

Винахід відноситься до медицини, а саме, хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування захворювань шлунково-кишкового тракту при резекціях трубчастих органів.

Відомо спосіб формування кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту [1. Войленко В.Н. и др. Атлас операций на передней брюшной стенке и органах брюшной полости. -М. "Медицина", 1965. - С.302-307], шляхом пересічення трубчастого органу. Видалення патологічно зміненої ділянки з наступним суміщенням країв анастомозуючих органів двохранним швом.

Недоліком відомого способу є те, що по лінії двохранного шва можливе виникнення звуження анастомозу в ранньому післяопераційному періоді внаслідок запалення, набряку на ділянці шва з наступним рубцевим звуженням анастомозу.

Найбільш близьким по суті заявленному способу є спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту [2. Василенко Л.І. і співав. Спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту. - Деклараційний патент на винахід. Україна. UA 45939A Мки А61В17/00. Заявка №2002010562//Бюл. №4, 2002р.], що включає формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту з додатковим S-подібним взаємонадгнаним висіченням торцевих країв анастомозуючих органів, після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа.

Недоліком відомого способу є те, що цей спосіб операції складний в технічному виконанні і для успішного здійснення потребує від хірургів філігранної хірургічної техніки накладення двохранного шва і деякого практичного досвіду хірургів, внаслідок можливої деформації та звуження анастомозу після S-подібного взаємонадганного висічення торцевих країв анастомозуючих органів на ділянці лінії двохранного шва, що приводить до евакуаційних порушень ділянки анастомозу та знижує ефективність оперативного втручання.

В основу винаходу поставлена задача створити спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту шляхом додаткового напівовального взаємонадганного висічення торцевих країв анастомозуючих органів, після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа, при котрому привідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-випуклої частини, а відвідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-вогнутої частини з формуванням анастомозу роздільним зшиванням відповідних сторін стінок анастомозуючих органів двохрядним швом, що дає можливість збільшити периметр форміруемого анастомозу та попередити стенозування анастомозу і ліквідувати евакуаційні порушення в зоні анастомозу в ранній післяопераційний період.

Поставлена задача досягається тим, що у спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту, що включає видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органу з висіченням торцевих країв анастомозуючих органів і наступним суміщенням їх двохранним швом, згідно винаходу, здійснюють додаткове напівовальне взаємонадганне висічення торцевих країв анастомозуючих органів, після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа, при котрому привідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-випуклої частини, а відвідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-вогнутої частини з формуванням анастомозу роздільним зшиванням відповідних сторін стінок анастомозуючих органів двохрядним швом.

Заявляемий спосіб пояснюється фігурами, на яких показана зона анастомозу. На фіг.1 представлений вид анастомозуючих торцевих країв стінок тонкої кишки після додаткового напівовального взаємонадганного висічення торцевих країв анастомозуючих органів.

На фіг.2 представлений загальний вид протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на тонкій кишці після додаткового напівовального взаємонадганного висічення торцевих країв анастомозуючих органів.

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують лапаротомію.

Видаляють патологічно змінену ділянку трубчастого органу (наприклад, кишки). Здійснюють додаткове напівовальне взаємонадганне висічення торцевих країв анастомозуючих органів за допомогою ножниць Купера та анатомічних пінцетів за напівовальною лінією, після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа. При цьому привідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-випуклої частини, а відвідний кінець анастомозуючого трубчастого органу висікають у виді напівовально-вогнутої частини. Фіксують за допомогою швів-держалок края стінок анастомозуючих органів у поперечному напрямі з формуванням анастомозу роздільним зшиванням відповідних сторін стінок анастомозуючих органів двохрядним швом за загальною прийнятою методикою. При такому напівовальному взаємонадганному висіченні торцевих країв передньої та задньої стінки анастомозуючих органів відбувається збільшення просвіта форміруемого співустья в рахунок збільшення периметру зшиваємих стінок анастомозуючих органів та профілактика звуження просвіта співустья у ранньому післяопераційному періоді внаслідок запалення лінії швів анастомозу, що підтверджено результатами проведених нами експериментальних та клінічних досліджень, проведених на 5 собаках та 6 хворих при резекціях ділянки тонкої кишки.

