



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55248 (13) A

(51) 7 A61J15/00, A61B17/00

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

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2002086604

(22) 09 08 2002

(24) 17 03 2003

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(72) Нестеренко Олександр Леонтійович, Бобров Олег Євгенович, Семенюк Юрій Степанович, Нестеренко Володимир Леонтійович

(73) Нестеренко Олександр Леонтійович, Бобров Олег Євгенович, Семенюк Юрій Степанович, Нестеренко Володимир Леонтійович

(57) Спосіб накладання гастроентероанастомозу, що включає розкриття черевної порожнини, виведення початкової петлі тонкої кишки, фіксацію тон-

кої кишки і накладання заднього шлунково-кишкового анастомозу у вигляді петлі, який відрізняється тим, що задній шлунково-кишковий анастомоз накладають як передньоободовий у товщі шлунково-підшлункової зв'язки, із введенням назоентрального зонда, при цьому шлунково-підшлункову зв'язку розтинають під дворядний шлунково-кишковий анастомоз, який накладають у поперечному напрямку шириною не більше 4 см, і назоентральний зонд діаметром 4 - 5 мм вводять на відстані 30 - 40 см нижче накладання анастомозу (співустья)

Винахід стосується медицини, зокрема до хірургії і може бути застосований для забезпечення поступлення харчової маси до кишечника коли є перешкода у вихідному відділі шлунка або у дванадцятипалій кишки (ДПК) коли виникає неспроможність швів із розвитком перитоніту

Відомо два види гастроентероанастомозів: передній попередуободковий гастроентероанастомоз по Вельфлеру і задній позадуободковий гастроентероанастомоз по Гаккеру-Петерсену, котрі застосовують у хірургії для забезпечення поступлення харчової маси в кишечник при неминучих перешкодах вихідного відділу шлунка або ДПК. Однією з найбільш поширеною першочерговою перешкодою поступлення харчової маси до кишечника є неспроможність швів із розвитком перитоніту після дуоденотомії, яка була проведена з приводу захворювань ДПК [Оперативная хирургия и топографическая анатомия, под ред. В.В. Кованова, М. «Медицина», 1978 г., стр. 347].

Найбільш близьким із наведених видів гастроентероанастомозів до винаходу, що заявляється, є спосіб гастроентероанастомозу, який передбачає розкриття черевної порожнини, виведення початкової петлі тонкої (порожнистої) кишки, фіксацію тонкої кишки, і накладання заднього шлунково-кишкового анастомозу (співустья) у вигляді петлі. При цьому, накладають задній шлунково-кишковий анастомоз як позадуободковий у просвіті сальникової сумки шляхом виведення задньої стінки

шлунка в нижню частину черевної порожнини [Оперативная хирургия и топографическая анатомия, под ред. В.В. Кованова, М. «Медицина», 1978 г., стр. 360].

Проте даний спосіб накладання гастроентероанастомозу (як і інші) не виключає ще одного небажаного повторного оперативного втручання зумовленого тим, що операція проходить на фоні перитоніту. Особливо, коли накладання гастроентероанастомозу проводилося після дуоденотомії, виникає надзвичайно високий ризик неспроможності ще й цього сполучення (анастомозу).

В основу винаходу - Спосіб накладання гастроентероанастомозу - поставлена задача створення нового більш надійного способу шлунково-кишкового анастомозу при наявності перитоніту шляхом накладання анастомозу (проведення сполучення) у зоні, яка є відокремлена від інфікованої частини черевної порожнини, тим самим забезпечити випадкове інфікування та розвитку неспроможності швів у майбутньому.

