



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **65774** (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 ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ У ДІТЕЙ**

1

2

(21) u201107788

(22) 20.06.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) КРИВЧЕНЯ ДАНИЛО ЮЛІАНОВИЧ, ПРИТУЛА  
ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, СІЛЬЧЕНКО МИХАЙЛО  
ІВАНОВИЧ, БОДНАР ОЛЕГ БОРИСОВИЧ(73) БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ(57) Спосіб формування тонко-товстокишкового  
анастомозу у дітей шляхом формування "хоботка"  
дистального відділу клубової кишки, що включає

формування "хоботка" дистального відділу тонкої кишки з його інвагінацією в просвіт товстої кишки, який **відрізняється** тим, що проводять клиноподібне висічення тонкої кишки по протибрижовому краю, завертають та зшивають між собою відрізки по периметру, формують дублікатуру - "хоботок", занурюють його в поздовжньо розсічену товсту кишку з накладанням анастомозу дворядним швом: перший ряд між слизовою оболонкою "хоботка" і товстої кишки, другий ряд - серо-м'язові шви між тонкою та товстою кишками.

Корисна модель належить до медицини, а саме - до дитячої хірургії, і може бути використана при оперативних втручаннях, що потребують видалення клубово-сліпокишкового переходу (КСП) та з'єднання тонкої і товстої кишок у дітей.

Тонко-товстокишковий анастомоз є одним з найбільш складних видів міжкишкових анастомозів. Труднощі, які виникають при накладанні анастомозу між тонкою та товстою кишками після резекції ілеоцекального відділу кишечника (ІВК) полягають не тільки в тому, що необхідно з'єднати дві різні по діаметру кишки, а і в тому, що необхідно відтворити функцію ілеоцекального замикального апарату (ІЦЗА).

Тонко-товстокишковий анастомоз повинен бути простим за технікою виконання, герметичним та фізіологічним. Моторно-евакуаторна функція кінцевих, кінце-бічних та бічних анастомозів визначається руховою здатністю привідного відділу, антиперистальтикою, спазмуванням та швидкістю спорожнення. Виникнення рефлекс-ілеїту зустрічається в 65,6 % хворих, які перенесли правобічну геміколектомію, що суттєво погіршує результати операції. Наслідком накладання тонко-товстокишкового анастомозу без формування засліпки є його недостатність, що проявляється регургітацією, яка призводить до суттєвих розладів травлення, ілеїту, діареї, порушення обміну речовин, анемії, дискомфорту та болю в животі, які важко піддаються лікуванню.

Тільки клапанні конструкції морфо-функційно роз'єднують тонку та товсту кишки.

Найближчим до способу що заявляється, є спосіб формування тонко-товстокишкового анастомозу шляхом створення "хоботка" дистального відділу тонкої кишки за участі брижі та кінцевої живильної судини, його інвагінацією в просвіт попереково-розсіченої товстої кишки з одночасним контрольованим вивертанням та повною адаптацією слизово-підслизових шарів тонкої та товстої кишок однорядними швами (Пат. 2373872 Российская Федерация, МПК А61В 17/11. Способ формирования тонкотолстокишечного анастомоза / Никитин А.А., Плехов А.В. - № заявки 2008127359/14 от 04.07.2008; опубл. 27.11.2009).

До недоліків цього способу можна віднести: нефізіологічне поперекове розсічення стінки товстої кишки, яке супроводжується ушкодженням м'язового шару з подальшою сполучнотканинною організацією; формування "хоботка" супроводжується подвоєнням стінки тонкої кишки, що може призвести до розвитку стенозу; використання пропонованого однорядного шва може ускладнюватися виникненням неспроможності швів, а виходячи з теорії "біологічної проникливості при фізіологічній цілісності швів" - анастомозиту та надмірного гіперпластичного спайкового процесу в ділянці співсту.

Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки.

(13) **U**  
(11) **65774**  
(19) **UA**

В основу корисної моделі поставлена задача підвищення ефективності лікування захворювань, які потребують видалення КСП у дітей шляхом використання операції створення "хоботкового" інвагінаційного тонко-товстокишкового анастомозу з моделюванням заслінки.

