



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55573

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЕНТЕРОСТОМІЇ

1

2

(21) 98073970

(22) 21 07 1998

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Бенедикт Володимир Володимирович

(73) Бенедикт Володимир Володимирович

(57) Спосіб ентеростомії, що включає ентеротомію з введенням у порожнину тонкої кишки дренажної трубки, який відрізняється тим, що дренажну трубку вводять у відповідну петлю кишки через сформований перед тим і підшитий до черевної стінки анастомоз по Брауну

Винахід відноситься до медицини, зокрема, абдомінальної хірургії.

Відомий спосіб ентеростомії по Witzel, який заключається у введенні дренажної трубки у відповідну петлю кишки через отвір в останній і перитонізації проксимальної частини трубки стінкою тонкої кишки [1].

Недоліком цього способу є стенозування тонкої кишки в місці ентеростомії, що веде до порушення пасажу кишкового вмісту, а також недостатність герметизації між стінкою кишки і дренажною трубкою. Все це вказує на недостатній рівень технологічності ентеростомії.

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити спосіб ентеростомії шляхом формування міжкишкового анастомозу по Брауну та перитонізації дренажної трубки між стінками тонкої кишки і цим досягають покращення прохідності по петлі кишки вмісту і підвищення ступеня герметичності в місці накладання ентеростомії.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі ентеростомії, який включає ентеротомію, введення в просвіт дренажної трубки і занурення цієї трубки в стінку тонкої кишки, у відповідності до винаходу, ентеротомію здійснюють на двох сусідніх ділянках тонкої кишки з накладанням ентеро-ентероанастомозу з введенням перед тим у відповідну петлю дренажної трубки і з зануренням цієї трубки між стінками анастомозуючих ділянок кишки.

Конкретно спосіб ентеростомії здійснюють таким чином.

Необхідну петлю тонкої кишки з'єднують між собою серозо-серозними швами на відстані 6 - 8 см у вигляді двостовки. Роблять на них два паралельних розрізи довжиною 2 - 4 см. В дистальному напрямку у тонку кишку вводять дренажну трубку

на необхідну відстань. Дистальний кінець цієї трубки занурюють між анастомозуючими ділянками тонкої кишки за допомогою серо-серозних вузлових швів (фіг. 1, 2), а в ділянці ентеротомії накладають ентеро-ентероанастомоз. "Сліпий" кінець цієї петлі підшиваємо до парієтальної очеревини за допомогою вузлових швів (фіг. 3).

Приклади використання способу ентеростомії.

Приклад 1. Хворий Ф., 64 р., поступив у клініку з діагнозом *ulcus-tumor* шлунка із стенозом вихідного відділу шлунка. Проведена операція - лапаротомія. Під час операції стверджено тотальне ураження пухлиною всього шлунка (від стравоходу до пілоруса) із стенозом вихідного відділу шлунка. Гастростомію або гастроентероанастомоз накласти неможливо. 30 см від зв'язки Трейца взята петля тонкої кишки. Накладено браунівський анастомоз. У відповідну петлю кишки перед тим введена трубка на глибину 20 см для ентерального харчування, яка перитонізована стінками петлі. Потім ця петля підшита до парієтальної очеревини. Трубка виведена через окремий розріз на передній черевній стінці. Хворий виписаний на 12 добу після операції. Харчування здійснювалося через дренажну трубку. Підтікання кишкового вмісту не відмічалося.

Приклад 2. Хворий М., 74 р., поступив у хірургічне відділення з діагнозом *рак воріт печінки* механічна жовтяниця. Виконано зовнішнє дренажування внутрішньопечінкового жовчного ходу. Дренажна трубка виведена назовні з послідовним введенням її у відповідну петлю через браунівський анастомоз. Проведено перитонізацію трубки стінкою кишки, і ця петля підшита до парієтальної очеревини. Протікання жовчі, кишкового вмісту між шкірою і трубкою не спостерігалось.

Через 2 тижні рівень загального білірубіну

(13) A

(11) 55573

(19) UA

зменшився з 630,16ммоль/л до 113,25ммоль/л. Хворий виписаний на 16 добу після операції з дренажною трубкою.

Приклад 3. Хвора Д., 72 р., поступила в хірургічне відділення з діагнозом гостра злуква кишкова непрохідність. Супутня патологія: хронічний обструктивний бронхіт, фаза загострення, емфізема легень. Дихальна недостатність III ст. Проведена операція - лапаротомія, роз'єднання злук. Петлі тонкої кишки роздуті до 6 - 7 см в діаметрі. Вирішено провести інтубацію тонкої кишки. Враховуючи вік хворої, наявність дихальної недостатності, проведена інтубація всього тонкого кишечника через ентєростому, яка була виконана на відстані 35 - 40 см від зв'язки Трейца по запропонованій нами методиці. Зонд для інтубації виведено через окремий розріз на передній черевній стінці. Після операційного періоду протікав без ускладнень із сторони органів черевної порожнини. На 4 добу у хворої почали відходити гази. На 6 добу після клі-

