



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42946 (13) A

(51) 7 A61B17/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РЕФЛЮКСУ КИШКОВОГО ВМІСТУ

(21) 2000063206

(22) 05.06.2000

(24) 15.11.2001

(33) UA

(46) 15.11.2001, Бюл. № 10, 2001 р.

(72) Безруков Олег Філіпович, Безруков Володимир Олегович, Шестопалов Дмитро Вікторович, Говорунов Ігор Васильович

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО, UA

(56) 1. Шалимов А.А., Нечитайло М.Е., Доманський Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоров'я, 1993. - С. 471-472.

2. Симин П. Хирургия кишечника. - Бухарест: Мед. Изд-во, 1979. - С. 139, раздел - Энтеровыключение

(57) Спосіб запобігання рефлюксу кишкового вмісту шляхом накладення ентеральної заглишки, що заключається у виключенні кишки за допомогою стенозування просвіту кишки, який **відрізняється** тим, що накладають шви по конусоподібному звуженню привідної кишки з наступним утворенням коліноподібного вигину.

Винахід стосується медицини, а саме хірургії черевної порожнини, і може бути використаний у запобіганні рефлюксу кишкового вмісту.

Відомим є спосіб запобігання рефлюксу кишкового вмісту (А.А. Шалимов, М.Е. Нечитайло, Б.В. Доманський. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоров'я, 1993. - С. 471-472) шляхом накладення ентеральної заглишки за Шалімовим О.О., який заключається в перев'язці циркулярними лігатурами ділянки привідної петлі для запобігання пасажу кишкового вмісту по привідній петлі в профілактиці холангітів, езофагітів і рефлюкс-гастритів.

Ознаками, які співпадають з суттєвими ознаками способу, що пропонується, є: виключення кишки за допомогою стенозування її просвіту.

В способі-аналогу причинами, які перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату, є: тенденція циркулярної лігатури прорізати кишкову стінку під дією перистальтичних скорочень і виходити в просвіт кишки, в результаті чого може настати реканалізація.

За найближчий аналог обрано спосіб запобігання рефлюксу кишкового вмісту шляхом застосування стенозувальної лігатури за Розановим (Симин П. Хирургия кишечника. - Бухарест: Мед. изд-во, 1979. - С. 139; Розділ Энтеровыключение), який заключається в накладенні циркулярної лігатури на петлю кишки.

Ознаками, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності в профілактиці рефлюкс-гастритів, езофагітів, холангітів для створення оптимальних

умов травного графіку) є те, що такого роду лігатура може мати тільки тимчасову дію, через перистальтичні скорочення нитка проявляє тенденцію прорізувати кишкову стінку, прохідність кишечника таким чином відновлюється.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу запобігання рефлюксу кишкового вмісту шляхом створення ентеральної заглишки, яка заключається в накладенні стенозувальних серозно-м'язових лігатур, які інвагінують стінку кишки та не піддаються дії перистальтичних скорочень кишечника прорізувати кишкову стінку і виходити в просвіт кишки, що приводить в результаті до реканалізації заглишки, що дозволяє досягти очікуваний технічний результат при використанні винаходу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі запобігання рефлюксу кишкового вмісту шляхом накладення ентеральної заглишки, яка заключається у виключенні кишки за допомогою стенозування просвіту кишки, згідно з винаходом, накладають шви по конусоподібному звуженню привідної кишки з наступним утворенням коліноподібного вигину.

Між сукупністю суттєвих ознак запропонованого способу і технічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється такий причинно-слідчий зв'язок: накладення серозно-м'язового шва з конусоподібним звуженням кишки та наступним утворенням конусоподібного вигину дозволяє запобігати прорізання швів у просвіт кишки, що стенозує її просвіт і веде до ефективного запобігання рефлюксу кишкового вмісту.

(19) UA (11) 42946 (13) A

Спосіб ілюструється графічним зображенням на фіг. 1 та фіг. 2.

На фіг. 1 показано конусоподібне звуження кишечника шляхом наложення серозно-м'язових швів, а на фіг. 2 показано утворення коліноподібного вигину кишки, де 1 - привідна петля, 2 - серозно-м'язові шви.

Суть винаходу заключається в наступному.

На мобілізовану ділянку привідної петлі 1 на 15-20 см дистальніше ентеро-ентероанастомозу накладаються на бокові поверхні кишки серозно-м'язові шви 2 по осі кишечника в поперечному напрямку на відстані між швами 1,5-2 см; кожний наступний шов захоплює велику ділянку бокової стінки кишки, при зав'язуванні швів ділянка кишки між виколами інвагується в поздовжньому напрямку по осі кишечника, утворюючи конусоподібне звуження до Брауновського анастомозу. Ділянка кишки між ентеро-ентероанастомозом і конусоподібним звуженням підшивається серо-серозними швами до ділянки звуження кишки, утворюючи коліноподібний вигин.