Проведеними дослідженнями встановлено збільшення просвіта анастомозу в рахунок збільшення його периметру, в середньому, на 1,5-2см, що становить 16-20% (в порівнянні з вихідним станом). Спосіб нескладний в хірургічному виконанні і може бути виконаний будь-яким хірургом в міських та районних лікарнях без спеціальної підготовки. Проведені рентгенологічні обстеження хворих з вивченням пасажу барієвої рідини по кишечнику виявили добре проходження барієвої рідини через зформований анастомоз. Випадків анастомозиту та недостатності швів зформованого анастомозу в післяопераційному періоді не спостерігали, що підтверджує функціональну надійність зформованих анастомозів за удосконаленням нами способом.

Приклад 1. Хворий Н., 32р., оперований в хірургічному відділенні ОТЛ м. Донецька 12.03.2001р. (хірург: Василенко Л.І.) з приводу травматичного ушкодження ділянки тонкої кишки, внаслідок ДТП. Виконано резекцію ушкодженої ділянки тонкої кишки з формуванням протистенотичного кінцево-кінцевого анастомозу з напівовальним взаємонадганним висіченням торцевих країв передньої та задньої стінки анастомозуючих органів. В післяопераційному періоді у хворого скарг не було, евакуаційних порушень з боку кишечника не спостерігали. Виписаний з відділення у добром стані без ускладнень.

Приклад 2. Хворий П., 64р., оперований в хірургічному відділенні МКЛ №16 25.11.1999р. (хірург: Єпіфанцев О.А.) з приводу защемленої лівосторонньої пахвинної грижі. Здійснено резекцію защемленої, патологічно-зміненої ділянки клубової кишки з формуванням протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу з напівовальним

взаємоконгруентним висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів. Клінічне спостереження за хворим не виявило будь-яких евакуаційних порушень з боку кишечника. Скарг у хворого не було. Виписаний з відділення у задовільному стані без ускладнень.

Приклад 3. Хвора К., 68р., оперована в хірургічному відділенні МКЛ №16 5.03.1999р. (хірург: Єпіфанцев О.А.) з приводу защемленої пупкової грижі. Здійснено резекцію защемленої, патологічно-зміненої ділянки клубової кишки з формуванням протистенотичного анастомозу кінець в кінець з напівовальним взаємоконгруентним висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів. Клінічне спостереження за хворою не виявило евакуаційних порушень з боку кишечника. Виписана з відділення у задовільному стані без ускладнень.

Переваги заявленого способу операції полягають в попередженні звуження просвіта анастомозуючих трубчастих органів шлунково-кишкового тракту і профілактиці евакуаційних порушень з боку кишечника в ранньому післяопераційному періоді в рахунок збільшення просвіта форміруемого співустья, в середньому, на 16-20% за його периметром в порівнянні з вихідним станом.

Проведені клінічні спостереження та рентгенологічні дослідження за прооперованими хворими з використанням удосконаленого способу формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу з напівовальним взаємоконгруентним висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів з вивченням евакуаційної функції кишечника з пасажем бар'єрової рідини підтвердили добру і надійну прохідність зформованих протистенотичних анастомозів без розвитку порушень кровопостачання, недостатності швів анастомозу в післяопераційному періоді, що підтверджує їх функціональну надійність. Успішне експериментально-клінічне випробування заявленого способу формування протистенотичного співустья дозволяє рекомендувати цей вид операції до застосування в хірургічній практиці міських, районних та клінічних лікарень.

Джерела інформації, прийняті до уваги:

1. Войленко В.Н. и др. Атлас операций на передней брюшной стенке и органах брюшной полости. -М. "Медицина", 1965. -С.302-307.

2. Василенко Л.І. і співав. Спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту. - Деклараційний патент на винахід. Україна. UA 45939A Мки А61В17/00. Заявка №2002010562//Бюл. №4, 2002р.



Фиг.1



Фиг.2