



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63492** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЙНОГО КІНЦЕБІЧНОГО ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u201103191

(22) 18.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл.№ 19, 2011 р.

(72) ГРОНА ВАСИЛЬ МИКОЛАЙОВИЧ, ВАКУЛЕНКО МАКСИМ ВАЛЕРІЙОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб формування інвагінаційного кінцебічного тонко-товстокишкового анастомозу, який вклю-

чає резекцію ілеоцекального кута, розсікання тенії товстої кишки, вивертання всіх шарів тонкої кишки зі слизовою оболонкою з її подальшим зануренням у просвіт товстої кишки, який **відрізняється** тим, що розріз тенії товстої кишки проводять рівним за довжиною діаметра вивернутої слизової оболонки тонкої кишки, а занурену вивернуту слизову оболонку тонкої кишки прошивають у чотирьох протилежних місцях по окружності через всі шари з виколюванням голки на серозній оболонці.

Корисна модель належить до медицини, а саме дитячої хірургії, і може бути використана для лікування хворих дітей, що перенесли резекцію термінального відділу клубової кишки та ілеоцекального кута через інвагінацію кишечника, странгуляційну кишкову непрохідність, наявність пухлиноподібного утворення тощо.

Відомим є спосіб попередження рефлюксу, узятий за прототип [1]. За цим способом, на вільній ділянці тонкої кишки видаляють серозно-м'язовий шар протягом одного сантиметра. Вище цієї ділянки розшаровують серозно-м'язовий і слизово-підслизовий шари протягом трьох сантиметрів. У результаті торцева ділянка на відстані одного сантиметра представлена тільки слизово-підслизовим шаром, а наступним за ним, довжиною три сантиметри, -розшарованим серозно-м'язовим і слизово-підслизовим шарами. Мобілізовану ділянку серозно-м'язового шару ділять на три рівні частини й прошивають в основі з боку слизової оболонки поперечно. Обома лігатурами прошивають серозно-м'язовий шматок з боку слизової оболонки на межі середньої та нижньої третини наскрізь, накладають вісім таких швів на одному рівні циркулярно на рівних відстанях один від одного. Шви затягують. Відступають від краю слизово-підслизового шару на довжину діаметра м'язового замикача. Накладають ряд швів поперечно, обома лігатурами прошивають край слизово-підслизового шматка. Накладають вісім таких швів циркулярно на рівних відстанях один від одного. Шви затягують. Анастомоз накладають "кінець у

бік". Товсту кишку при цьому розсікають по тенії, що надає анастомозу щілиноподібної форми.

Цей спосіб має такі недоліки: відсутність повного зіткнення слизової оболонки тонкої кишки зі слизовою оболонкою товстої, невиконання анатомічної форми баугінієвої заслінки, що є причиною тонко-товстокишкового рефлюксу й робить цей спосіб недостатньо ефективним.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу формування інвагінаційного кінцебічного тонко-товстокишкового анастомозу під час резекції ілеоцекального кута, в якому забезпечується підвищення ефективності за рахунок виконання анатомічної форми баугінієвої заслінки.

Спосіб пояснюється рисунками.

Рисунок 1. Підготовка тонкої кишки до пластики - вивертання слизової оболонки тонкої кишки та її фіксація до серозно-м'язового шару в 4-х протилежних місцях по окружності.

Рисунок 2. Розсікання товстої кишки по тенії та занурення тонкої кишки вивернутою слизовою оболонкою.

Рисунок 3. Вигляд анастомозу після занурення вивернутої слизової оболонки тонкої кишки в просвіт сліпої з фіксацією чотирма збереженими лігатурами.

Рисунок 4. Вигляд анастомозу після накладання другого ряду серозно-м'язових швів.

Спосіб здійснюється таким чином: проводять мобілізацію ілеоцекального відділу кишечника; куску товстої кишки формують апаратним швом або трирядним вікриловим швом; відступають 3-

(19) **UA** (11) **63492** (13) **U**

3,5 см від кінця тонкої кишки, яку в 4-х протилежних місцях по окружності прошивають через всі шари з виколюванням голки на серозній оболонці відповідно на 12, 6, 3 і 9 годинах умовного циферблата (рис. 1); цими лігатурами прошивають торець тонкої кишки; під час зав'язування лігатур слизову оболонку тонкої кишки вивертають, її серозні поверхні стикаються й протягом 1,5 см утворюють вивернений назовні футляр слизової оболонки тонкої кишки, але лігатури не зрізують; розтинають просвіт товстої кишки чітко по тенії, відступивши 8-10 см від сформованої кукси на товстій кишці, при цьому довжина розрізу повинна дорівнювати діаметру вивернутої слизової оболонки тонкої кишки; проводять занурення вивернутої слизової тонкої кишки в просвіт товстої, який первинно фіксується чотирма збереженими лігатурами (рис. 2); після цього накладають перший циркулярний ряд слизово-слизових швів і другий ряд серозно-м'язових швів вікриловою ниткою (рис. 3).

Конкретний приклад здійснення способу:

Дитина Шабан Анастасія, 11 міс. (2007 р. н., історія хвороби №6670) з діагнозом гостра странгуляційна кишкова непрохідність через дивертикул Меккеля. Некроз ілеоцекального кута, ділянки клубової кишки. Серозний перитоніт. Давність захво-

рювання 18 годин. Під ендотрахеальним наркозом було проведено серединну лапаротомію, резекцію ілеоцекального кута з видаленням некротизованої ділянки тонкої кишки, накладання інвагінаційного кінцебічного тонко-товстокишкового анастомозу "кінець у бік", за нашою методикою. Післяопераційний період перебігав рівно, без ускладнень. Дитину виписано через 13 діб. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягненням. Дитину обстежено в клініці через 6, 12, 24 місяці. За даними обстеження, ознак неспроможності анастомозу, запалення, наявності рефлюкс-ілеїту не виявлено. Сформований за нашою методикою анастомоз функціонує добре.

