



УКРАЇНА

(19) **UA**

(11) **106006**

(13) **U**

(51) МПК

**A61B 17/11** (2006.01)

**A61B 1/313** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2015 10613**

(22) Дата подання заявки: **30.10.2015**

(24) Дата, з якої є чинними  
права на корисну  
модель: **11.04.2016**

(46) Публікація відомостей  
про видачу патенту: **11.04.2016, Бюл.№ 7**

(72) Винахідник(и):

**Бойко Валерій Володимирович (UA),  
Мушенко Євгеній Володимирович (UA),  
Іванова Юлія Вікторівна (UA)**

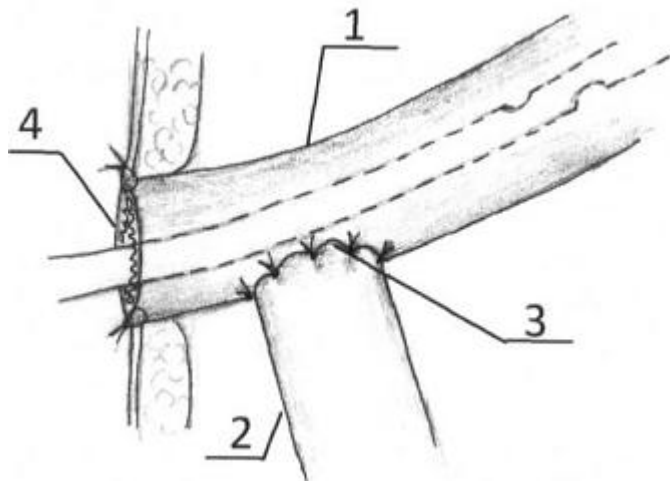
(73) Власник(и):

**ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ  
ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ  
ІМ. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАЦІОНАЛЬНОЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ",  
в'їзд Балакірева, 1, м. Харків, 61103 (UA)**

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування гострої кишкової непрохідності включає мобілізацію і видалення некротизованого сегмента тонкої кишки, формування міжкишкового співустя "кінець-в-бік" та формування термінальної ілеостоми. Ілеостому формують на привідній ділянці тонкої кишки. Декомпресію ділянки виконують крізь сформовану ілеостому, обминаючи анастомотичну камеру.



UA 106006 U



Корисна модель належить до галузі хірургії і може бути використана в хірургічному лікуванні гострої кишкової непрохідності, що ускладнена некрозом тонкої кишки.

Гостра кишкова непрохідність є одним з самих грізних хірургічних захворювань органів черевної порожнини і складає 9-20 % всіх випадків гострої абдомінальної патології. Її частота варіює від 85 до 97 %. Гостра механічна непрохідність розподіляється на обтураційну, странгуляційну, змішану та судинну форми. (Хворостухина Н.Ф., Столярова У.В. Острая кишечная непроходимость при беременности / Фундаментальные исследования. - № 10. - 2012. - С. 168-175). З приводу спайкової хвороби щорічно в хірургічних стаціонарах лікується 1 % прооперованих раніше хворих, притому у 50 % з них розвивається гостра кишкова непрохідність з післяопераційною летальністю від 10 до 15 %.

За даними літератури, у 55-70 % пацієнтів після абдомінального хірургічного втручання розвивається спайковий процес в черевній порожнині, що призводить до такого грізного ускладнення, як гостра спайкова кишкова непрохідність. Післяопераційна летальність у хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність коливається в межах від 13 до 60 % (Бойко В.В., Криворотько І.В., Климова Е.М., Тарабан І.А., Грома В.Г., Жиленко І.І., Кордон Т.І., Евтушенко Д.А., Минухин Д.В. Анализ лечения острой спаечной кишечной непроходимости / Харківська хірургічна школа. - № 5(62). - 2013. - С. 5-7). Слід відзначити, що необхідність у виконанні резекції тонкої кишки внаслідок її некрозу виникає приблизно у 18 % пацієнтів (Jeremy E. Springer Jonathan G. Bailey, Philip J.B. Davis, Paul M. Johnson. Management and outcomes of small bowel obstruction in older adult patients: a prospective cohort study / Can J Surg. - 2014. - № 57(6). - P. 379-384.).

Відомим аналогом є спосіб лікування гострої кишкової непрохідності, яка ускладнена некрозом кишки, що описаний Житловим А.Г. (див. Житлов А.Г. Обоснование и усовершенствование способов илеостомии, и восстановительных операций при ее устранении.- Автореферат на соискание научн. степени канд. мед. наук. - Самара. - 2008). Він включає мобілізацію і видалення некротизованого сегменту тонкої кишки, формування ілеостоми, декомпресію привідних відділів тонкої кишки крізь сформовану ілеостому і наступне відновлення цілісності кишкової трубки через 3-6 місяців.

