



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66299 (13) U
(51) МПК
A61B 17/11 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АДАПТОВАНОГО МІЖКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ ЗА НАЯВНОСТІ ВИРАЖЕНОЇ ДИСПРОПОРЦІЇ ДІАМЕТРІВ ПРИВІДНОЇ ТА ВІДВІДНОЇ ДІЛЯНОК КИШЕЧНИКУ В НОВОНАРОДЖЕНИХ

1

(21) u201108100

(22) 29.06.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл.№ 24, 2011 р.

(72) ГРОНА ВАСИЛЬ МИКОЛАЙОВИЧ, ВАКУЛЕНКО МАКСИМ ВАЛЕРІЙОВИЧ, БУСЛАЄВ ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ

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

(57) Спосіб формування адаптованого міжкишкового анастомозу за наявності вираженої диспропорції діаметрів привідної та відвідної ділянок кишечника в новонароджених, що включає підготовку атрезованих ділянок кишки, накладання фіксаційних швів, накладання лігатур між підготовленими ділянками кишки, формування задньої та передньої губ анастомозу, який **відрізняється**

2

тим, що сліпий кінець привідної кишки розсікають поздовжньо від брижового краю до протилежного, відвідний кінець розсікають у поперечному напрямку, формуючи дві заокруглені губи на привідній і відвідній ділянках кишки з утворенням тупих кутів на верхівці після їх розведення, фіксаційні лігатури накладають між верхівками тупих кутів на стінці відвідної кишки та в центрі найбільшої випуклості на стінці латеральних губ привідної кишки, причому одним кінцем лігатури накладають однорядний безперервний адаптований шов на задню губу до протилежної лігатури й зав'язують, а другим кінцем лігатури проводять накладання однорядного безперервного адаптованого шва на передню губу до протилежної стінки та зв'язують з лігатурою на протилежному краї.

Корисна модель належить до медицини, а саме дитячої хірургії, і може застосовуватися для лікування новонароджених, які мають уроджену атрезію кишечника.

Відомим є спосіб накладання адаптованого міжкишкового анастомозу, взятий за прототип [1]. За цим способом проводять мобілізацію привідної та відвідної атрезованих ділянок кишки. Сліпий кінець привідної кишки відсікають у поперечному напрямку, а у відвідному сліпому кінці висікають шматок ромбоподібної форми (Дод.1). Розріз починають від брижового краю кишки й закінчують на протибрижовому краї, при цьому розсікають передню й задню стінки сліпого кінця відвідної кишки. Довжина розрізу на кожній стінці відвідного кінця дорівнює ширині розпластаного привідного кінця. Розріз виконують так, щоб не утворилися гострі кути. Після цього обробляють антисептиком кінці кишечника й накладають однорядний анастомоз "кінець у кінець" (Дод.2).

Цей спосіб має такі недоліки: у разі великої різниці діаметрів привідної та відвідної ділянок кишки анастомоз утворюється майже під прямим кутом, що є нефізіологічним і тягне певні проблеми

під час пасажу кишкового хімусу; нефізіологічне розташування анастомозованих ділянок кишки призводить до підвищення внутрішньокішкового тиску, викликаючи при цьому ішемію в зоні анастомозу; наявність надлишкового натягнення в зоні кута, де закінчується розріз на протибрижовому краї відвідної кишки, може призвести до неспроможності анастомозу й робить цей спосіб недостатньо ефективним.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення формування адаптованого міжкишкового анастомозу за наявності вираженої диспропорції діаметрів привідної та відвідної ділянок кишечника у новонароджених, в якому забезпечується підвищення ефективності за рахунок формування адаптованого анастомозу "кінець у кінець" без натягнення стінок кишки по периметру й виконання фізіологічного прямого ходу кишкової трубки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування адаптованого міжкишкового анастомозу за наявності вираженої диспропорції діаметрів привідної та відвідної ділянок кишечника у новонароджених, який включає підготовку атре-

