



УКРАЇНА

(19) (UA)

(11) **65710 A**

(51) 7 **A61B17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І
НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

Деклараційний патент на винахід

видано відповідно до Закону України
"Про охорону прав на винаходи і корисні моделі"

Голова Державного Департаменту
інтелектуальної власності



М. Паладій

(21) 2003021173

(22) 10.02.2003

(24) 15.04.2004

(46) 15.04.2004. Бюл. № 4

(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена
Василівна

(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук Юрій Танасович, Власова Олена
Василівна

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МАЛЬРОТАЦІЇ II



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65710 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МАЛЬРОТАЦІЇ II

1

(21) 2003021173

(22) 10.02.2003

(24) 15.04.2004

(46) 15.04.2004, Бюл. № 4, 2004 р.

(72) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук
Юрій Танасович, Власова Олена Василівна(73) Власов Василь Володимирович, Ахтемійчук
Юрій Танасович, Власова Олена Василівна(57) Спосіб хірургічної корекції мальротациї II, що
включає розтин спайок черевної порожнини зі звільненням
дванадцятипалої кишки та усунення
завороту кишечника, який відрізняється тим, що

2

праву половину товстої кишки обертають навколо
власної осі проти годинникової стрілки на 180°,
переміщаючи її зліва направо, одночасно каудальну
частину дванадцятипалої кишки, що розташована
нижче від великого сосочка дванадцятипалої
кишки, обертають навколо верхніх брижових
судин проти годинникової стрілки на 180°, вивертаючи
спільну брижу кишечника спереду назад з
наступним формуванням правої та лівої брижових
пазух.

Вінахід відноситься до медицини, а саме - до
хірургії і використовується для хірургічної корекції
вродженої вади повороту кишечника - мальротациї II.

Відомий спосіб усунення кишкової непрохідності,
зумовленої мальротациєю II, шляхом розвороту
кишечнику, розтину спайок черевної порожнини
зі звільненням дванадцятипалої кишки (Оперативна
хирургія. Под общ.ред. проф. И.Литтманна.
Издание на русском языке под ред.проф.
М.Н.Аничкова.-Будапешт: Изд.АН Венгрии, 981.-
С.475-477.). Суть способу полягає в тому, що після
лапаротомії кишечник виводять в рану, розкручують
його усуваючи заворот, розтинають спайки
черевної порожнини і звільняють дванадцятипалу
кишку. Так просте розкручування кишечника не
відновлює нормальне анатомічне його положення
кишечнику, що не виключає рецидиву кишкової
непрохідності.

В основу винаходу поставлено задачу в способі
хірургічної корекції мальротациї II шляхом
використання послідовної ротації, переміщення
правої половини товстої кишки і дванадцятипалої
кишки розмістити і зафіксувати кишечник у
нормальному анатомічному положенні.

Для вирішення цієї задачі у способі хірургічної
корекції мальротациї II з розтином спайок
черевної порожнини зі звільненням дванадцятипалої
кишки та усунення завороту кишечника праву
половину товстої кишки обертають навколо
власної осі проти годинникової стрілки на 180°,
переміщаючи її

зліва на право, одночасно каудальну частину
дванадцятипалої кишки, розташовану нижче
великого сосочка дванадцятипалої кишки,
обертають навколо верхніх брижових судин
проти годинникової стрілки на 180°, вивертаючи
спільну брижу кишечника спереду назад з
наступним формуванням правої та лівої
брижових пазух.

На фіг.1 зображена вада повороту кишечника -
мальротация II, на фіг.2 - корекція аномалії
повороту кишечника - мальротациї II, на фіг.3 -
нормальне анатомічне положення кишечника.

Спосіб виконують так. Після серединної
лапаротомії кишечник виводять в рану,
розвертають його у протилежному до завороту
напрямку. Розтинають спайки, що перетискають
дванадцятипалу кишку. Діагностують аномалію
повороту кишечника - мальротацию II (фіг.1).

Праву половину товстої кишки обертають
навколо власної осі проти годинникової
стрілки на 180°, одночасно переміщаючи її
зліва направо. Поряд з цим каудальну частину
дванадцятипалої кишки, розташовану нижче
великого сосочка дванадцятипалої кишки,
обертають навколо верхніх брижових судин
проти годинникової стрілки на 180° (фіг.2).
Спільну брижу кишечника під час його
повороту вивертають спереду назад. Розташувавши
кишечник у нормальному анатомічному
положенні, вузловими швами фіксують до
парієтальної очеревини задньої черевної стінки
дванадцятипалу кишку, спільну брижу
кишечнику та праву половину товстої кишки,
формуючи праву та ліву бри-

(13) A

(11) 65710

(19) UA

жові пазухи. Зашивають отвір між великою кривиною шлунка і правою половиною товстої кишки (фіг.3).

