



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **65743** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) u201107191

(22) 06.06.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) БОНДАРЄВ РОСТИСЛАВ ВАЛЕНТИНОВИЧ,
ОРЕХОВ ОЛЕКСІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, ЛЕСНИЙ
ВАДИМ ВІКТОРОВИЧ(73) БОНДАРЄВ РОСТИСЛАВ ВАЛЕНТИНОВИЧ,
ОРЕХОВ ОЛЕКСІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, ЛЕСНИЙ
ВАДИМ ВІКТОРОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності, що включає видалення

спайок черевної порожнини та лапароскопію з ревізією петель тонкої кишки і оцінку її життєздатності, який **відрізняється** тим, що хірургічне видалення спайок черевної порожнини завершують фіксацією сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки до бічної стінки черевної порожнини гумовою смужкою, проведеною через брижку вказаної ділянки кишки і виведеною назовні через троакарний доступ з подальшою динамічною лапароскопічною ревізією фіксованої ділянки тонкої кишки.

Корисна модель належить до медицини, точніше до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності з подальшою динамічною лапароскопією при сумніві в життєздатності ділянки тонкої кишки після проведеної операції.

Відомі способи хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності, які включають видалення спайок черевної порожнини та лапароскопію з ревізією петель тонкої кишки і оцінки її життєздатності після відкритої (традиційної) операції [Ступин В.А., Мударисов Р.Р., Михайлуков С.В. и др. Новые технологии в профилактике спаечной болезни // Эндоскопическая хирургия.-2007, № 1 - С. 86-87]; після ендовідеохірургічного втручання [Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении больных острой спаечной кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 2008. - Том 167, № 3. - С. 72-74].

Недоліком цих способів є технічні труднощі, що виникають при пошуку сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки, пов'язані зі зміщенням петель тонкої кишки, рихлих спайкових зрощень в черевній порожнині після проведеної операції, а після перенесеної операції традиційним способом із-за найбільш виражених масивних спайкових зрощень.

Найбільш близьким аналогом є хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності, що включає видалення спайок черевної порожнини

та подальшу лапароскопію з ревізією петель тонкої кишки і оцінку її життєздатності [Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении больных острой спаечной кишечной непроходимости // Вестник хирургии. - 2008. Том 167, № 3 - С. 72-74].

Недоліком аналога є технічна складність в пошуку сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки із-за зміщення петель тонкої кишки і утворення рихлих спайкових зрощень в черевній порожнині після перенесеної операції, що подовжує час проведення динамічної лапароскопії і не виключає варіант виконання конверсії у зв'язку з неможливістю чіткої візуалізації вищезгаданої ділянки тонкої кишки.

У основу корисної моделі поставлена задача розробити такий спосіб хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності з проведенням динамічної лапароскопії при сумніві в життєздатності ділянки тонкої кишки після проведення операції з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності, при якому сумнівна в життєздатності ділянка тонкої кишки буде фіксована при першій операції і легко візуалізована під час динамічної лапароскопії.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування гострої спайкової кишкової непрохідності, який включає видалення спайок черевної порожнини та лапароскопію з ревізією петель тонкої кишки і оцінку її життєздатності і, згідно корисної моделі, хірургічне видалення

(13) **U**
(11) **65743**
(19) **UA**

спайок черевної порожнини завершують фіксацією сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки до бічної стінки черевної порожнини гумовою смужкою, проведеною через брижу вказаної ділянки кишки і виведеною назовні через троакарний доступ з подальшою динамічною лапароскопічною ревізією фіксованої ділянки тонкої кишки.

Фіксація під час операції сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки до бічної стінки черевної порожнини дозволяє при динамічній лапароскопії швидко візуалізувати сумнівну в життєздатності ділянку тонкої кишки з оцінкою його життєздатності і тим самим скоротити час проведення динамічної лапароскопії і уникнути конверсії.

Спосіб виконується таким чином.

Після проведення ендовідеохірургічного втручання з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності і наявності сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки, через брижу останньої біля стінки кишки проводять гумову смужку, яку виводять з черевної порожнини через троакарний прокол бічної стінки живота з приведенням сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки тільки до зіткнення з бічною стінкою. Зовні гумова смужка фіксується вузловим швом капроною ниткою до шкіри. Через 8-12 годин після закінчення операції проводиться динамічна лапароскопія, при якій легко, без технічних складнощів візуалізується фіксована до бічної стінки живота з боку черевної порожнини сумнівна в життєздатності ділянка тонкої кишки. Після цього оцінюється його життєздатність.

Якщо вказана ділянка кишки життєздатна, то гумова смужка видаляється. При сумнівній картині в життєздатності кишки ділянка тонкої кишки у фіксованому положенні залишається до наступної динамічної лапароскопії.

Приклад.

Хвора С., 58 років, оперована з приводу гострої спайкової странгуляційної тонкокишкової не-

прохідності. Причиною странгуляційної кишкової непрохідності є шнуроподібна спайка в області клубової кишки. Було здійснено ендовідеохірургічне втручання з перетином ножицями (без коагуляції) шнуроподібної спайки. При оцінці ущемленої ділянки кишки виникли сумніви в її життєздатності. У зв'язку з цим, в центральній частині ущемленої ділянки кишки, біля її стінки, перфорована брижа, через яку проведена гумова смужка. Остання виведена з черевної порожнини через троакарний доступ в правій половині живота і фіксована капроною ниткою до шкіри. Через 10 годин проведена динамічна лапароскопія, при якій без технічних складнощів візуалізована фіксована ділянка тонкої кишки. Кишка оцінена життєздатною, гумова смужка видалена. Перебіг післяопераційного періоду гладкий. При виконанні динамічної лапароскопії для візуалізації сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки знадобилося 30 секунд.

У аналогічному випадку у хворого М., 54 роки, оперованого з приводу гострої спайкової странгуляційної кишкової непрохідності способом за аналогом, під час виконання динамічної лапароскопії для візуалізації сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки знадобилося 5 хвилин.

Запропонованим способом динамічна лапароскопія виконана у 5 хворих, оперованих з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності. Середній час візуалізації сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки склав 38 секунд. В той же час у 4 хворих, близьким до аналогу способом, час візуалізації сумнівної в життєздатності ділянки тонкої кишки склав в середньому 7 хвилин 25 секунд і у одного хворого чітко візуалізувати сумнівну в життєздатності ділянку тонкої кишки не вдалося, у зв'язку з чим проведена конверсія.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє скоротити час проведення динамічної лапароскопії і уникнути можливої конверсії.