Аналог дозволяє ліквідувати явища кишкової непрохідності і видалити нежиттєздатний сегмент тонкої кишки, а також в подальшому закрити ілеостому позаочеревинно. Але підвищений тиск в привідному відділі тонкої кишки і мікробна контамінація зони анастомозу підвищують ризик неспроможності тонкокишкового співустья. Декомпресія привідних відділів тонкої кишки крізь ілеостому, що сформована на відповідній петлі, а також проведення зонда крізь анастомотичну камеру утруднюють пасаж кишкового вмісту, що також сприяє підвищенню ризику неспроможності міжкишкового співустья. Недоліком способу є необхідність виконання повторного оперативного втручання, яке спрямоване на відновлення пасажу по кишкочівній трубці, що, в свою чергу, збільшує ризики повторної спайкової кишкової непрохідності внаслідок збільшення адгезивних процесів в черевній порожнині.

Найближчим аналогом до корисної моделі є спосіб лікування гострої кишкової непрохідності Maydl, описаний в книзі І. Литтман. "Брюшная хірургія" (див. М. - "Книга по требованию". - 1970. - С. 269). Спосіб включає мобілізацію і видалення некротизованого сегмента тонкої кишки, формування міжкишкового співустья "кінець-в-бік" та формування термінальної ілеостоми на відповідному сегменті тонкої кишки.

Найближчий аналог дозволяє видалити некротизовану ділянку тонкої кишки, подолати явища кишкової непрохідності і виконати декомпресію привідного відділу тонкої кишки крізь ілеостому. Недоліком найближчого аналога є необхідність виконання повторного оперативного втручання, яке спрямоване на відновлення пасажу по кишкочівній трубці.

В основу корисної моделі поставлена задача зменшення ризику неспроможності первинного анастомозу, який був сформований в умовах гострої кишкової непрохідності.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб лікування гострої кишкової непрохідності включає мобілізацію і видалення некротизованого сегмента тонкої кишки, формування міжкишкового співустья "кінець-в-бік" та формування термінальної ілеостоми, згідно з корисною моделлю, ілеостому формують на привідній ділянці тонкої кишки, а декомпресію цієї ділянки виконують крізь сформовану ілеостому, обминаючи анастомотичну камеру.

Формування ілеостоми на привідному відділі тонкої кишки дозволяє провести адекватну декомпресію тонкої кишки, а також зменшити навантаження на шви в зоні анастомозу, що зменшує ризик його неспроможності. Крім того, формування первинного міжкишкового співустья і можливість позаочеревинного закриття ілеостоми дозволяють уникнути виконання повторного лапаротомного втручання в подальшому.

Заведення декомпресійного зонда, обминаючи анастомотичну камеру, дозволяє зменшити внутрішньокішкову гіпертензію в привідних відділах кишки, отже зменшує навантаження на зону швів міжкішкового співустя, а також і ризик неспроможності первинного анастомозу.

5 Спосіб пояснюється кресленням, на якому зображений кінцевий етап операції. На кресленні прийняті наступні позначення: привідна петля 1 тонкої кишки, відвідна петля 2 тонкої кишки, міжкішковий анастомоз 3, ілеостома 4.

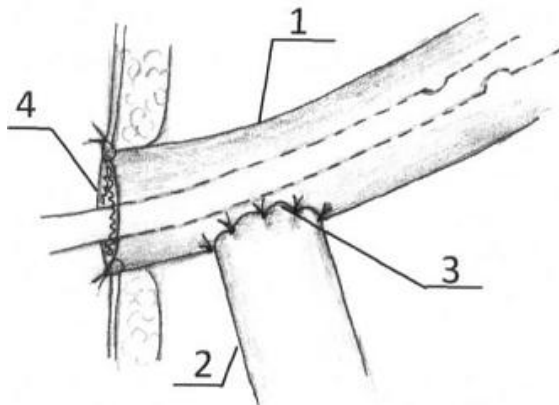
Корисну модель виконують наступним чином.

10 Після мобілізації некротизованого сегмента тонкої кишки виконують його видалення. На відстані 6-10 см від краю привідної петлі 1 тонкої кишки (в залежності від товщини черевної стінки) формують ілео-ілеоанастомоз 3 "кінець-в-бік". Формують позаочеревинно термінальну ілеостому 4, крізь яку виконують декомпресію привідних відділів тонкої кишки.

Таким чином, використання корисної моделі дозволяє зменшити ризик неспроможності первинного анастомозу, який був сформований в умовах гострої кишкової непрохідності.

## 15 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

20 Спосіб лікування гострої кишкової непрохідності, що включає мобілізацію і видалення некротизованого сегмента тонкої кишки, формування міжкішкового співустя "кінець-в-бік" та формування термінальної ілеостоми, який **відрізняється** тим, що ілеостому формують на привідній ділянці тонкої кишки, а декомпресію цієї ділянки виконують крізь сформовану ілеостому, обминаючи анастомотичну камеру.




---

Комп'ютерна верстка В. Мацело

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601