Запропонований спосіб ілюструється такими прикладами його здійснення.

Приклад 1

Хворий К., 1947 р., історія хвороби № 8551, перебував на лікуванні в хірургічному відділенні з 6.10.1997 р. по 17.10.1997 р. з діагнозом: рак голови підшлункової залози. Механічна жовтяниця. Зі скаргами на жовтяничність шкірних покривів, склер, біль в епігастральній зоні. При огляді стан середнього ступеня тяжкості: шкірні покриви склері іктеричні. Язик обкладений. Живіт м'який, бере участь в акті дихання, обкладений. На передній черевній стінці післяопераційний рубець (в 1992 році СПВ). При пальпації болючий в епігастрії. Печінка збільшена на 2 см, поверхня печінки гладка, селезінка не пальпується. Перитонеальних симптомів немає. Синдром Пастернацького негативний.

9.10.1997 р. операція - холецистоекоанастомоз, ентеро-ентероанастомоз із заглушкою за методикою кафедри.

Післяопераційний перебіг гладкий, рана загоїлася первинним натяганням. Жовтяниця купірована.

Приклад 2

Хвора І., 1949 р., історія хвороби № 10731, перебувала на лікуванні в хірургічному відділенні з 23.12.1997 р. по 9.01.1998 р. з діагнозом: виразкова хвороба шлунка, рецидивуючий перебіг, стеноз анастомоза, пенетрація в праву долю печінки. Поступила в плановому порядку зі скаргами на біль в епігастрії, іррадіювальний в спину по типу "оперізувальних", багаторазове блювання вжитою їжею, зранку - їжею, яка була з'їдена напередодні. Нудота, сухість у роті, слабкість. Зі слів хворої, вважає себе хворою протягом року, коли відзначила появу нудоти і блювання після прийому їжі. З часом нудота стала виникати частіше, стала носити виснажувачий характер, блювотні маси набули смердючого запаху. На виразкову хворобу хворіє з 1990 року. В 1993 році прооперована з приводу перфоративної виразки шлунка. Об'єм операції не знає. До січня 1997 року відзначала стійку ремісію - загальний стан середнього ступеня тяжкості. Шкірні покриви і видимі слизові звичайного забарвлення.

Температура тіла 35,8°C, АТ 125/65 мм рт.ст. Пульс 86 уд. в 1 хв., задовільних властивостей. Дихання в легенях везикулярне, послаблене, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт збільшений в розмірах за рахунок верхніх його відділів, симетричний, в акті дихання бере участь рівномірно. При пальпації відмічається болючість у верхніх відділах живота, в основному в пілородоуденальній зоні. Печінка, селезінка не збільшені. Природні випорожнення в нормі. Діурез знижений. При надходженні Нб 93 г/л, L 6,2·10⁹/л, ШОЕ 12 мм/год, цукор крові 5,2 ммоль/л, Е-2, П-2, С-77, Л-18, М-1, білірубін загальний 12,4, прямий 3,1, непрямий 9,3 ммоль/л, амілаза крові 36,9.

Після передопераційної підготовки та компенсації волемічних порушень 25.12.1997 р. операція - лапаротомія, обхідний гастроентероанастомоз на довгій петлі з ентеро-ентероанастомозом за Брауном і заглушкою за методикою клініки.

Післяопераційний період без особливостей. Нб 103 г/л, L 6,0·10⁹/л, ШОЕ 12 мм/год. Рана загоїлася первинним натяганням. Виписана в задовільному стані.

Приклад 3

Хвора Г., 1947 р., історія хвороби № 380, перебувала в хірургічному відділенні на стаціонарному лікуванні з 15.01.1998 р. по 16.03.1998 р. з діагнозом: рак шлунка T₄N₁M_x. Надійшла в плановому порядку зі скаргами на слабкість, тягнучий біль в зоні шлунка, нудоти і блювання немає. Зі слів хворої хворіє з травня 1998 р. В перших числах грудня 1997 р. зроблена ФГС і Ро-скопія шлунка - виявлений рак шлунка. Загальний стан хворої задовільний. Шкіра і видимі слизові бліді. Периферичні лімфовузли не збільшені. В легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 115/80 мм рт.ст., пульс 80 уд. в 1 хв., ритмічний. Живіт м'який, симетричний, не піднятий, болючий при пальпації в епігастрії, пухлина не пальпується. Печінка, селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Природні випорожнення в нормі. При надходженні: Нб 78 г/л, L 6,5·10⁹/л, ШОЕ 5 мм/год, Е-0, П-3, С-58, Л-29, М-9, білірубін загальний 14,2 ммоль/л, прямий - 3,9 ммоль/л, непрямий - 10,6 ммоль/л.

