



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **27515** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/068МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) ПРОЦЕС ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ АНАСТОМОЗІВ ТРАХЕЇ**

1

2

(21) u200703852

(22) 06.04.2007

(24) 12.11.2007

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
ШКУРАТ АНДРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, UA(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ,
UA

(56)

(57) 1. Процес профілактики неспроможності
анастомозів трахеї, що включає мобілізацію

трахеї, резекцію її uszkodженої ділянки, накладення анастомозу і фіксацію зони анастомозу до фіксуючої поверхні, який **відрізняється** тим, що як фіксуючу поверхню вибирають поліпропіленову сітку, якою щільно загортають зону анастомозу і яку фіксують до трахеї вище, ніжче та в проекції зони анастомозу.

2. Процес за п. 1, який **відрізняється** тим, що фіксацію в зоні анастомозу здійснюють однорядними швами по колу стінки трахеї із захватом її серозної частини.

Корисна модель стосується торакальної хірургії і може бути використана для зміцнення анастомозів трахеї, наприклад, після її резекції.

Відомий процес профілактики неспроможності анастомозів трахеї, описаний в статті В.И.Маслова та співавт. "Хирургическое эндопротезирование трахеи при ее рубцовом стенозе" [див. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2006. - №2. - С.47]. Він включає мобілізацію трахеї, розсічення її uszkodженого відділку, введення в розсічений відділок трахеї фіксуючої поверхні у вигляді ендопротезу (стенту) та фіксацію до нього зони анастомозу.

Зазначений процес дозволяє укріплювати зону анастомозу трахеї, але до його недоліків слід віднести неоднорідність зони анастомозу, який виходить в результаті, що підвищує ризик неспроможності анастомозу.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті та результату, що досягається, є процес зміцнення анастомозів трахеї, що його описано в статті А.Г. Соколовича, Е.В.Деринга та І.А.Хорошилова "Профилактика несостоятельности анастомоза после циркулярной резекции трахеи" [див. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2006. - №1. - С.53]. Він включає мобілізацію трахеї, резекцію її uszkodженого відділку, накладення анастомозу та фіксацію зони анастомозу до фіксуючої поверхні. При цьому фіксують зону анастомозу до внутрішньої поверхні груднини.

Описаний процес дозволяє укріплювати анастомози трахеї шляхом зменшення натягнення тканин в зоні анастомозу, але ефективність його

недостатня. При цьому зміна кута нахилу вісі трахеї може сприяти формуванню ресенозу, тобто неспроможності анастомозів.

В основу корисної моделі поставлене завдання зменшення ризику розвитку неспроможності анастомозів шляхом укріплення їх стінок.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі укріплення анастомозів трахеї, який включає мобілізацію трахеї, резекцію її uszkodженого відділку, накладення анастомозу і фіксацію зони анастомоза до фіксуючої поверхні, згідно з корисною моделлю як фіксуючу поверхню обирають поліпропіленову сітку, якою щільно загортають зону анастомозу і яку фіксують до трахеї вище, ніжче та в проекції зони анастомозу.

Фіксацію в зоні анастомозу можливо здійснювати однорядними швами по колу стінки трахеї із захватом її серозної частини.

Введення поліпропіленової сітки як фіксуючої поверхні, а також характер її фіксації до стінки трахеї дозволяє значно знизити ризик розвитку неспроможності анастомозу за рахунок додаткового укріплення каркасу стінки та зниження натягнення зони анастомозу.

Заявнику відоме використання поліпропіленової сітки, наприклад, при хірургічному лікуванні гриж передньої черевної стінки. Але в цьому випадку сітка виконує іншу функцію, а саме заміщує дефект черевної стінки, тоді як в запропонованому рішенні сітка використовується по іншому призначенню, яке полягає в укріпленні зони анастомозу.

(13) **U**
(11) **27515**
(19) **UA**

Процес здійснюється наступним чином. Під час операції проводять мобілізацію трахеї, резекцію її ушкодженого відділку і накладення анастомозу, наприклад, "кінець в кінець". Викроюють клапоть сітки, геометричні розміри якого дозволяють здійснити загортання трахеї, наприклад, довжиною 30-50мм, а шириною, рівною довжині кола трахеї. Щільно загортають зону анастомозу клаптем, після чого фіксують останній до трахеї вище, в проекції зони анастомозу та нижче однорядними швами по колу стінки трахеї із захватом її серозної частини. Наявність швів в трьох місцях по колу трахеї дозволяє знизити силу натягнення анастомозу. Зазначена послідовність фіксації дозволяє уникнути появи зморшок сітки і досягти рівномірного натягнення.

Таким чином, виконання процесу згідно з запропонованим рішенням дозволяє зменшити ризик розвитку неспроможності анастомозів за рахунок додаткового укріплення каркасу стінки трахеї та зниження натягнення зони анастомозу.