Переваги способу: накладання кінцебічного анастомозу в зоні тенії дозволяє фіксувати сформовану на тонкій кишці вивернуту слизову оболонку таким чином, щоб не відбувалася її ретракція; формування додаткових слизово-слизових швів ідеально адаптує всі шари анастомозу; тенія створює додаткову антирефлюксну функцію шляхом компресії на вивернуту слизову оболонку тонкої кишки, ідеально виконує анатомічну форму баугінієвої заслінки, попереджає висхідну бактеріальну колонізацію тонкої кишки.

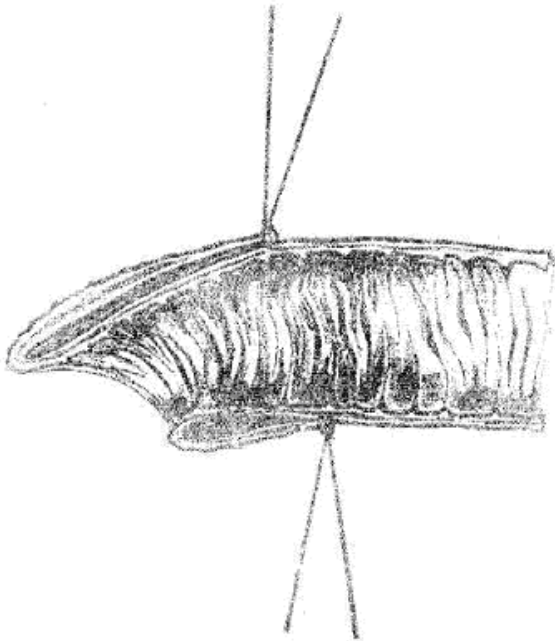


Рис. 1

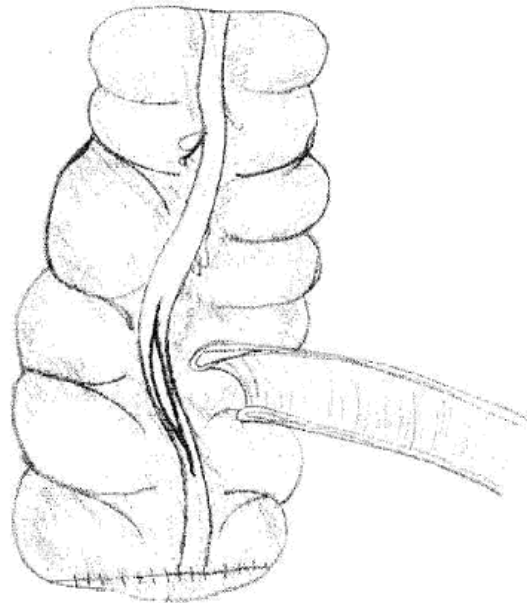


Рис. 2

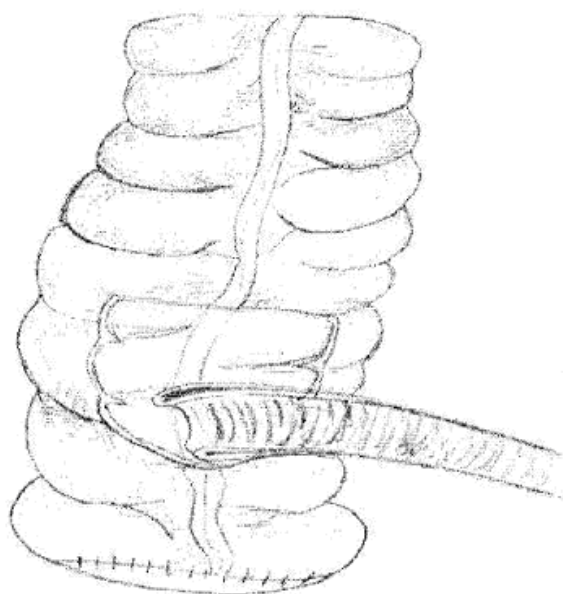


Рис. 3

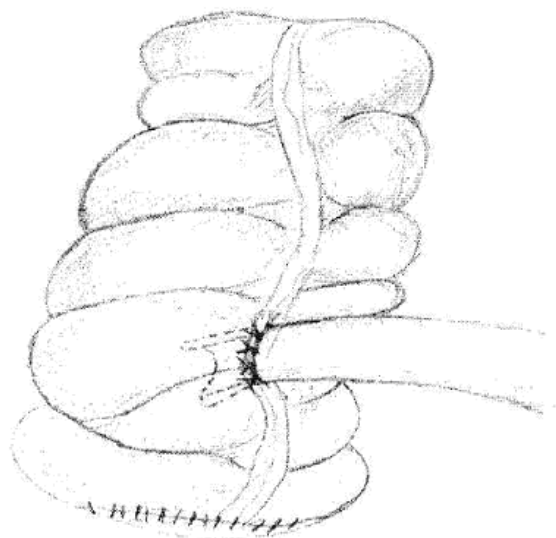


Рис. 4