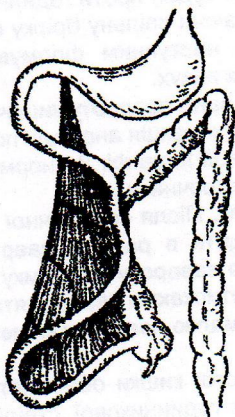
Приклад. Хворий К., 30 років, госпіталізований 1.02.99 року в проктологічне відділення зі скаргами на здуття живота, колікоподібний біль в животі, нудоту, затримку газів і випорожнення. Два місяці тому прооперований з приводу часткової кишкової непрохідності. Під час операції діагностована аномалія повороту кишечника, роз'єднані спайки. Незважаючи на перенесене оперативне втручання, стан хворого незадовільний, турбують напади часткової кишкової непрохідності.

Об'єктивно: стан хворого незадовільний. Колір шкіри звичайний. Правильної нормостенічної статури. Р-72 в 1 хв, ритмічний. АТ-120/80мм.рт.ст. Язик вологий, з білим нальотом. Живіт асиметричний, за рахунок випинання в гіпогастрії, є лінійний рубець після середньої лапаротомії. Пальпаторно живіт м'який, помірно болючий в мезо- та гіпогастрії. Перкуторно нижче пупка тимпаніт, позитивний симптом "плюскоту". Печінка та селезінка не збільшені. При УЗД та ГФДС органічних змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. При дослідженні пасажу контрасту по кишечнику встановлено, що через 12 годин контраст знаходиться в правій половині товстої кишки. Через 24 години в петлях тонкої кишки зазначається скупчення контрасту і два горизонтальних рівні ("чаші" Клойбера). Дані лабораторних обстежень без патологічних змін. Діагноз: часткова спайкова кишкова непрохідність. Аномалія повороту кишечника.

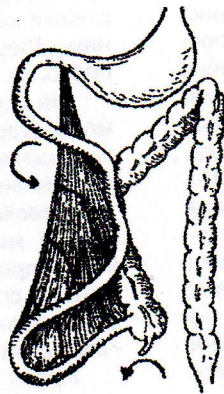
4.02.99 року під ендотрахеальним наркозом виконана операція: лапаротомія, роз'єднання численних спайок, корекція мальротатії II, інтестіноплікація за методикою Нобля, дренажування черевної порожнини. Двома огинальними розрізами виділено післяопераційний рубець шкіри. В черевну

порожнину вдалося ввійти з труднощами, що зумовлено численними спайками. Спайки роз'єднані, гемостаз, перитонізація десерозованих ділянок тонкої кишки. Під час ретельної ревізії черевної порожнини встановлено, що дванадцятипала кишка знаходиться справа і попереду від верхньої брижової артерії. Уся товста кишка розташована в лівій половині черевної порожнини. Діагностовано аномалію повороту кишечника - мальротатію II. Виконано корекцію аномалії повороту кишечника шляхом обертання правої половини товстої кишки навколо власної осі проти годинникової стрілки на 180° з одночасним переміщенням її зліва направо. Поряд з цим одночасно каудальну частину дванадцятипалої кишки, розташовану нижче великого сосочка дванадцятипалої кишки, обернуто навколо верхніх брижових судин проти годинникової стрілки на 180°. Під час повороту кишечника вивернуто спільну брижу кишечника спереду назад. Розташували кишечник у нормальному анатомічному положенні, вузловими швами зафіксовано до парієтальної очеревини задньої черевної стінки дванадцятипалу кишку, спільну брижу кишечника та праву половину товстої кишки, сформовано праву та ліву брижові пазухи. Зашито отвір між великою кривиною шлунка і правою половиною товстої кишки. У зв'язку зі значною травматизацією серозної оболонки тонкої кишки виконано інтестіноплікацію за методикою Нобля. Порожнину малого таза дренажовано двома поліхлорвініловими трубками через контрапертури. Пошарове зашито лапаротомна рана. Асептична пов'язка. Післяопераційний період без ускладнень. На 3-8 день зняті шви. Рана загоїлась первинним натягом. На 12 день після операції хворого виписано.

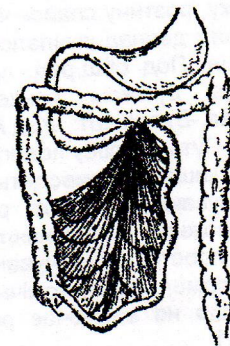
Оглянутий через 3,5 років, стан хворого задовільний, скарг немає.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3