Поставлена задача винаходу вирішується тим, що спосіб накладання гастроентероанастомозу, який передбачає розкриття черевної порожнини, виведення початкової петлі тонкої кишки, фіксацію тонкої кишки і накладання заднього шлунково-кишкового анастомозу у вигляді петлі, згідно винаходу, задній шлунково-кишковий анастомоз накладають як попередуободковий у товщі шлунково-підшлункової зв'язки, із введенням назоентрально-

(19) UA (11) 55248 (13) A

го зонда, при цьому, шлунково-підшлункову зв'язку розтинають під дворядний шлунково-кишковий анастомоз, котрий накладають у поперечному напрямку шириною не більше 4см, і назоентральний зонд діаметром 4 - 5мм вводять на відстані 30 - 40см нижче накладання анастомозу (співустя)

Задача винаходу вирішена за рахунок того, що запропоновано нове місце сполучення, накладання заднього шлунково-кишкового анастомозу як попередубодового із сторони тонкої шлунково-підшлункової зв'язки, тобто, на ділянці яка є відокремлена від інфікованої частини черевної порожнини шлунком і великим сальником. Як і за рахунок того, що запропоновано шлунково-підшлункову зв'язку розітнути під дворядний шлунково-кишковий анастомоз, котрий накладають у поперечному напрямку шириною не більше 4см, є прикладним випадком виконання способу

Отже, внаслідок такого підходу створено новий надійний вид - задній попередубодовий гастроентероанастомоз. В результаті, при застосуванні якого, маємо можливість забезпечити від випадкового інфікування та розвитку неспроможності швів у майбутньому, що зумовлено накладанням анастомозу у зоні котра не є інфікована, тобто, ліквідувати проведення ще одного анастомозу, сприятиме зменшенню фізичних страждань хворого

Крім того, зменшенню фізичних страждань хворого та прискоренню приймання ним їжі через рот сприяє наявність назоентрального зонда на визначеній відстані від анастомозу

Спосіб рекомендується застосовувати при неспроможності швів із розвитком перитоніту, особливо у тому ряді випадків коли накладання гастроентероанастомозу проводиться після дуоденотомії

Запропонований спосіб накладання гастроентероанастомозу виконують таким чином

Проводять розкриття черевної порожнини та виведення початкової петлі тонкої кишки. Після цього, формують запропонований задній попередубодовий гастроентероанастомоз шляхом відокремлення великого сальника від поперековоободової кишки та її брижі із наступним розтином шлунково-підшлункової зв'язки. При цьому шлунково-підшлункову зв'язку розтинають під шлунко-

во-кишковий анастомоз, але на величину не більше ніж 4см. Потім формується петля (Браунівське співустя) та накладається шлунково-кишковий анастомоз двома рядами швів згідно методики накладання "кишкових швів". Паралельно здійснюють введення назоентрального зонда діаметром 4 - 5мм на відстані 30 - 40см нижче накладання анастомозу (співустя), який через 3 - 4 доби видаляють. Після цього хворий приймає вже їжу через рот, а на 7 - 8-му добу ліквідується неспроможність швів чи інша патологія

Приклад конкретної реалізації способу

Хворий І., 42 роки, історія хвороби №1422/2001р, поступив у клініку 18.03.2001р з явищами гострої кровотечі із виразки дванадцятипалої кишки, важкого ступеня

Пацієнт у терміновому порядку був оперований, виконано висічення виразки з дуоденопластикою. Через 2 дні у хворого виникли явища перитоніту 18.03.01р. проведена репарація. При ревізії виявлений отвір у ДПК у місці висіченої виразки та поширений серозно-фіброзний перитоніт. Враховуючи те, що ділянка тонкої шлунково-підшлункової зв'язки не була вражена запальним процесом, було вирішено накласти задній попередубодовий гастроентероанастомоз. Для цього відокремили великий сальник від поперековоободової кишки та її брижі. Потім провели розтин шлунково-підшлункової зв'язки та відокремили задню стінку шлунка. При цьому шлунково-підшлункова зв'язка розтиналася на величину 4см із врахуванням того, що шлунково-кишковий анастомоз буде накладений шириною 3,5см. Паралельно ввели назоентральний поліхлорвиниловий зонд діаметром 4мм на відстані 35см нижче накладання анастомозу (співустя). Згодом зафіксувавши петлю до шлунка двома рядами швів наклали шлунково-кишковий анастомоз (співустя).

Через 3 доби зонд був видалений

Неспроможність швів ліквідувалась на 8-му добу після репарації

Хворий виписаний із стаціонару у задовільному стані

За запропонованим способом було проліковано 3 хворих. Всі хворі одужали та були виписані із стаціонару у задовільному стані