(13) U

(11) 66299

(19) UA

зованих ділянок кишки, накладання фіксаційних швів, накладання лігатур між підготовленими ділянками кишки, формування задньої та передньої губ анастомозу, згідно з корисною моделлю, сліпий кінець привідної кишки розсікають поздовжньо від брижового краю до протилежного, відвідний кінець розсікають у поперечному напрямку, формуючи дві заокруглені губи на привідній і відвідній ділянці кишки з утворенням після їх розведення тупих кутів на верхівці, фіксаційні лігатури накладають між верхівками тупих кутів на стінці відвідної кишки та в центрі найбільшої випуклості на стінці латеральних губ привідної кишки, причому одним кінцем лігатури накладають однорядний безперервний адаптований шов на задню губу до протилежної лігатури та зав'язують, а другим кінцем лігатури проводять накладання однорядного безперервного адаптованого шва на передню губу до протилежної стінки та зв'язують з лігатурою на протилежному краї.

Спосіб пояснюється фігурами.

Фіг.1. Підготовка атрезованих ділянок кишки до накладання фіксаційних швів - виконання поздовжнього розрізу на привідній ділянці та поперечного - на відвідній ділянці кишки.

Фіг.2. Накладання лігатур між верхівкою тупого кута на відвідній кишці й випуклістю правої та лівої губ привідної кишки.

Фіг.3. Формування задньої губи анастомозу методом накладання однорядного адаптованого шва.

Фіг.4 Формування передньої губи анастомозу методом накладання адаптованого однорядного шва.

Фіг.5. Остаточний вигляд сформованого адаптованого міжкишкового анастомозу.

Спосіб здійснюється таким чином: проводять мобілізацію привідної та відвідної атрезованих ділянок кишки; сліпий кінець привідної кишки розсікають поздовжньо від брижового краю до протилежного, а відвідний кінець розсікають у поперечному напрямку; формують дві заокруглені губи на привідній і відвідній ділянках кишки з утворенням тупих кутів на верхівці після їх розведення; накладають дві лігатури між верхівками тупих кутів на стінці відвідної кишки та в центрі найбільшої випуклості на стінці латеральних губ привідної кишки; одним кінцем лігатури накладають однорядний

безперервний адаптований шов на задню губу до протилежної лігатури та зв'язують з однією з них; іншим кінцем лігатури накладають однорядний безперервний адаптований шов на передню губу до протилежної стінки та зав'язують з другим кінцем лігатури на протилежному краї.

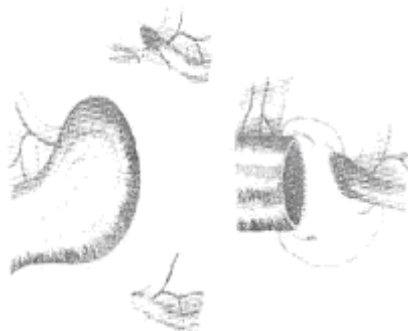
Конкретний приклад здійснення способу.

Дитина Вікторія Н., 1 доба (2007 р.н., історія х-би №13612) від 2 вагітності, що перебігала на фоні прееклампсії тяжкого ступеня, хронічного пієлонефриту. Пологи перші, термінові, шляхом кесарського розтину. Маса після народження 1950 г, ріст 46 см, ЗША - 5-6 балів. Дитину в пологовому будинку консультував дитячий хірург. Запідозрено уроджену кишкову непрохідність. Госпіталізована в ОДКЛ з діагнозом "повна уроджена кишкова непрохідність. Атрезія клубової кишки. Різниця діаметрів привідної та відвідної ділянок 1:6. Хворіє з народження. Під ендотрахеальним наркозом було проведено серединну лапаротомію, накладання прямого міжкишкового адаптованого анастомозу "кінець у кінець" за нашою методикою. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рівно. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягненням. Дитину виписано з відділення в задовільному стані на 14 добу. Обстежено в післяопераційному періоді через 6, 12, 24 місяці. За даними обстеження, у післяопераційному періоді ознак неспроможності, стенозування, запалення анастомозу не виявлено. Сформований за нашою методикою анастомоз функціонує добре.

