



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 018 266** ⁽¹³⁾ **C1**
(51) МПК⁵ **A 61 B 17/00**

РОССИЙСКОЕ АГЕНТСТВО
ПО ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(21), (22) Заявка: 4667035/14, 27.03.1989

(46) Дата публикации: 30.08.1994

(56) Ссылки: 1. Лукьяненко Ю.Г.
Клинико-экспериментальное изучение
концево-боковых анастомозов
пищеварительного тракта. Автореферат
канд.мед.наук, Киев, 1974.2. Исаков Ю.Ф. и
соавт. Новый метод хирургического лечения
кишечных свищей. XXXI съезд хирургов. Тезисы
докладов, 1986, с.358-359.

(71) Заявитель:

Свердловский медицинский институт

(72) Изобретатель: Цап Н.А.,

Одинак В.М.

(73) Патентообладатель:

Цап Наталья Александровна

(54) СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТВОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

(57) Реферат:

Изобретение относится к области
медицины, а именно к детской
абдоминальной хирургии. Цель - повышение
функциональной и анатомической
состоятельности межкишечного анастомоза и
снижение травматичности оперативного
вмешательства. Формируют боковую часть

анастомоза магнитной компрессией.
Производят резекцию дистального отдела
стомы вместе с частью
магнитно-компрессионного анастомоза,
сохраняя его проходимость. Накладывают
двухрядный кишечный шов на концевую часть
анастомоза. 5 ил.



(19) **RU** ⁽¹¹⁾ **2 018 266** ⁽¹³⁾ **C1**
(51) Int. Cl.⁵ **A 61 B 17/00**

RUSSIAN AGENCY
FOR PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: 4667035/14, 27.03.1989

(46) Date of publication: 30.08.1994

(71) Applicant:
SVERDLOVSKIJ MEDITSINSKIJ INSTITUT

(72) Inventor: TSAP N.A.,
ODINAK V.M.

(73) Proprietor:
TSAP NATAL'JA ALEKSANDROVNA

(54) **METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF DOUBLE-TRUNK INTESTINAL FISTULAS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine. SUBSTANCE: lateral part of anastomosis is formed by magnetic compression. The stoma distal part is resected together with a portion of the magnetic compression anastomosis, preserving

its patency. Double-row intestinal stitch is put in on the anastomosis terminal part. EFFECT: higher functional and anatomical competence of interintestinal anastomosis and lower rate of surgical intervention traumatism. 5 dwg

RU 2 018 266 C1

RU 2 018 266 C1

Изобретение относится к области медицины, а именно к детской абдоминальной хирургии.

Известен способ создания конце-бокового межкишечного анастомоза по Лукьяненко и Матяшину. Сущность способа заключается в том, что анастомозируемые петли кишок сшиваются вместе в виде двустволки, а затем производится их продольное рассечение по боковой поверхности. После этого производят сшивание анастомозируемых петель кишок боковой и концевой частью двухрядным швом [1].

Недостатком данного способа является то, что вследствие нанесения дополнительных боковых разрезов на стенки анастомозируемых петель кишок, увеличения линии межкишечного анастомоза, снижается его надежность, повышается травматичность оперативного вмешательства.

Известен способ оперативного лечения двухствольных кишечных свищей, включающий введение магнитов в приводящую и отводящую петли кишки, несущей свищ, и последующее ушивание стомы после формирования анастомоза.

Закрытие собственно свищевого отверстия в известном способе выполняют традиционными способами - свищ ушивается или резецируется петля, его несущая, с формированием культи, что не всегда обеспечивает функциональную и анатомическую состоятельность в зоне восстановления непрерывности кишки.

Целью изобретения является устранение указанных недостатков, а именно обеспечение анатомической и функциональной состоятельности.

На фиг. 1 показано введение магнитов в просвет приводящей и отводящей петель кишки; на фиг.2 - вид формирующегося анастомоза изнутри; на фиг.3 - расположение линии резекции; на фиг.4 - ушивание дефекта кишки; на фиг.5 - окончательный вид операции.

