



СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1736441 A1

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ
ПО ИЗОБРЕТЕНИЯМ И ОТКРЫТИЯМ
ПРИ ГКНТ СССР

(51)5 A 61 B 17/00

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

1

- (21) 4616710/14
(22) 05.12.88
(46) 30.05.92. Бюл. № 20
(71) Гродненский государственный медицинский институт
(72) И.Я.Макшанов, Е.А.Томащик и Г.Г.Мармыш
(53) 616.34-089 (088.8)
(56) Авторское свидетельство СССР № 1197646, кл. А 61 В 17/00, 1983.
(54) СПОСОБ ЗАМЕДЛЕНИЯ ПАССАЖА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПО ТОНКОЙ КИШКЕ

2

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к хирургической гастроэнтерологии. Цель – повышение эффективности замедления пассажа по кишке, создание на ней участка, предупреждение реканализации ее просвета в зоне клапана. На протяжении 10-12 см в косопоперечном направлении от брыжеечного края одной стороны кишки до брыжеечного края другой стороны рассекают серозный и продольный мышечный слои. Непрерывным серозно-мышечным швом формируют клапан-инвагинат. 2 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, для профилактики и лечения таких заболеваний, как демпинг-синдром, синдром укороченного кишечника.

Цель изобретения – повышение эффективности за счет создания ригидного участка кишки и предупреждения реканализации ее просвета, которая достигается тем, что формируют непрерывным швом спиралевидный клапан-инвагинат.

На фиг. 1 представлено схематическое изображение выполнения способа, вид снаружи; на фиг. 2 – то же, вид изнутри кишки.

Способ осуществляют следующим образом.

Серозный и продольный мышечный слои тонкой кишки 1 рассекают скальпелем, начиная от брыжеечного края одной стороны кишки и продолжая к брыжеечному краю ее противоположной стороны в виде спирали (косопоперечно) на протяжении 10-12 см по длинику кишки 1. После этого по ходу разреза с помощью непрерывного серозно-

мышечного шва 2 шелковой нитью № 4, производя вкол и выкол на расстоянии 1.0-1.2 по обе стороны разреза, формируют из стенки кишки путем инвагинации спиралевидную дупликатуру (фиг.1), которая в просвете кишки (фиг.2) представляет собой серозно-мышечно-слизистый валик 3. Операцию заканчивают послойным ушиванием операционной раны и наложением асептической повязки.

Пример. Больная М., 45 лет, поступила в клинику хирургических болезней с д-зом: низкий тонкокишечный свищ. Синдром укороченного кишечника.

Больная предъявляла жалобы на наличие свища, частый до 10 раз в сутки жидкий стул через свищ, резкое похудание, общая слабость. 5 мес. тому назад больная была оперирована по поводу заворота тонкого кишечника с его некрозом. Была произведена резекция 1,5 м тонкой кишки и наложена ileostoma. У больной после операции развился частый жидкий стул. Потеря в весе составила 15 кг. При приеме во внутрь жид-

(19) SU (11) 1736441 A1

кой пищи с подкрашиванием ее метиленовым синим было выявлено, что прокрашенное в синий цвет кишечное содержимое выделилось через свищ через 70 мин.

После тщательного клинического рентгенологического лабораторного обследования и соответствующей предоперационной подготовки произведена операция по ликвидации тонкокишечного свища и восстановлению естественного пассажа пищи путем наложения энтероэнтероанастомоза с оставшимися 40 см терминального отдела подвздошной кишки.

После выполнения основного этапа операции, наложения энтероэнтероанастомоза проведена профилактика синдрома укороченного кишечника предлагаемым способом. Для этого на расстоянии 15 см в проксимальном направлении от энтероэнтероанастомоза сформирован клапан-инвагинат по предлагаемой методике: скальпелем рассечен серозный и продольный мышечный слои кишки, начиная от брыжеечного края одной стороны кишки и продолжая к брыжеечному краю ее противоположной стороны в виде спирали на протяжении 12 см по длиннику кишки.

По ходу разреза серозной оболочки с помощью непрерывного серозно-мышечного шва шелковой нитью № 4, производя вкол и выкол на расстоянии 1,0 см по обе стороны разреза, сформирован из стенки кишки путем инвагинации спиралевидная дупликатура. Таким образом, сформирован спиралевидный клапан-инвагинат тонкой