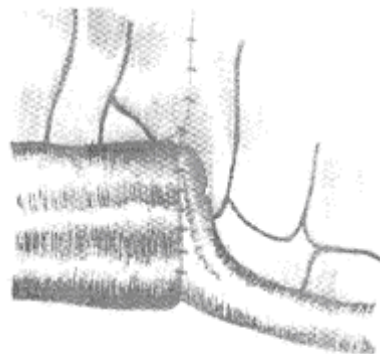
Переваги способу: накладання адаптованого міжкишкового прямого анастомозу дозволяє адаптувати привідний кінець атрезованої кишки до відвідного без виникнення в подальшому натягнення по периметру; формування фізіологічного прямого ходу кишкової трубки дозволяє уникнути виникнення надлишкового внутрішньокішкового тиску як у привідній кишці, так і в зоні анастомозу; ідеально адаптовані кишкові стінки не схильні до утворення ділянок стенозування й не мають слабких місць, які могли б призвести до його неспроможності.

Джерело інформації:

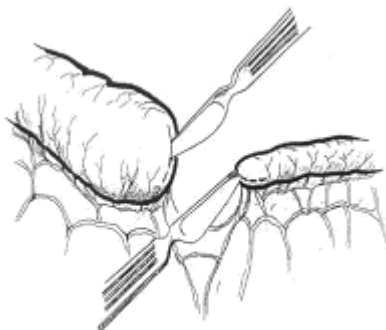
1. Морозов Д.А. Адаптированные анастомозы тонкой кишки у новорожденных / Д.А. Морозов, И.В. Кириллова, Ю.И. Гуинн и др. // Детская хирургия. - 2009. - №2. - С. 23-28.



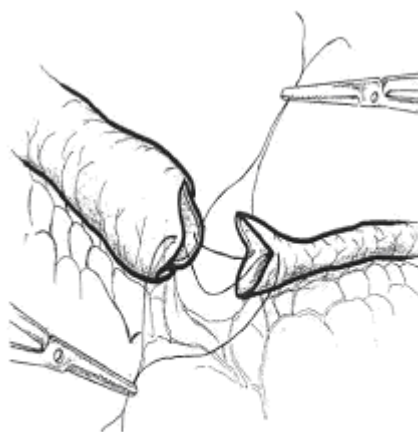
Дод.1



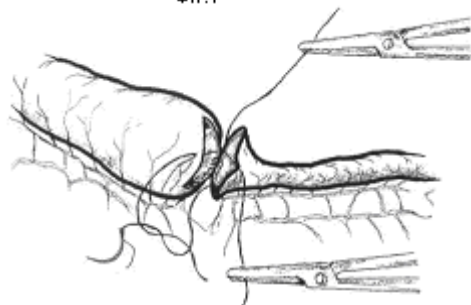
Дод.2



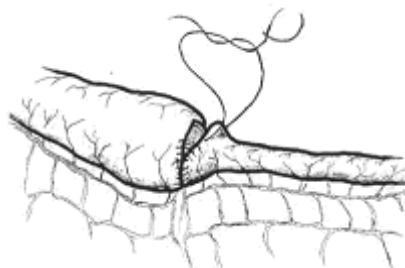
Фиг.1



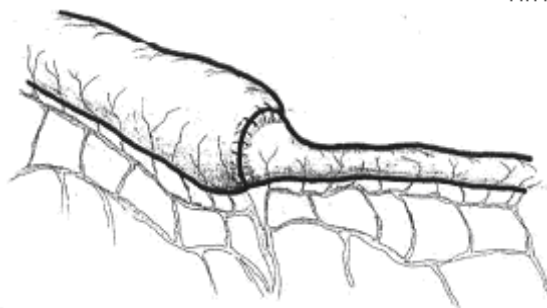
Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5