Способ осуществляют следующим образом.

В сформированную двойную кишечную стому в приводящую 1 и отводящую 2 петли вводят магнитные плашки в силиконовой оболочке и фиксируют на общей стенке кишечной стомы (фиг.1). В результате магнитной компрессии на 4-6 сутки создается боковой магнитно-компрессионный анастомоз 4, позволяющий начать функционировать отключенному отделу кишечника (фиг.2).

Затем через 3-4 недели осуществляют оперативное вмешательство, направленное на закрытие двойной кишечной стомы и анастомозирование приводящей и отводящей петель кишок. Двумя окаймляющими разрезами иссекают наружное отверстие двойной кишечной стомы, кожные края над ним ушивают. Позднее, острым путем стому выделяют из тканей передней брюшной стенки, вскрывают брюшную полость.

После определения точной локализации бокового магнитно-компрессионного анастомоза лучом лазера "Скальпель-1" производят резекцию 5 дистального отдела стомы вместе с частью магнитно-компрессионного анастомоза.

Сохраненная часть анастомоза представляет собой обычную стенку кишки, по длине составляющую не менее половины линии

будущего конце-бокового анастомоза (фиг. 3).

Затем атравматичной иглой накладывают первый ряд непрерывного кетгутового шва 6 и второй ряд отдельных узловых шелковых швов на концевую анастомоза (фиг. 4). Контролируют проходимость и герметичность сформированного конце-бокового межкишечного анастомоза (фиг.5).

П р и м е р 1. Способ успешно применен у больной С., 6 мес, поступившей в клинику по санавиации с диагнозом: подвздошно-ободочная инвагинация кишечника, кистозное удвоение подвздошной кишки, некроз подвздошной кишки, разлитой перитонит. Произведена срединная лапаротомия, резекция илеоцекального угла и подвздошной кишки, сформирована илеоколостома по Микуличу. Через 11 дней после операции создан в илеоколостоме боковой магнитно-компрессионный анастомоз. Через 3 недели было произведено закрытие илеоколостомы с созданием внутрибрюшинного конце-бокового межкишечного анастомоза. Наружное отверстие илеоколостомы иссечено двумя окаймляющими разрезами, кожные края ушиты над стомой. Позднее острым путем кишечная стома выделена из мягких тканей передней брюшной стенки, вскрыта брюшная полость. Определена пальпаторно точная локализация магнитно-компрессионного анастомоза, лучом лазера произведена резекция дистального отдела стомы вместе с дистальной частью магнитно-компрессионного анастомоза, сохраняя его проксимальную часть. При ревизии сохраненной проксимальной части анастомоза выявлено, что она представляет собой обычную стенку кишки и составляет не менее половины линии будущего анастомоза. Атривматичной иглой наложен первый ряд непрерывного кетгутового шва, затем второй ряд отдельных узловых шелковых швов на концевую часть создаваемого межкишечного анастомоза. После наложения швов анастомоз проходим и герметичен. Контроль гемостаза. Послойные швы на рану передней брюшной стенки. Послеоперационный период без осложнений.

Способ был применен у больных в возрасте 6 мес - 9 лет, оперированных первоначально со следующими диагнозами:

Подвздошно-ободочная инвагинация кишечника, некроз подвздошной кишки.

Нагноившееся кистозное удвоение терминального отдела подвздошной кишки.

Гангренозно-перфоративный аппендицит, местный ограниченный перитонит.

Во всех случаях осуществления операции указанным способом был получен полноценный анатомический и функциональный результат, подтвержденный клинически и рентгенологически.

Способ позволил:

а) начать более раннее функционирование отключенного отдела кишечника, что сокращает сроки подготовки к операции ликвидации двойной кишечной стомы в 2-3 раза;

б) уменьшить время оперативного вмешательства в 2 раза по сравнению с прототипом;

в) снизить вероятность несостоятельности анастомоза и таким образом уменьшить возможность гнойных осложнений в брюшной

полости.

