

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 10619

(13) С1

(46) 2008.06.30

(51) МПК (2006)  
А 61М 31/00  
А 61М 25/01

---

## (54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИТАЮЩЕЙ ЕЮНОСТОМЫ

---

(21) Номер заявки: а 20051028

(22) 2005.10.26

(43) 2007.06.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Дундаров Залимхан Анварбегович; Величко Александр Владимирович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) Литтманн И. Брюшная хирургия. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1970. - С. 268.

(57)

Способ формирования питающей еюностомы, включающий рассечение кишки по противобрыжеечному краю, введение в нее в дистальном направлении питающей трубки и фиксацию трубки к стенке кишки и к краям кожной раны, отличающийся тем, что осуществляют фиксацию питающей трубки к стенке кишки наложением 2 кисетных швов вокруг трубки, выводят концы нитей на кожу и закрепляют к краям кожной раны.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для подготовки больных при многоэтапном хирургическом лечении, а также в качестве самостоятельной паллиативной операции для проведения энтерального питания.

Известен способ еюностомии по Майдлю, включающий выполнение лапаротомии, пересечение тощей кишки поперек с выведением дистального конца наружу, анастомозирование верхнего отрезка кишки по типу "конец - в - бок" [1].

Недостатками еюностомии по Майдлю являются:

техническая сложность выполнения;

высокий риск несостоятельности межкишечного анастомоза;

невозможность выполнения еюностомии в условиях перитонита.

Известен способ еюностомии по Витцелю, включающий укладку катетера вдоль наружной стенки кишки и прикрытие ее погружными швами, фиксацию кишки к брюшине в области катетера серозными швами, прикрепление к краю кожной раны питающей трубки [1]. Недостатками еюностомии по Витцелю являются:

самопроизвольное отхождение петли кишки, несущей питающий свищ с развитием перитонита;

несостоятельность фиксационных швов, что недопустимо при высоких несформированных кишечных свищах.

ВУ 10619 С1 2008.06.30

# ВУ 10619 С1 2008.06.30

Наиболее близким является еюностомия по Юдину, согласно которой рассекают кишку, вводят в нее трубку, производят фиксацию рассеченного участка кишки к париетальной брюшине серозно-мышечными швами, послойно зашивают остальную часть операционного разреза и одним, двумя швами к краю кожной раны прикрепляют питающую трубку для предотвращения ее выскальзывания - прототип [1].

Недостатками прототипа являются:

прогрессирование перитонита вследствие отхождения петли с зондом в брюшную полость;

невозможность выполнения еюностомии в условиях перитонита.

Задача, на решение которой направлено предполагаемое изобретение, заключается в создании надежного и простого способа формирования питающей еюностомы, обеспечивающего гарантированную фиксацию кишки к париетальной брюшине с возможностью проведения раннего энтерального питания.

Задача решается за счет того, что способ формирования питающей еюностомы состоит в том, что рассекают кишку по противобрыжечному краю, вводят в нее в дистальном направлении питающую трубку и фиксируют трубку к стене кишки и к краям кожной раны, причем осуществляют фиксацию питающей трубки к стенке кишки наложением 2 кисетных швов вокруг трубки, выводят концы нитей на кожу и закрепляют к краям кожной раны.

## **Пример 1.**

Больная К., 38 лет. Оперирована с диагнозом ахалазия кардии 3 ст. В раннем послеоперационном периоде у больной развился ишемический некроз кардиального отдела желудка с перфорацией и формированием поддиафрагмального абсцесса.

Выполнена операция: релапаротомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса. Во время этой операции определили начальный участок тощей кишки, рассекли ее по противобрыжечному краю, ввели в дистальном направлении питающую трубку. Вокруг питающей трубки сформировали 2 кисетных шва, фиксировали их к краям кожной раны путем выведения концов нитей наружу. При этом участок кишки в области питающей трубки оказался плотно фиксирован к париетальной брюшине.

На 1-е же сутки после операции начато проведение энтерального питания. Никаких осложнений в дальнейшем не наблюдалось. Полость в поддиафрагмальном пространстве очистилась, постепенно выполнялась грануляциями. Больная за время лечения прибавила в весе. Через 34 дня после повторной операции высокий несформированный свищ зажил вторичным натяжением. Больной разрешено было питаться через рот.

Питающая трубка удалена, отверстие в кишке закрылось самостоятельно через 3 дня. Выписана с выздоровлением.

## **Пример 2.**

Больной Ш., 47 лет. Оперирован по поводу хронической язвы субкардиального отдела желудка. Выполнена резекция  $\frac{3}{4}$  желудка по Гофмейстеру-Финстереру. На 3-и сутки после операции диагностирована несостоятельность швов малой кривизны культи желудка с развитием поддиафрагмального абсцесса. Больному выполнена релапаротомия, вскрытие и дренирование поддиафрагмального абсцесса. Во время этой операции определили начальный участок тощей кишки, рассекли ее по противобрыжечному краю, ввели в дистальном направлении питающую трубку. Вокруг питающей трубки сформировали 2 кисетных шва, фиксировали их к краям кожной раны путем выведения концов нитей наружу. При этом участок кишки в области питающей трубки оказался плотно фиксирован к париетальной брюшине.

# **ВУ 10619 С1 2008.06.30**

В 1-е сутки после операции больному начато энтеральное питание. Состояние больного стабилизировалось. Нормализовались основные лабораторные показатели. Высокий несформированный кишечный свищ зажил вторичным натяжением. Через 46 дней больному разрешено питаться самостоятельно, питающая трубка удалена. Осложнений не наблюдалось. Выписан с выздоровлением.

Предлагаемый способ формирования питающей еюностомы обеспечивает плотную фиксацию к париетальной брюшине кишки, предотвращает развитие несостоятельности фиксирующих швов в условиях перитонита, допускает повторную установку питающей трубки в кишку при случайном ее отхождении, обеспечивает самостоятельное закрытие кишечной фистулы после изъятия питающей трубки, прост в исполнении у категории больных с выраженными нарушениями гомеостаза, способ не требует общего обезболивания.

Источники информации:

1. Литтманн И. Брюшная хирургия. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1970. - С. 268.