Після передопераційної підготовки і компенсації волемічних порушень 21.01.1998 р. операція - лапаротомія, гастректомія з накладенням стравохідно-кишкового анастомозу, ентеро-ентероанастомоз за Брауном і заглушкою на приводящу петлю за методикою кафедри.

Післяопераційний період без особливостей. Рана загоїлася первинним натяганням. Виписана в задовільному стані під спостереження онколога. Нб 103 г/л, L 6,6·10⁹/л, ШОЕ 15 мм/год, Е-1, П-3, С-69, Л-25, М-2, білірубін загальний 12,6, прямий - 4,2, непрямий - 8,4 ммоль/л.

Наведені приклади підтверджують ефективність запропонованого способу.

Використання запропонованого способу дозволяє запобігти рефлюкс-гастрити, езофагіти і холангіти, створити оптимальні умови травного графіку більш простим і безпечним способом, знизити витрати на лікування.

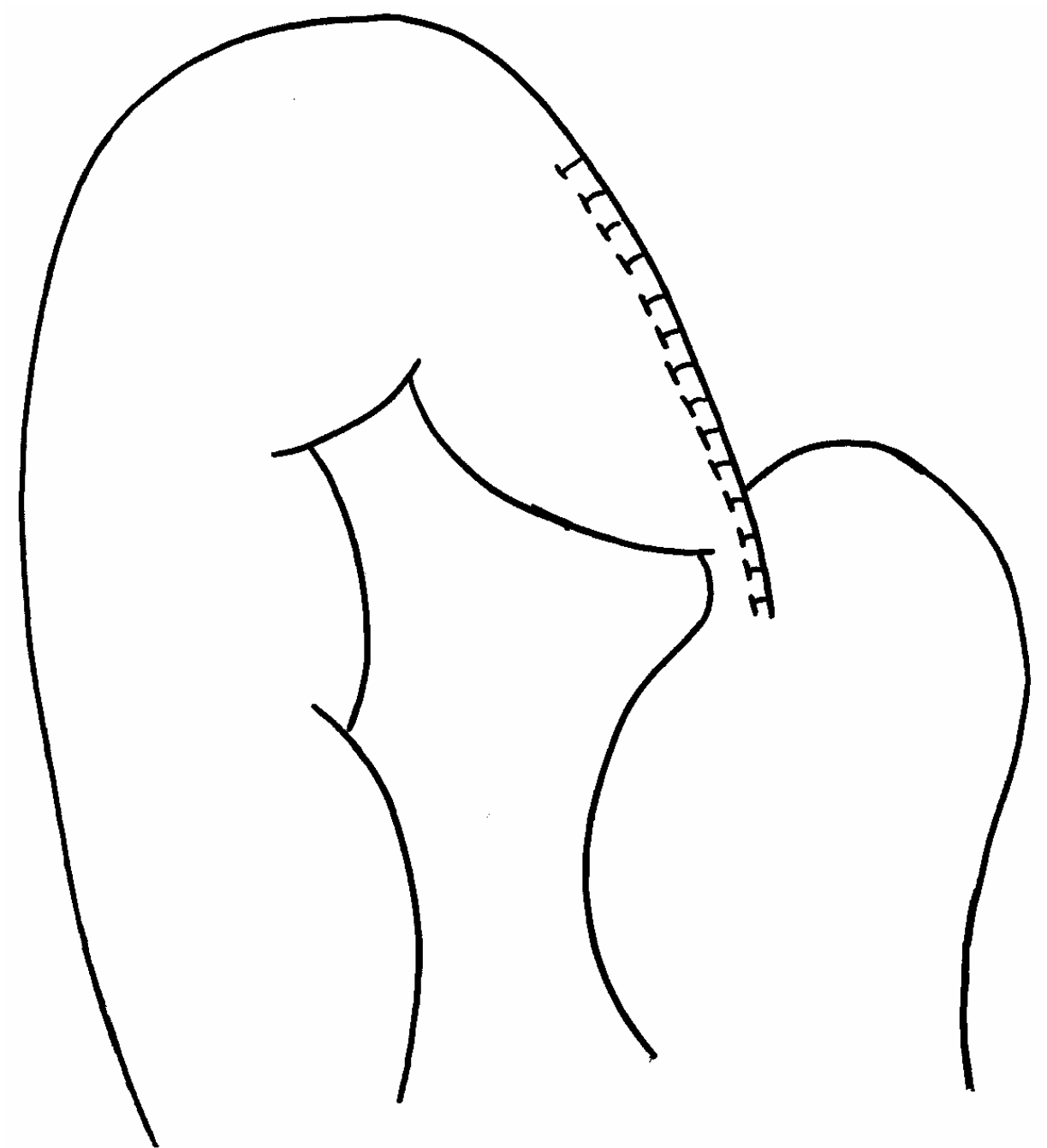


Fig. 1

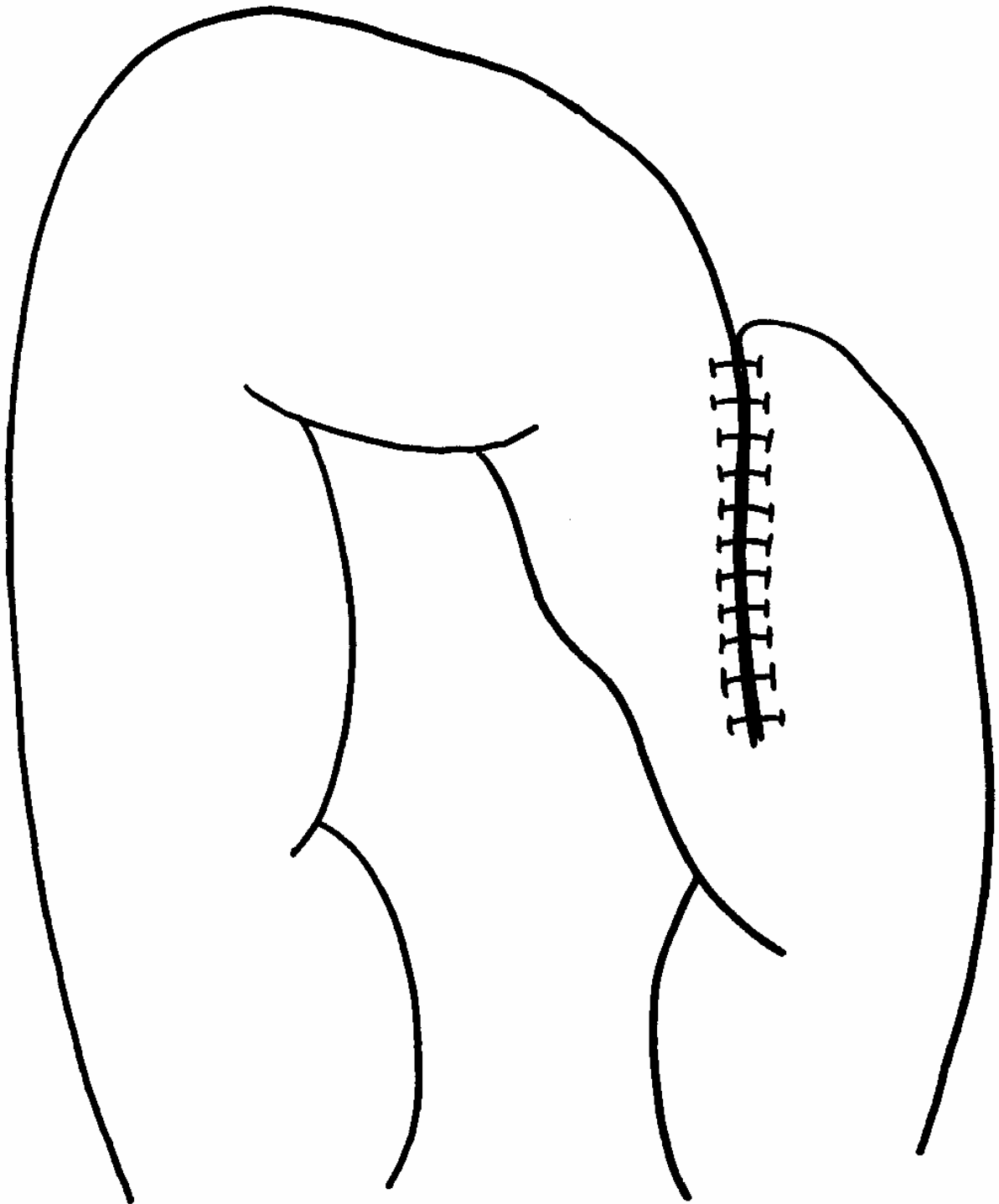


Fig. 2

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
