



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 41754

(13) A

(51) B 6 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ДИГІСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ

1

2

(21) 2001031733

(22) 15.03.2001

(24) 17.09.2001

(46) 17.09.2001, Бюл. № 8, 2001 р.

(72) Грубник Володимир Володимирович, Величко
Владислав Валерійович, Дюжев Олександр Сергі-
йович, Віджай Кумар, ІН(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ(57) Спосіб накладання лапароскопічних дигістив-
них анастомозів, що включає збереження пневмо-
перитонеуму, який відрізняється тим, що співустья
формує рукою хірурга за допомогою мініголотри-
мача з постійною експозицією пневмоперитоне-
уму і з використанням системи пневматичного ру-
кава.

Винахід відноситься до медицини, а саме до
абдомінальної хірургії, і може бути використаний
для накладання дигістивних анастомозів

Відоме широке застосування методики накла-
дання дигістивних анастомозів після виконання
лапароскопічного етапу операції (1) шляхом виве-
дення назовні анастомозуємих органів через міні-
лапаротомний доступ (2).

Відомий також метод накладання анастомозів
після закритої мобілізації кишки зі збереженням
пневмоперитонеума за допомогою зшиваючих
апаратів (2)

Однак ці методики мають загальний недолік
не завжди є можливість проведення накладання
анастомозу, що пов'язано з наявністю вираженого
шару підшкірно-жирової клітковки, короткої брижі-
ки кишки, яка не дозволяє вивести анастомозуємі
органи з черевної порожнини. Ці технічні труднощі
можуть привести до розвитку неспроможності швів
з подальшим розвитком перитоніту, до травмуван-
ня брижі кишки анастомозуємих кінцевих відрізків ки-
шки, дисемінації пухлинних клітин в м'яких ткани-
нах мінілапаротомного доступу

Найбільш близьким до запропонованого техн-
ічного рішення є спосіб лапароскопічного накла-
дання анастомозів з використанням лапароскопіч-
них зшиваючих апаратів, котрий дозволяє
скоротити термін операційного втручання, знизити
травму кишкової стінки (1,2)

Але й цей спосіб має ряд недоліків. Після на-
кладання анастомозу необхідне ручне ушивання
отворів у кишці, через котрі вводився зшиваючий
апарат, що значно затягує термін операції. Крім
того, спосіб є достатньо коштовним для широкого

застосування.

В основу винаходу поставлена задача вдоско-
налення способу накладання лапароскопічних ди-
гістивних анастомозів за рахунок використання
мініголотримача і без виведення анастомозуємих
органів з черевної порожнини за допомогою пнев-
матичного рукава

Поставлена задача вирішується тим, що, згід-
но винаходу, співустья формує рукою хірурга
за допомогою мініголотримача з постійною експо-
зицією пневмоперитонеуму і з використанням сис-
теми пневматичного рукава

Спосіб здійснюється наступним чином

Накладання міжкишкових тонко-товстокишко-
вих та товсто-товстокишкових анастомозів прово-
дять за наступними принципами.

троакар з лапароскопом вводять в пілогастрі-
ю по середній лінії, проводять діагностичну лапарос-
копію;

пацієнт знаходиться в положенні Тренделен-
бурга, стіл нахилений вліво або вправо (звільнен-
ня площини для мобілізації за рахунок відведення
тонкої кишки).

лапароскопічно проводять мобілізацію термі-
нального відділу клубової, сліпої, висхідної і правої
половини поперечно - ободової кишок у випадку
правосторонньої геміколонектомії (з пересіченням
клубово-ободочної, правої і середньої ободових
артерій); або мобілізація лівої половини товстої
кишки з пересіченням лівої гілки середньої ободо-
вої, лівої ободової і перших двох сигмоподібних
артерій в разі лівосторонньої геміколонектомії.
При виконанні обмежених резекцій сигмоподібної,
поперечно - ободової кишок - мобілізація за тими

(13) A

(11) 41754

(19) UA

ж правилами,

виконують лапаротомний розтин 5-6 см у лівому, або правому мезогастрії параректально, вертикально;

накладають оклюзійну манжету пневморукава з нагнічуванням повітря у протектор останнього;

права рука хірурга уводиться в пневморукав, а потім - в черевну порожнину;

повторний пневмоперитонеум;

резекцію ділянки кишки проводять з використанням степлера Endo-Gia 30 і електроскальпеля Макроопрепарат видаляють через шлюз протектора пневморукава. При цьому виключений контакт препарату з тканинами передньої черевної стінки,

накладання анастомозу проводять мініголкодержакom Cnle - Wood BM 218, 150 мм, 6" або Doyen BM 210, 125 мм, 5", які вводять в черевну порожнину через шлюз протектора

Приклад практичного використання запропонованого способу

1 Хворий К, 42 роки. Поступив в клініку з явищами часткової кишкової непрохідності: зі скаргами на біль в правих відділах живота, затримку стула, газів. Оглядова рентгенограма черевної порожнини товстокишкової рівні рідини справа. Ірригоскопія - в області печінкового вигibu товстої кишки - неправильної форми пухлина, закриває дві третини просвіту, розмірами 5x4 см. В першу добу проводилась терапія прокінетиками, темо- і плазматрансфузі, гіпертонічні і очищувальні клізми. Явища непрохідності були ліквідовані. Хворому на другу добу виконана операція - лапароскопічна правостороння геміколонектомія з введенням руки хірурга за допомогою пневморукава за запропонованим способом. Термін операції - 2 години за-

мість 3-4 годин за класичною лапароскопічною методикою. Ентеральне харчування почато на 4-у добу. На 5-у добу проведено УЗД- без патології. На 7-у добу хворий виписаний зі стаціонару, тоді як при використанні традиційних оперативних методик середня тривалість перебування в клініці склала 10-16 діб.

2 Хвора С, 36 років поступила в лікарню зі скаргами на хронічний запор (по 4-5 днів), часті шкірні алергічні реакції, болі в нижніх відділах живота. Хворіє біля 5 років. Шляхом ірригоскопії діагностована додихосигма. Товста кишка підготовлена препаратом Fortrans. Через 12 годин після поступлення виконана операція - лапароскопічна резекція сигмоподібної кишки за допомогою системи HALS за запропонованою методикою. Тривалість операції становила 1 годину. Ентеральне прийняття їжі призначено через 3 доби, а на 5-у добу хвора виписана зі стаціонару.

В порівнянні з прототипом, заявлений спосіб дозволяє у більш короткі строки виконати накладання міжкишкового анастомозу, виключити контакт видаляемого препарату з тканинами передньої черевної стінки, скоротити вартість хірургічного втручання та тривалість післяопераційного періоду.

Література

1. Константин Франтзайдес. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия. С. - Петербург, Бинном, 2000. - С. 139 - 157.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В. и соавт. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. Киев, Здоровье, - 2000 - С. 185 - 194.