



УКРАЇНА

(19) UA (11) 52902 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/12МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АДАПТОВАНОГО МІЖКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

1

2

(21) u201004242

(22) 12.04.2010

(24) 10.09.2010

(46) 10.09.2010, Бюл.№ 17, 2010 р.

(72) ФОФАНОВ ОЛЕКСАНДР ДМИТРОВИЧ

(73) ФОФАНОВ ОЛЕКСАНДР ДМИТРОВИЧ

(57) Спосіб формування адаптованого міжкишкового анастомозу у новонароджених, який **відрізняється** тим, що під час операції сліпий кінець привідної атрезованої тонкої кишки відсікають в поперечному напрямку, а у відвідному кінці кишки

висікають клапоть у формі ромба, при цьому розсікають передню і задню стінки сліпого кінця відвідної кишки (довжина розрізу на кожній стінці відвідного кінця дорівнює ширині розпластаного привідного кінця), розріз виконують таким чином, щоб не утворювались гострі кути, тому лінія розрізу повинна з кожної сторони відвідної кишки нагадувати трикутник із закругленими кутами, після цього накладають однорядний анастомоз кінець до кінця.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до дитячої хірургії і може бути використана для лікування вродженої кишкової непрохідності.

Хірургічне лікування атрезій тонкої кишки у новонароджених часто викликає значні труднощі, пов'язані із великою різницею діаметрів привідної та відвідної кишок. При цьому привідна кишка може бути в 10 і більше разів ширшою, ніж відвідна. При створенні співустя між ними виникає необхідність в адаптації відвідної кишки до привідної. Традиційно такі адаптовані анастомози вважаються операціями підвищеного ризику, що пов'язано високою вірогідністю виникнення серйозних ускладнень (недостатність анастомозу, стеноз або функціональна неповноцінність створеного співустя) [1, 2, 3]. Деякі дитячі хірурги надають перевагу етапному хірургічному лікуванню атрезій тонкої кишки: накладання ентеростом, Т-подібних анастомозів. Проте у таких дітей швидко настають тяжкі порушення обміну речовин і виснаження, що призводить до несприятливих наслідків [1, 2, 3].

Більш фізіологічним хірургічним лікуванням є одномоментне відновлення безперервності кишкової трубки. Однак при цьому не повністю вирішені питання адаптації кишкових сегментів. Частина хірургів для зменшення діаметру привідної кишки застосовує інтестіноплікацію, інші використовують відсічення сліпого кінця відвідної кишки під гострим кутом по відношенню до брижі і накладання косого анастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі, що заявляється, є методика адаптованого анастомозу

за J. Louw (1967) [2]. При цьому розсікають вузький відвідний кінець кишки по протибрижовій стороні (Fig.1) і накладають косий міжкишковий анастомоз (Fig.2). Ця операція дозволяє досягти відповідності розмірів кишкових ран, які зшиваються і є досить простою у виконанні. Але вказана методика має і деякі недоліки. Так, при великій різниці діаметрів кишок анастомоз створюється під кутом 90°, що є нефізіологічним і створює певні проблеми для пасажу кишкового вмісту (особливо в перші дні після операції). Крім того, слабким місцем даного анастомозу є кут, де закінчується розріз на протибрижовій стороні відвідної кишки, де можуть утворюватись надриви стінки кишки при підвищенні внутрішньокишкового тиску.

Запропоновано спосіб формування адаптованого міжкишкового анастомозу у новонароджених, який полягає у висіченні ромбоподібного клаптя в сліпому кінці атрезованої відвідної кишки і накладання прямого анастомозу між привідною і відвідною кишками.

Суть способу, що заявляється, полягає в наступному: під час операції сліпий кінець привідної тонкої кишки відсікають в поперечному напрямку, а у відвідному сліпому кінці кишки висікають клапоть у формі ромба (Fig.3). Розріз починають від брижового боку кишки і закінчують на протибрижовому боці, при цьому розсікають передню і задню стінки сліпого кінця відвідної кишки. Довжина розрізу на кожній стінці відвідного кінця дорівнює ширині розпластаного привідного кінця. Розріз виконують таким чином, щоб не утворювались гострі

(19) UA (11) 52902 (13) U

кути, тому що в цих місцях можуть виникати над-риви кишки. Тому лінія розрізу повинна з кожної сторони відвідної кишки нагадувати трикутник із закругленими кутами. Після цього обробляють антисептиком кінці кишок і накладають однорядний анастомоз кінець до кінця. При цьому анастомоз утворюється прямий, відвідний кінець його нагадує розкритий дзьоб (Фіг.4).

Запропонований спосіб дозволяє адаптувати відвідний кінець атрезованої кишки до привідного, при цьому зберігається фізіологічний прямий хід кишкової трубки, що не створює перешкод для проходження кишкового вмісту. Сформований таким чином анастомоз не схильний до стенозування і не має слабких місць, що знижує ризик його неспроможності.

Даний спосіб застосовано нами при операціях з приводу атрезії тонкої кишки у 4 новонароджених. Клінічний ефект розробленого нами способу полягає у більш швидкому відновленні моторики кишківника в післяопераційному періоді, більш швидкому припиненні шлункового стазу, відсутності випадків неспроможності анастомозу, анастомозиту та інших післяопераційних ускладнень.

Прооперованим за запропонованим нами способом дітям швидше розпочинали ентеральне годування, у них скоротився час перебування у відділенні інтенсивної терапії та час перебування в стаціонарі.