Формула изобретения:

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДВУСТВОЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ,
включающий формирование магнитного
компрессионного анастомоза путем введения
магнитов в приводящую и отводящую петли
кишки, несущей свищ, их сопоставление на
первом этапе и закрытие свища на втором

этапе, отличающийся тем, что, с целью
обеспечения анатомической и
функциональной состоятельности анастомоза
при восстановлении проходимости кишки, на
втором этапе производят резекцию
приводящей и отводящей петли со свищом и
частью сформированного ранее соустья,
после чего ушивают дефект двухрядным
швом.

5

10

15

20

25

30

35

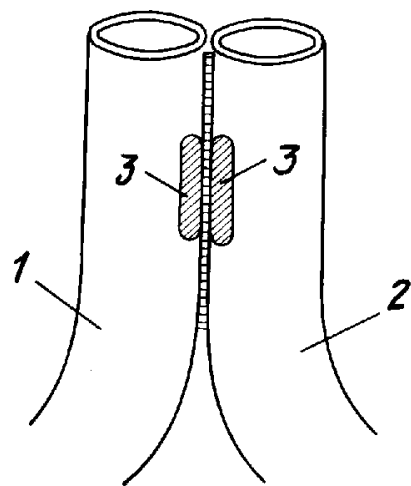
40

45

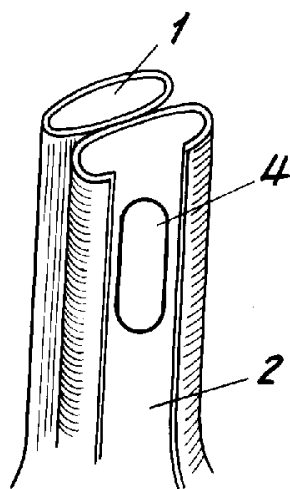
50

55

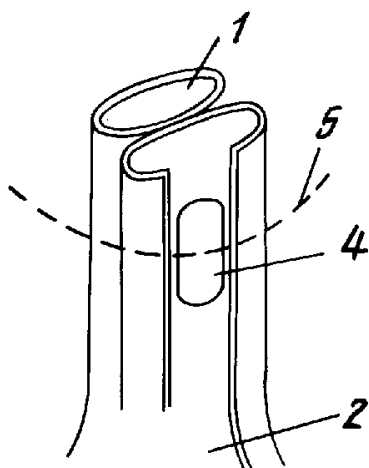
60



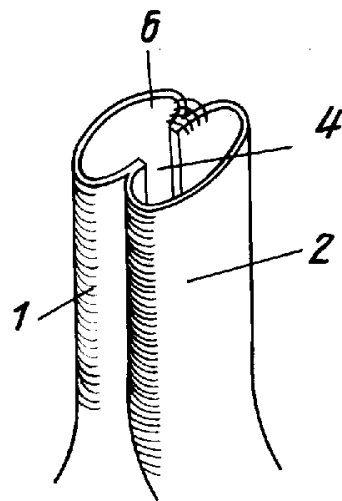
фиг.1



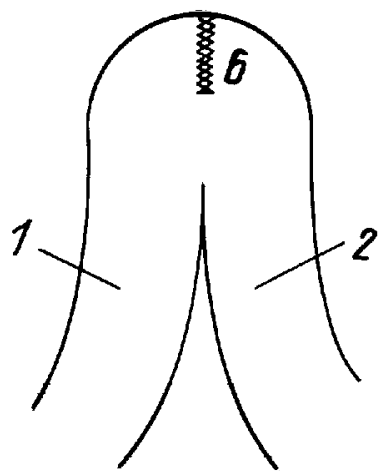
фиг.2



фиг.3



фиг.4



фиг.5