Спільними ознаками способу-найближчого аналога та способу, що заявляється, є формування "хоботка" дистального відділу тонкої кишки з його інвагінацією в просвіт товстої кишки. Корисна модель відрізняється тим, що проводиться розтин товстої кишки в поздовжньому напрямку по тенії, створення "хоботка" виконується на катетері при клиновидному висіченні тонкої кишки, анастомоз формується дворядним швом.

Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином: проводиться клиновидне висічення тонкої кишки по протибрижовому краю, завдовжки до 5 см. Після того краї розсіченої кишки завертаються та зашиваються між собою та по периметру на катетері Нелатона (№10-26, відповідно діаметру кишки) формуючи дублікатуру - "хоботок". Стінка товстої кишки розсікається з протибрижового краю поздовжньо. В сформований отвір заводиться "хоботок" і фіксується дворядним швом. Спершу накладається ряд лігатур між слизовою оболонкою "хоботка" і товстої кишки. Після того - другий ряд - серо-м'язові шви між тонкою та товстою кишками. Фіг.1: етап формування "хоботкового" тонко-товстокишкового анастомозу (розсічення тонкої кишки). Фіг.2: етап формування "хоботкового" тонко-товстокишкового анастомозу (формування "хоботка" дистального відділу тонкої кишки). Фіг. 3: "хоботковий" тонко-товстокишкового анастомоз.

Наводимо приклад. Пацієнтка 3., 2 роки 9 місяців (історія хвороби №1655/2002). Дівчинка на 4 добу оперована з приводу перфорації сліпої кишки (Фіг.4: перфорація сліпої кишки у пацієнтки Д. із субтотальною формою хвороби Гіршпрунга).

Під час операції діагностовано ХГ, субтотальну форму. Ділянка агангліозу займала до верхньої третини висхідної кишки. Було зашито перфоративний отвір у сліпій кишці та виведено кінцеву ілео-

стому (Фіг.5: перший етап операції: 1 - зашивання дефекту в ілеоцекальному куті; 2 - кінцева ілеостомі).

У дворічному віці проведена радикальна операція. 20.02.2002 року операція - релапаротомія, роз'єднання злук, субтотальна резекція товстої та прямої кишок із первинним колоректальним анастомозом ручним способом без зняття ілеостомі. Залишено 10 см товстої кишки (Фіг.6: другий етап операції: розворот ободової кишки з первинним колоректальним анастомозом).

22.04.2002 року - третій етап хірургічного лікування, операція-релапаротомія, зняття ілеостомі, накладання ентоцекоанастомозу кінець-в-бік з "хоботковим" інвагінаційним клапаном (Фіг.7: третій етап операції: зняття ілеостомі, накладання енто-цекоанастомозу кінець-в-бік з "хоботковим" інвагінаційним клапаном).

Дитина була прийнята для контрольного обстеження та реабілітаційного лікування. Випорожнення 4-6 раз на добу, кашоподібне, інколи рідке. Проведено іригграфію, на якій відмічено сформовану пряму кишку без явищ НЦЗА.

Пацієнтка росте та розвивається задовільно. При виконанні дитині іригграфії через 7 років після виконання "хоботкового" інвагінаційного тонко-товстокишкового анастомозу явищ НЦЗА не відмічалось.

Виконання тонко-товстокишкового анастомозу за запропонованим способом 22 дітям з ілеоцекальною інвагінацією, некрозом КСП; 15 дітям з хворобою Крона, ілеоколітом, не супроводжувалося явищами НЦЗА при спостереженні та обстеженні протягом від 2 до 5 років післяопераційного періоду.

Технічний результат: спосіб, що заявляється, дозволяє відтворити механізм тонко-товстокишкового клапанного апарата при необхідності видалення ІВК у дітей, покращити якість накладання тонко-товстокишкових анастомозів та підвищити ефективність лікування захворювань клубово-сліпокишкового сегмента у дітей.