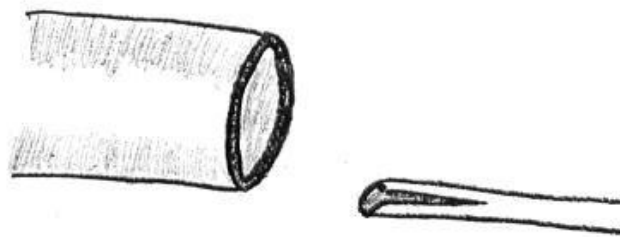
Приклад 1. Дитина С., дівчинка, вік - 1 доба, 4.10.09р. переведена в реанімаційне відділення новонароджених обласної дитячої лікарні з обласного перинатального центру в зв'язку з наростанням клініки вродженої кишкової непрохідності. Дитина від першої вагітності, недоношена (термін гестації 35-36 тижнів), з масою тіла 2150г, під час вагітності у матері була хронічна плацентарна недостатність. Після підтвердження діагнозу і передопераційної підготовки дитина прооперована. Під час операції виявлено атрезію голодної кишки у вигляді двох сліпих кінців. При цьому привідний

кінець кишки різко розширений, діаметром 50мм, відвідний кінець звужений, діаметром 5мм. Привідний кінець кишки резековано на протязі 5см, після резекції діаметр кишки 40мм. З метою адаптації відвідного кінця висічено ромбовидний клапоть на відвідній кишці із закругленими кутами, після чого накладено однорядний анастомоз безперервним серозно-м'язово-підслизовим швом по типу кінець до кінця (PDS № 5-0). Рана пошарово ушита. На другу добу після операції дитина переведена на спонтанне дихання. На третю добу з'явилась перистальтика, розпочато годування через кишковий зонд, а на 5 добу - годування через рот. З 5 доби - самостійна дефекація. На 7 добу дитина переведена з реанімаційного відділу, а на 15 добу виписана із стаціонару в задовільному стані. Оглянута через 2 і 5 місяців - вагу набирає добре, проблем з боку травного тракту нема.

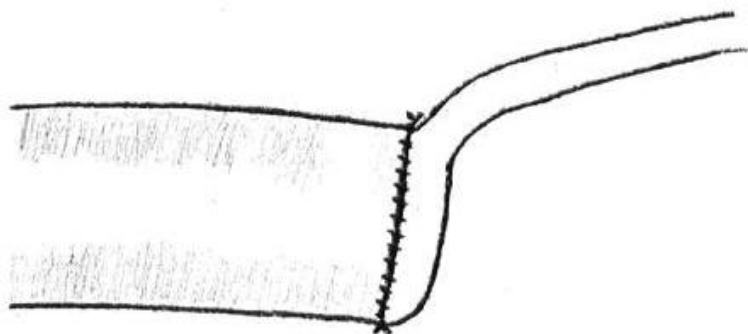
Використання способу, що заявляється, дає можливість вирішити проблему адаптації привідного і відвідного відрізків атрезованої тонкої кишки і звести до мінімуму кількість небезпечних післяопераційних ускладнень, таких як неспроможність швів анастомозу, анастомозит, стеноз, функціональна неповноцінність співусть. Даний спосіб є досить простий у виконанні і безпечний для оперованих дітей.

Література:

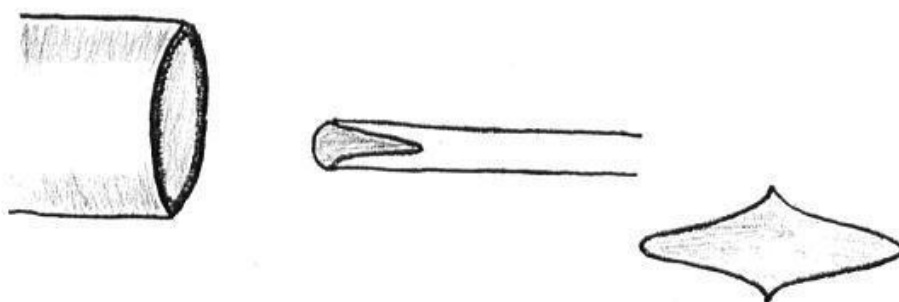
1. Иванов В.В. Выбор способа операции у новорожденных с низкой кишечной непроходимостью / В.В. Иванов, М.А. Аксельров, В.М. Аксельров и др. // Детская хирургия. - 2003. - №2. - С.4-6.
2. Морозов Д.А. Адаптированные анастомозы тонкой кишки у новорожденных / Д.А. Морозов, И.В. Кириллова, Ю.И. Гуинн и др. // Детская хирургия. - 2009. - №2. - С.23-28.
3. Савина В.А. Межкишечные анастомозы у новорожденных / [В.А. Саввина, Т.В. Красовская, Ю.И. Кучеров и др.] // Детская хирургия. - 2003. - №2. - С.8-12.



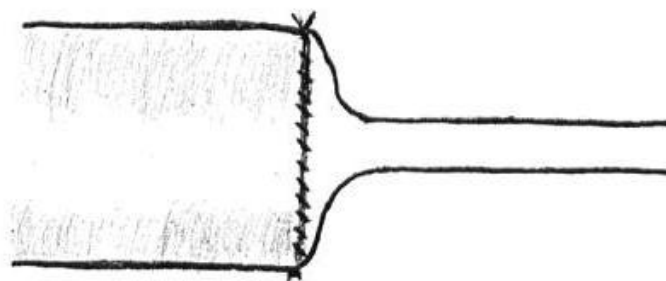
Фіг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4