



УКРАЇНА

(19) UA (11) 7089 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДЕКОМПРЕСІЇ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ З ДИВЕРТИКУЛОМ МЕККЕЛЯ

1

(21) 20040706329
(22) 29.07.2004
(24) 15.06.2005
(46) 15.06.2005, Бюл. № 6, 2005 р.
(72) Гриценко Євген Миколайович
(73) Гриценко Євген Миколайович

2

(57) Спосіб декомпресії тонкої кишки у хворих з дивертикулом Меккеля, що включає лапаротомію, введення в тонку кишку трубки з боковими отворами і видалення кишкового вмісту, який відрізняється тим, що доступ до просвіту тонкої кишки виконують через дивертикул Меккеля, який після декомпресії видаляють відомими способами.

Запропонований спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

За даними W. R. Moses (1947), залишки жовточної протоки зустрічаються в 1-2% людської популяції. Дивертикул Меккеля-найбільш частий варіант аномалій неповної облітерації жовточної протоки. По даним Д. П. Чухрієнко (1958) серед різноманітних вад розвитку травного каналу, які можуть бути причиною кишкової непрохідності, дивертикул Меккеля займає перше місце і складає 1,7% [див Н.Б. Ситковський, В.С. Топузов «Хирургия аномалий желточного протока у детей», Киев, «Здоровья», 1989, 96 с.] Таким чином ця проблема є досить актуальною.

При гострій кишковій непрохідності, що викликана дивертикулом Меккеля, одним з основних етапів операції є декомпресія перерозтягнутого рідиною та газом привідного відділу кишки. Досить часто аспірація кишкового вмісту виконується одномоментно шляхом виконання ентеротомії [див. О.С. Мишарев, Л.Е. Котович «Декомпрессия тонкой кишки в детской хирургии», «Хирургия», 1977, №11, с. 52-56].

Найбільш близьким до запропонованого способу є відкрита інтраопераційна тотальна одномоментна інтубація і декомпресія через проксимальну або дистальну ентеротомію [див. В.Н. Чернов, В.Г. Химичев «Выбор способа интубации и декомпрессии тонкой кишки при острой непроходимости», «Хирургия», 1998, №11, с. 30-34], що включає лапаротомію, виконання проксимальної або дистальної ентеротомії, введення через виконаний ентеротомний розтин до просвіту тонкої кишки зонда з боковими отворами з подальшою евакуа-

цією кишкового вмісту та наступним ушиванням ентеротомної рани.

Методика доступна, надійна, проста у виконанні, але при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана дивертикулом Меккеля, найбільш доцільним є доступ до просвіту тонкої кишки саме через дивертикул Меккеля. При цьому виконується декомпресія і видаляється дивертикул Меккеля.

Поставлену задачу вирішують створенням способу декомпресії тонкої кишки у хворих з дивертикулом Меккеля, що включає лапаротомію, введення в тонку кишку трубки з боковими отворами і видалення кишкового вмісту, який, згідно з корисною моделлю, відрізняється тим, що доступ до просвіту тонкої кишки виконують через дивертикул Меккеля, який після декомпресії видаляють відомими способами.

Спосіб виконують наступним чином. Під час лапаротомії, при необхідності аспірації кишкового вмісту з тонкої кишки, виконують дивертикулотомію через верхівку дивертикула. Через отриманий розтин до просвіту тонкої кишки вводять трубку з боковими отворами та за допомогою електровідсмоктувача проводять аспірацію вмісту на всьому протязі перерозтягнутого відділу кишки, після чого проводять видалення дивертикула відомими способами.

Приклад конкретного виконання. Хворий Ф., 3 міс., історія хвороби №328, поступив до дитячого хірургічного відділення через 28 годин після початку захворювання з діагнозом: Гостра кишкова інвагінація. Під час оперативного втручання виявлена подвійна тонкотонкокишкова та здухвинноободова інвагінація, викликана диверти-

(19) UA (11) 7089 (13) U

кулом Меккеля. Виконано дезінвагінацію. Дивертикул Меккеля до 6см довжиною, на широкій основі, набряклий, напружений. Верхівка дивертикула прошита лігатурами - „трималками“, виконана дивертикулотомія в ділянці верхівки. Через виконаний розтин до просвіту здухвинної кишки введено трубку з боковими отворами та за допомогою електровідсмоктувача перерозтягнуті відділи тонкої кишки звільнено від вмісту. Проведено субсерозне видалення дивертикулу Меккеля. Післяоперацій-

ний період протікав без ускладнень. Виписаний з одужанням.

Запропонований спосіб було застосовано у 6 хворих. Всі хворі одужали. Ускладнень пов'язаних з використанням методики не було.

Використання запропонованого способу дозволяє спростити техніку одномоментної декомпресії кишечника при гострій кишковій непрохідності, що викликана дивертикулом Меккеля.