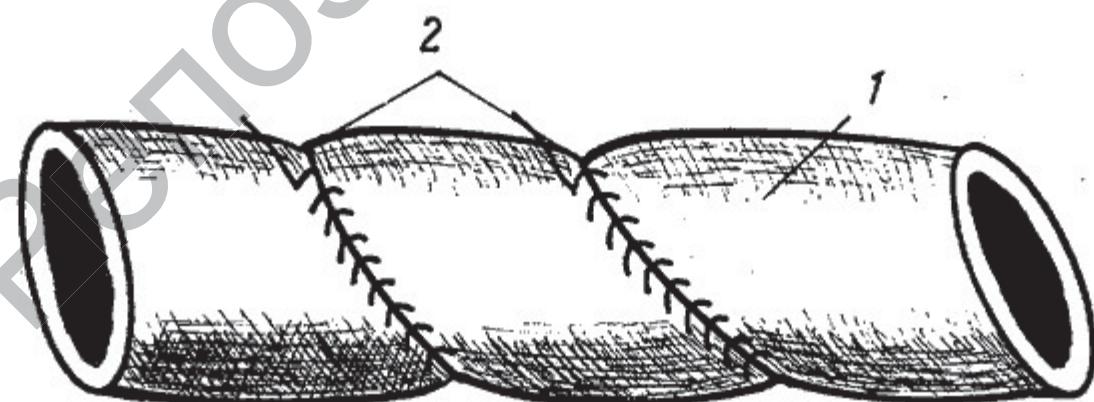
кишки выше энтероэнтероанастомоза. Операция закончена послойным ушиванием постоперационной раны и положением асептической повязки.

5 Больная обследована через 3 г. Самочувствие хорошее. Диету не соблюдает. Прибавила в весе на 14 кг. Работает по специальности. Из жалоб отмечает иногда урчание, вздутие живота после погрешности в диете. Стул 2 раза в сутки, кал оформлен. При рентгенологическом обследовании желудочно-кишечного тракта выявлено, что время поступления первых порций барийевой взвеси в слепую кишку составило 150

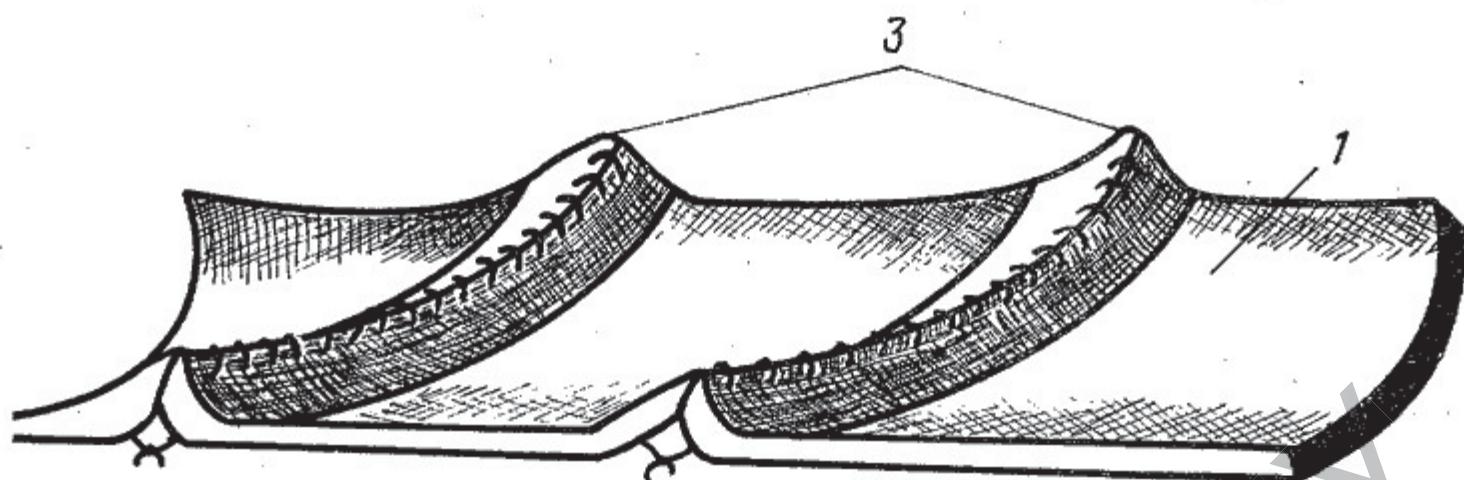
15 мин.

Способ прошел успешные клинические испытания, в том числе у больных с демпинг-синдромом. Рекомендован для критического использования.

20 Формула изобретения
Способ замедления пассажа кишечного содержимого по тонкой кишке, включающий формирование клапана-инвагината по сле рассечения серозного и продольного мышечного слоев, отличающийся тем, что, с целью повышения эффективности путем создания ригидного участка кишки и предупреждения реканализации ее просве-
25 та, рассечение слоев кишки проводят на протяжении 10-12 см в косопоперечном на-правлении от брыжеечного края одной сто-роны кишки до брыжеечного края другой ее стороны, а клапан формируют непрерыв-
30 ным швом.
35



Фиг. 1



Фиг. 2

25

30

35

40

45

50

Редактор А.Долинич

Составитель Т.Шахматова
Техред М.Моргентал

Корректор В.Гирняк

Заказ 1842

Тираж

Подписьное

ВНИИПИ Государственного комитета по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., 4/5

Производственно-издательский комбинат "Патент", г. Ужгород, ул.Гагарина, 101