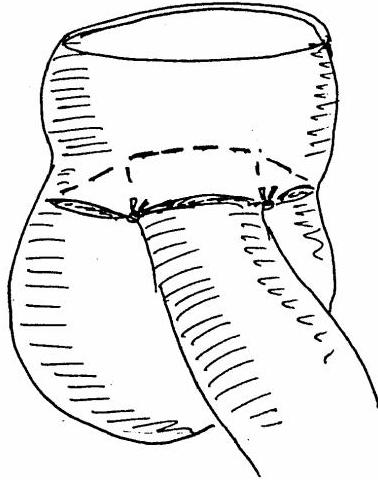


Fig.2

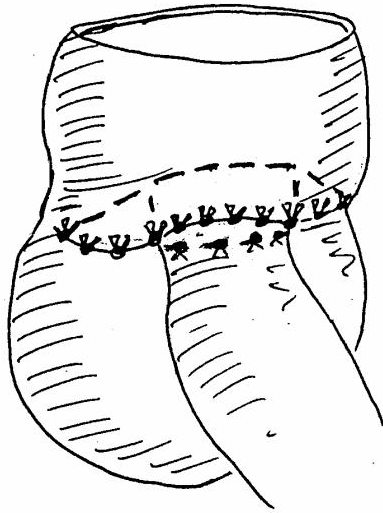


Fig.3

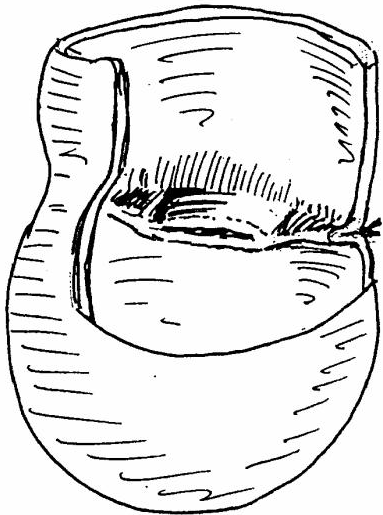


Fig.4

---

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

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60x84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

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

---