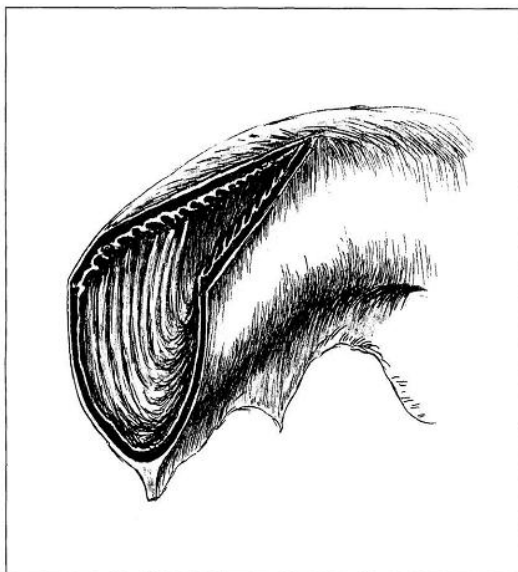


Fig. 1



Fig. 2

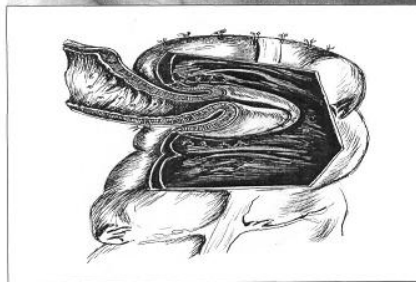
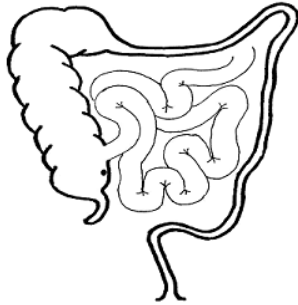
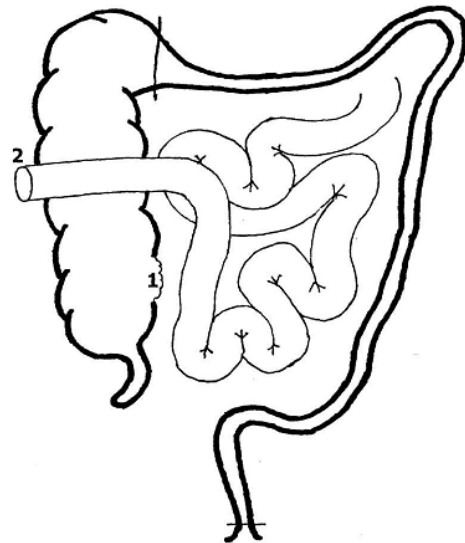


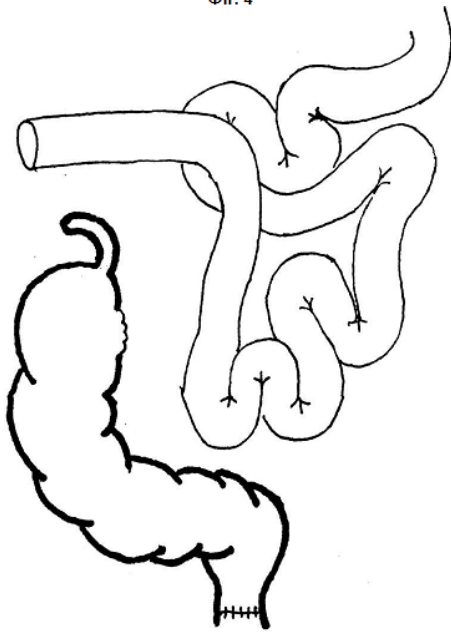
Fig. 3



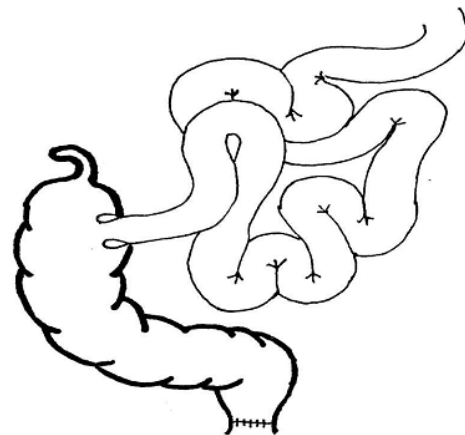
Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7