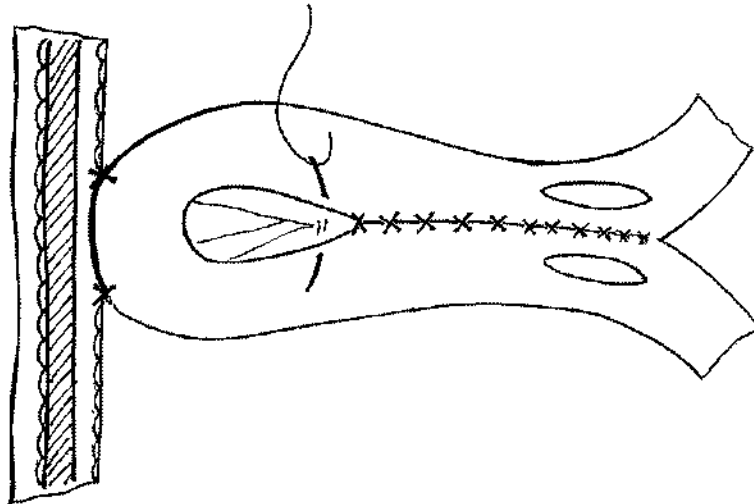
зми був стілець. На 8 добу після операції інтубаційний зонд видалено. За цей час пов'язка навколо інтубаційного зонда не промокала кишковим вмістом. Порушення пасажу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту не було. Виділення через ентєростомічний отвір припинилися через 3 доби. Хвора виписана.

Таким способом проведено накладання ентєростомії у 5 хворих. Підтікання кишкового вмісту не спостерігалось жодного разу. Порушень пасажу кишкового вмісту не було.

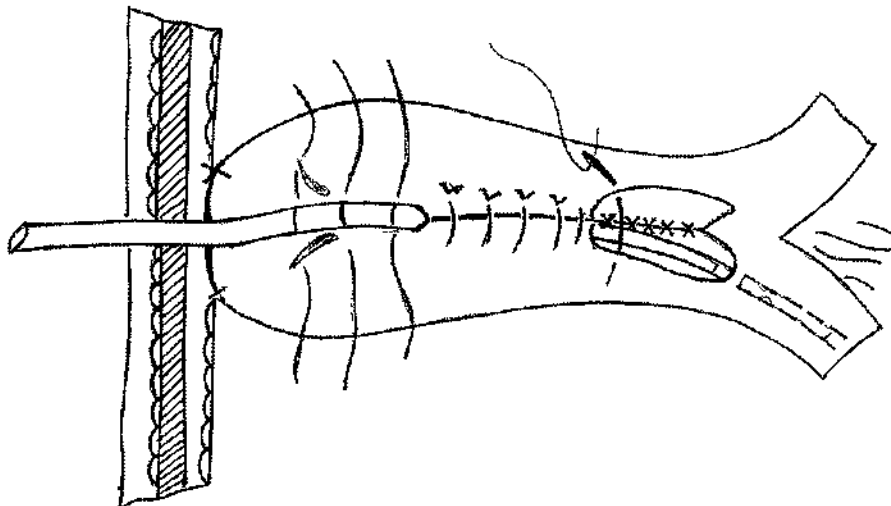
Отже використання запропонованого способу ентєростомії підвищує ступінь герметичності в зоні ентєростомії і забезпечує оптимізацію умов для прохідності кишки.

Джерела інформації, які слід прийняти до уваги.

1. Оперативная хирургия. Под ред. И. Литманна. Будапешт, 1981 - с. 47.



Фиг. 1

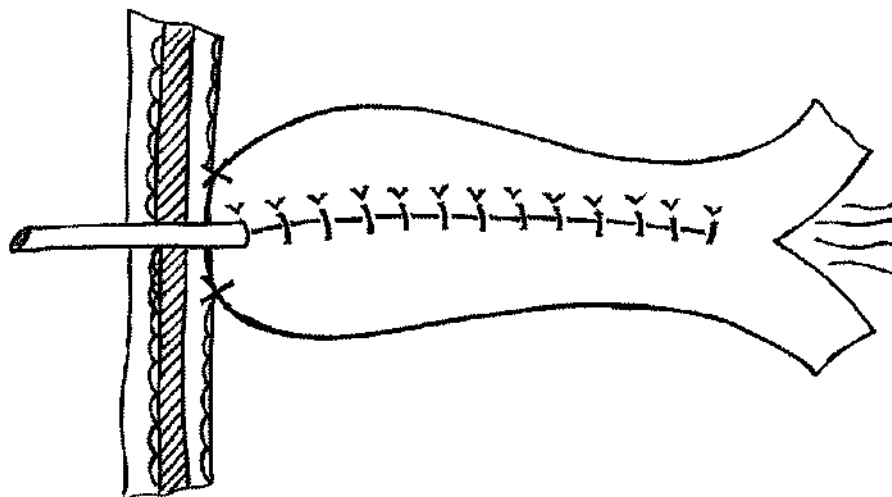


Фиг. 2

5

55573

6



Фиг. 3