



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90148** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2013 15380</p> <p>(22) Дата подання заявки: 27.12.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.05.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.05.2014, Бюл.№ 9</p>	<p>(72) Винахідник(и): Гриценко Микола Іванович (UA), Гриценко Євген Миколайович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): Гриценко Микола Іванович, вул. Халтуріна, 21, кв. 6, м. Полтава, 36038 (UA), Гриценко Євген Миколайович, вул. Халтуріна, 21, кв. 6, м. Полтава, 36038 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ АПЕНДИКОСТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб апендикостомії включає видалення апендиксу зі збереженням його основи довжиною до 1,5 см та проведення через його куксу в просвіт кишечнику довгого перфорованого зонду. При цьому виконують 2-3 повздовжні розтини серозно-м'язового шару до слизової до переходу апендиксу в сліпу кишку, відшаровують серозно-м'язові клапті від слизової, тубажний зонд вводять інвагінуючи слизову кукси апендиксу в просвіт сліпої кишки, а серозно-м'язові клапті кукси апендиксу фіксують до передньої черевної стінки.

UA 90148 U

Запропонована корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Одним з провідних факторів в прогресуванні ендогенної інтоксикації та виникненні поліорганної недостатності при гострій кишковій непрохідності та розповсюдженому перитоніті у дітей є синдром ентеральної недостатності. Основним напрямком в лікуванні ентеральної недостатності є тривала декомпресія кишечника шляхом його інтубації одним з відомих методів. Інтубацію тонкої кишки можливо здійснити назоінтестинальним, трансанальним шляхом або через стому (гастростому, ентеростому, цекостому, апендикостому) (Гаин Ю.М. Синдром ентеральної недостатності при перитоніті: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение / Ю.М. Гаин, С.И. Леонович, С.А. Алексеев. - Минск: Молодечно, 2001. - 265 с.).

Апендикоцекостомія не призводить до деформації кишкової трубки, відходження стоми від передньої черевної стінки є менш небезпечним, ніж ентеростоми, виділення із стоми менш агресивне і менше мацерує шкіру, а нориця, як правило, закривається самостійно (Соловьев А.Е. Неотложная хирургия детского возраста: Монография для студентов медицинских вузов, врачей-интернов, детских хирургов и педиатров / Соловьев А.Е. - Запорожье, 2000. - 92 с.).

Найбільш близьким до запропонованого способу є методика апендикостомії по О.О. Шалімову, що включає лапаротомію, виведення апендиксу через окремий розтин на передню черевну стінку, фіксацію його, відсічення верхівки та інтубацію тонкої кишки через просвіт апендиксу (Шалимов А.А. Острый перитонит / А.А. Шалимов, В.И. Шапошников, М.П. Пинчук. - К.: Наук, думка, 1981. - 286 с.).

Недоліками відомого способу є формування нориці, що вислана слизовою. Повторна операція по закриттю нориці пов'язана з розкриттям просвіту сліпої кишки та ризиком інфікування черевної порожнини.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти створення нориці, що не містить слизової оболонки.

Поставлену задачу вирішують створенням способу апендикостомії, що включає видалення апендиксу зі збереженням його основи довжиною до 1,5 см та проведення через його куксу в просвіт кишечника довгого перфорованого зонду, який відрізняється тим, що виконують більше двох повздовжніх розтинів серозно-м'язового шару до слизової до переходу апендиксу в сліпу кишку, відшаровують серозно-м'язові клапті від слизової, тубажний зонд вводять інвагінуючи слизову куксу апендиксу в просвіт сліпої кишки, а серозно-м'язові клапті кукси апендиксу фіксують до передньої черевної стінки.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після виконання основних етапів операцій при необхідності інтубації тонкої кишки, видаляють апендикс, зберігаючи його основу довжиною до 1,5 см. На збереженій куксі апендиксу виконують 2-3 повздовжні розтини серозно-м'язового шару до слизової, що продовжуються до переходу апендиксу в сліпу кишку. Відшаровують серозно-м'язові клапті від слизової оболонки. Тубажний зонд вводять інвагінуючи слизову куксу апендиксу в просвіт сліпої кишки та проводять його в тонку кишку. Серозно-м'язові клапті кукси апендиксу за допомогою ниток-трималок через окремий розтин виводять на передню черевну стінку та фіксують окремими вузловими швами. Додатково фіксують купол сліпої кишки до передньої черевної стінки окремими вузловими швами.

Приклад конкретного виконання. Хвора С., 12 років, історія хвороби № 8609, госпіталізована до хірургічного відділення з діагнозом: Гострий апендицит, розповсюджений перитоніт. Під час оперативного втручання виявлений гангренозно-перфоративний апендицит, розповсюджений гнійно-фібринозний перитоніт, основа апендиксу не змінена, петлі тонкої кишки дилатовані, заповнені рідким вмістом та газом, стінки кишечника інфільтровані, вкриті фібриновими нашаруваннями. Виконана апендикостомія запропонованим способом та інтубація тонкої кишки через апендикостому до зв'язки Трейца. На 3 добу відбулося відновлення перистальтики кишечника, на 4 добу тубажний зонд видалено. На 5 добу після видалення зонда апендикстома самостійно закрилася. Через 6 місяців виконано від'єднання сліпої кишки від передньої черевної стійки: рубцевозмінені тканини в місці облітерованої нориці висічено, від'єднання сліпої кишки від передньої черевної стінки виконане без розкриття просвіту сліпої кишки. Ускладнень в післяопераційному періоді не було. Виписана з одужанням.

З використанням запропонованого способу було виконано апендикостомію у 4 дітей. Ускладнень, пов'язаних з використанням способу, не було.

Використання запропонованого способу дозволяє створити апендикостому, що швидко самостійно закривається, а від'єднанні сліпої кишки від передньої черевної стінки виконується без розкриття просвіту сліпої кишки, що зменшує ризик інфікування черевної порожнини.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5 Спосіб апендикостомії, що включає видалення апендиксу зі збереженням його основи
довжиною до 1,5 см та проведення через його куксу в просвіт кишечника довгого
перфорованого зонду, який **відрізняється** тим, що виконують 2-3 повздовжні розтини серозно-
м'язового шару до слизової до переходу апендиксу в сліпу кишку, відшаровують серозно-м'язові
10 клапті від слизової, тубажний зонд вводять інвагінуючи слизову куку апендиксу в просвіт сліпої
кишки, а серозно-м'язові клапті куку апендиксу фіксують до передньої черевної стінки.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601