



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54807 (13) A

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2002043158

(22) 17 04 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(72) Соломко Анатолій Васильович, Тарасенко Володимир Степанович, Знаєвський Микола Іванович, Пилаєва Валентина Петрівна, Горшевікова Ельга Володимирівна, Рошнін Георгій Георгійович

(73) Соломко Анатолій Васильович, Тарасенко Володимир Степанович, Знаєвський Микола Іванович, Пилаєва Валентина Петрівна, Горшевікова Ельга Володимирівна, Рошнін Георгій Георгійович

(57) 1 Спосіб накладання товстокишкового анастомозу, який включає співставлення та зшивання на кишковому ендопротекторі привідного і відвідного відрізків товстої кишки, який відрізняється тим, що як кишковий ендопротектор використовують відрізок конусоподібної втулки з непластичного гідрогелю, яку більшим діаметром фіксують кисетним швом до привідного відрізка, а на частину з меншим діаметром насовують відвідний відрізок та зшивають їх

2 Спосіб накладання товстокишкового анастомозу за п. 1, який відрізняється тим, що кишковий ендопротектор насичують антибіотиками

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний при оперативних втручаннях на товстій кишці.

Відомі способи накладання товстокишкових анастомозів, які включають співставлення відрізків кишки, їх зшивання та вкривання місцевими тканинами (очеревиною, чепцем та іншими тканинами) [1,2].

Недоліками цих способів є більша кількість післяопераційних ускладнень через недостатність анастомозів.

Найближчим аналогом є спосіб накладання товстокишкового анастомозу, який включає співставлення та зшивання на трубчатому кишковому ендопротекторі із латекса відрізків товстої кишки [3].

Недоліком і цього способу є велика кількість післяопераційних ускладнень, у вигляді неспроможності анастомозів, тому що у латексного ендопротектора відсутня біологічна активність, а також завдяки його циліндричній формі важко підібрати оптимальний діаметр в кожному конкретному випадку.

Задачею винаходу є розробка такого способу накладання товстокишкового анастомозу, який за рахунок захисту анастомозу конусоподібним кишковим ендопротектором, насиченим антибіотиками, забезпечив би зниження числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі накладання товстокишкового анастомозу, який включає співставлення і зшивання привідного і відвідного відрізків товстої кишки на кишковому ендопротекторі, згідно винаходу, співставлення та зшивання виконують на конусоподібній втулці з непластичного гідрогелю із якої вирізають частину по діаметру кишки і більшим діаметром фіксують кисетним швом до привідного відрізка, а на частину з меншим діаметром насовують відвідний відрізок та зшивають їх.

Поставлена задача досягається також тим, що кишковий ендопротектор насичують антибіотиками.

Вирізання частини по діаметру кишки і введення в просвіт привідного відрізка товстої кишки конусоподібного ендопротектора з непластичного гідрогелю більшим діаметром, фіксація його кисетним швом і насування на частину з меншим діаметром відвідного відрізка кишки та їх зшивання забезпечує захист анастомозу з боку слизової оболонки від внутрішньокислової інфекції, що максимально сприяє зменшенню числа післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю анастомозу. Цьому також, ще в більшій мірі, сприяє насичення протектора антибіотиками.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують нижню серединну лапаротомію. В

(13) A

(11) 54807

(19) UA

операційну рану виводять петлю товстої кишки, яка підлягає резекції. Виконують резекцію. Потім приступають до формування анастомозу за типом "кінець в кінець" із застосуванням прецизійної техніки і атравматичного шовного матеріалу (металатравм, дексон або вікрил) 5/0-6/0 з використанням лупи-окулярів х 4,5. Спочатку формують заднє півколо вузловими швами, потім витягують з поліетиленового пакета конусоподібний кишковий ендопротектор з непластичного гідрогелю, вирізають з нього трубку довжиною 3,5-4,5 см в тому місці, де діаметр кишки і протектора збігаються в найбільшій мірі. На привідний кінець кишки накладають кисетами слизово-підслизовий шов ниткою вікрил або дексон 5/0. В просвіт кишки вводять кишкову ендопротектор більшим діаметром в сторону привідного кінця і фіксують кисетним швом. На частину з меншим діаметром насовують переднє півколо анастомозу, по тій же методиці, що і заднє півколо. Дренаж в лівий боковий канал. Рану черевної порожнини зашивають наглухо. Виконують девульсію сфінктера прямої кишки.

Приклад. Хворий К., 62 років, поступив в клініку 12.06.2001р із скаргами на болі внизу живота, втрату ваги, загальну слабкість. Після обстеження у хворого виявлена пухлина середньої третини сигмовидної ободової кишки. 18.06.2001р виконана операція - резекція сигмовидної кишки з первинним анастомозом за типом "кінець в кінець".

Нижня середина лапаротомія. При ревізії - в середній третині сигмовидної кишки пухлина розмірами 2,0х1,5 см, яка на V₂ перекриває просвіт кишки. Метастазів у регіонарні та віддалені лімфоузли не виявлено. Виконана мобілізація сигмовидної кишки з дотриманням правил абластики та послідуною її резекцією в межах 20,0 см проксимально та 10,0 см дистально від пухлини. Потім був зформований анастомоз за типом "кінець в кінець" із застосуванням прецизійної техніки і атравматичного шовного матеріалу вікрил 5/0 з використанням лупи-окулярів х 4,5. Спочатку було сформоване заднє півколо анастомозу вузловими швами. Потім з поліетиленового пакета дістали конусоподібний кишковий ендопротектор з непластичного

гідрогелю, вирізали з нього трубку довжиною 4,5 см та діаметром 3,0 см, що відповідає діаметру кишки. На привідний відрізок кишки наклали кисетний слизово-підслизовий шов ниткою вікрил 5/0. Перед введенням в просвіт кишки кишкового ендопротектора більшим діаметром в сторону привідного кінця, останній спочатку помістили в розчин антибіотика (сульфат канаміцину) на 20 хв, а потім при фіксували кисетним швом. На частину з меншим діаметром насунули відповідний відрізок кишки і зформували переднє півколо анастомозу, по тій же методиці, що і заднє півколо. Дефект в брижі зашили окремими швами. Дренаж в лівий боковий канал. Рану черевної порожнини зашили наглухо. Виконали девульсію сфінктера прямої кишки.

Післяопераційний період перебігав задовільно. На сьому добу кишковий ендопротектор відійшов самостійно з калом. Хворий в задовільному стані на 11 добу після операції виписаний додому.

По запропонованому способу проліковано 5 хворих. Ускладнень, пов'язаних з методикою накладання товстокишкового шва не було ні в одному випадку.

В той же час із 5 хворих пролікованих за способом аналогом, у 2 була часткова неспроможність анастомозу з формуванням нориці в 1 хворого. Таким чином, використання запропонованого способу накладання товстокишкового анастомозу дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності анастомозів.

Джерела інформації

1 Романенко Н.Я. Использование сальника и париетальной брюшины при операциях на органах брюшной полости // Хирургия - 1980 - №7 - С 33-35.

2 Зурнаджянц В.А., Вальтер В.Г. Укрепление толстокишечного анастомоза лоскутом из стенки желудка // Вестн хирургии - 1985 - №5 - С 135-135.

3 Goldman G., Aladgem D., Kahn P.J. et al. Intrarectal bypass graft in low anterior resection and sigmoid obstruction - An experimental study // Eur surg Res - 1988 - Vol 20 - P 238-242 - найближчий аналог.