



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17110 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/03

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200602373

(22) 03.03.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Грошинський Володимир Броніславович, Назарчук Сергій Адамович, Бойчак Мирослав Володимирович

(73) ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я.ГОРБАЧЕВСЬКОГО

(57) Спосіб герметизації кишечного анастомозу, що включає послідовні етапи видалення частини

кишки, формування кишечного анастомозу та його тканинної герметизації, який **відрізняється** тим, що сформований анастомоз герметизують накладанням на нього попередньо зволоженого клаптя консервованої ліофільним способом тканини ксеногенної шкіри з ушиванням по краю вузловатими швами, причому клапоть ксеногенної шкіри зволожують стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду впродовж 5-10 хвилин при 37°C.

Корисна модель стосується медицини, зокрема, хірургії, і може бути використана в хірургічному лікуванні при гострих і хронічних захворюваннях тонкого і товстого кишечника.

Відомий спосіб герметизації кишечного анастомозу, що включає послідовні етапи видалення частини кишки, формування кишечного анастомозу та його тканинної герметизації [1]. Надійність герметизації, за відомим способом, досягають підшиванням до зовнішньої кишечної стінки в області анастомозу тканини великого сальника.

Недоліком відомого способу є недостатня клінічна ефективність, що впливає з недостатнього ступеня надійності герметизації анастомозу через обмежену спроможність тканин великого сальника забезпечити необхідний рівень герметичності кишки по лінії накладених швів та регенерацію тканин у ділянці кишечного анастомозу, що нерідко призводить до підвищення ризику формування гнійно-запальних ускладнень у черевній порожнині в післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлене завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом застосування для герметизації кишечного анастомозу тканин з прогнозованою регенераторною спроможністю досягають підвищення надійності герметизації кишечного шва в ділянці анастомозу, а отже - підвищення клінічної ефективності способу як такого.

При вирішенні технічного завдання було взято до уваги те, що ефективну регенерацію тканин можна забезпечити на основі використання консе-

рвованої ліофільним способом ксеногенної тканини - шкіри свині як препарату медичного призначення з наперед прогнозованими властивостями щодо регенераторної та антимікробної здатності [2,3].

Виходячи з наведених міркувань, поставлене завдання вирішують тим, що у відомому способі герметизації кишечного анастомозу, що включає послідовні етапи видалення частини кишки, формування кишечного анастомозу та його тканинної герметизації, відповідно до корисної моделі сформований анастомоз герметизують накладанням на нього попередньо зволоженого клаптя консервованої ліофільним способом тканини ксеногенної шкіри з ушиванням по краю вузловатими швами, причому клапоть ксеногенної шкіри зволожують стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду впродовж 5-10 хвилин при 37°C.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Хірургічно сформований анастомоз герметизують накладанням на нього попередньо зволоженого клаптя консервованої ліофільним способом тканини ксеногенної шкіри з ушиванням по краю вузловатими швами, причому клапоть ксеногенної шкіри зволожують стерильним ізотонічним розчином натрію хлориду впродовж 5-10 хвилин при 37°C.

Приклад 1.

У пацієнта С., 55 років з приводу пухлини товстого кишечника проведено видалення лівої половини товстого кишечника разом із пухлиною. Сформовано анастомоз "кінець в кінець" між

(13) U
(11) 17110
(19) UA

поперероковоободовою та сигмовидною кишкою. Із клаптя консервованої ліофілізованим способом тканини ксеногенної шкіри викраїли смужку із розрахунку, щоб вона закрила зону анастомозу та частково серозну оболонку кишок. Потім смужку ксенотрансплантата занурили на 5 хвилин у стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду. Після чого провели його аплікацію на зону кишечного шва. Смужку зафіксували до кишок окремими серозними швами. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Про надійність створеного анастомозу у хворого в післяопераційному періоді свідчив нормальний хід фізіологічних відправлень.

Приклад 2.

Запропонованим способом прооперовано 22

хворих. Контролем була група хворих (15), у яких герметизація зони кишечних швів проводилася тканиною великого сальника.

Аналіз ефективності запропонованого способу проведено за наступними клінічними критеріями: наявність чи відсутність тривалої високої температури тіла як ознаки запального процесу в черевній порожнині, наявність таких ускладнень у післяопераційному періоді як запальні інфільтрати та абсцеси біля зони сформованих кишечних анастомозів, перитоніт (підтверджені даними клінічних та ультразвукових діагностичних досліджень). Результати лікування запропонованим способом і за способом прототипом наведені у таблиці.

Таблиця

Частота ускладнень у післяопераційному періоді у хворих з використанням ксеношкіри як пластичного матеріалу

| Група спостереження | Інфільтрат | | Абсцес | | Перитоніт | |
|---------------------|------------|------|--------|-----|-----------|-----|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Дослідна (n=22) | 2 | 9 | 1 | 4,5 | - | - |
| Контрольна (n=15) | 4 | 26,6 | 3 | 20 | 1 | 6,6 |

З наведених у таблиці даних видно, що в післяопераційному періоді за запропонованим способом формування інфільтратів та абсцесів спостерігають відповідно на 2,9% та 4,4% менше, ніж при лікуванні за способом-прототипом.

Отже, запропонований спосіб забезпечує вищий, ніж за способом-прототипом, рівень надійності герметичності кишечного анастомозу і може бути застосований у хірургії при проведенні оперативних втручань на кишечнику.

Джерела інформації, які слід взяти до уваги:

1. Запорожец А.А. Новые данные к вопросу о

герметизации кишечных швов // Хирургия.-1984.-№8.-С. 107-111.

2. Бігуняк В.В., Повстанний М.Ю. Використання ліофілізованих ксенодерматотрансплантатів у комбустіології // Методичні рекомендації.-Тернопіль.-2003.-22с.

3. Бігуняк В.В., Галайчук І.Й., Савчин В.С. Використання ліофілізованих ксенодерматотрансплантатів для відновлення втраченого шкірного покриву // Трансплантологія. - 2003.- №1.-Том 4.-С. 127-130.