



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **32940** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/11 (2008.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ**

1

2

(21) u200800204

(22) 04.01.2008

(46) 10.06.2008, Бюл.№ 11, 2008 р.

(72) РЕЗАНОВ ПАВЛО ОЛЕКСІЙОВИЧ, UA, КА-
МІНСЬКИЙ ІГОР ВЛАДИСЛАВОВИЧ, UA(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. С.І.ГЕОРГІЄВСЬКОГО, UA(57) Спосіб формування анастомозу на шлунково-
кишковому тракті шляхом зшивання відрізків ки-

шечнику із з'єднанням однорідних тканин, який **відрізняється** тим, що формують однорядний безперервний прецизійний шов, зшиваючи підслизовий і м'язово-підслизовий шари, при цьому прокольні канали виконують такими, які не сполучаються ні з просвітом кишки, ні з черевною порожниною на рівні ранової щілини.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до хірургії і може бути застосована для створення шлунково-кишкових анастомозів, анастомозів на тонкому і товстому кишечнику.

За прототип вибраний спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті [Патент №40059 UA. МПК 7A61B 17/00. Спосіб формирова-
вання межкишечного анастомоза / Гусак В.К., Ми-
нинашвили О.И. и соавт.; Институт неотложной и
восстановительной хирургии АМН Украины. - За-
явка №99095195. - Заявл.21.09.1999. - Опубл.
15.08.2001.- Бюл. №6.- 6с.], який включає зшиван-
ня відрізків кишки кінець в кінець: для чого зазда-
легідь видаляють серозно-м'язовий покрив впро-
довж 1-1,5см з одного відрізка кишки і відсікають
на такій же відстані слизисто-підслизову оболонку
з іншого відрізка кишки, причому зшивані шари
кишечнику не зіставляють по проекції.

Ознаками, які співпадають із загальними озна-
ками корисної моделі, є: зшивання відрізків кишеч-
нику із з'єднанням однорідних тканин.

Причинами, які перешкоджають досягненню
очікуваних результатів лікування (підвищення
ефективності хірургічного лікування і зниження
частоти ускладнень), є: розтин і видалення сероз-
но-м'язового шару в привідному кишці і слизисто-
підслизовому у відповідному відрізку кишки сприяють
порушенню мікроциркуляції в зоні співустя в ре-
зультаті зайвої травматизації в області зшиваних
раневих шарів кишкової стінки, що може вести до
недостатності кишкового шва, загоєнню рани в
області анастомозу за типом вторинного натягу;
разом з тим, відсутні умови для точного, пошаро-
вого зіткнення зшиваних тканин, що призводить до
подовження термінів загоєння анастомозів і фор-

мування грубого рубця із звуженням просвіту киш-
ки в області анастомозу.

В основу корисної моделі поставлена задача
вдосконалення способу формування анастомозу
на шлунково-кишковому тракті шляхом застосу-
вання прецизійного шву при створенні шлунково-
кишкового і міжкишкового співустя на тонкому і
товстому кишечнику.

Поставлена задача розв'язується тим, що в
запропонованому способі формування анастомозу
на шлунково-кишковому тракті шляхом зшивання
відрізків кишечника із з'єднанням однорідних тка-
нин, згідно корисної моделі, формують одноряд-
ний безперервний прецизійний шов, зшиваючи
підслизовий і м'язово-підслизовий шари, при цьо-
му прокольні канали виконують такими, які не спо-
лучаються ні з просвітом кишки, ні з черевною по-
рожниною на рівні ранової щілини.

Між сукупністю істотних ознак запропоновано-
го способу і очікуваним технічним результатом,
який може бути досягнутий, виявляється наступ-
ний причинно-наслідковий зв'язок: накладення
однорядного безперервного прецизійного шва з
виконанням прокольних каналів такими, які не
сполучаються ні з просвітом кишки, ні з черевною
порожниною на рівні ранової щілини дозволяє
шляхом найменшої травматизації тканин та точно-
го зіставлення однойменних оболонок шлунково-
кишкового тракту добитися мінімального розвитку
запальної реакції в зоні зшиваних тканин, і створи-
ти умови для ранньої репарації, а відсутність про-
колів слизової і серозної оболонок, через які може
проникати кишкова флора, забезпечує біологічну
герметичність.

(13) **U**
(11) **32940**
(19) **UA**

Запропонованим способом прооперовано 6 осіб з різними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Проведений аналіз результатів лікування показав, що формування анастомозу даним способом значно підвищує якість лікування хворих, знижуючи ризик розвитку неспроможності швів, анастомозитів та інших гнійно-запальних ускладнень.

Запропонований спосіб полягає в наступному.

Оперативне втручання проводять при 4-х кратному збільшенні за допомогою лобового нейрохірургічного освітлювача. Використовують мікрохірургічний інструментарій та атрауматичні голки з синтетичними нитками з вікрилу і пролену фірми "Ethicon". Формують однорядний безперервний анастомоз, при якому товщина нитки складала 4-0. Формують однорядний безперервний прецизійний шов, зшиваючи підслизовий і м'язово-підслизовий шари, при цьому прокольні канали виконують такими, які не сполучаються ні з просвітом кишки, ні з черевною порожниною на рівні раневої щілини.

При створенні анастомозу безперервною вікриловою ниткою першим витком зшивають підслизові шари з обох боків, наступним витком - м'язово-підслизові, потім знов лише підслизові і т.д. циркулярно.

Таким чином, проводять точне зіставлення шарів зшиваних відділів шлунково-кишкового тракту і забезпечують біологічну герметичність анастомозу.

Запропонований спосіб формування анастомозу ілюструється наступними клінічними прикладами.

Приклад 1.

Хворий Д., 62 роки. Поступив в хірургічне відділення з діагнозом: рак товстого кишечника.

Хворому проведена серединна лапаротомія. При ревізії органів черевної порожнини в області сигмовидної кишки визначається пухлиноподібне утворення 4,0х6,0см, рухоме, метастазів в регіонарні лімфовузли не визначається. Проведена мобілізація області сигмовидної кишки разом з пухлиноподібним утворенням та його резекція.

Накладений міжкишковий анастомоз кінець-в-кінець за запропонованим способом. Гемостаз. Пошарові шви на рану.

Післяопераційний період протікав без особливостей. Рана загоїлася первинним натягом. Шви зняті на 12-у добу.

Приклад 2.

Хворий Л., 58 років. Поступив в хірургічне відділення з діагнозом рак антрального відділу шлунку. Проведена операція: лапаротомія, резекція шлунку за Більротом-II, ЛАЕ по D2. Анастомоз між куксою шлунку і тонкою кишкою накладений із застосуванням прецизійної техніки за запропонованим способом.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Шви зняті на 9-у добу. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягом. Хворий виписаний у задовільному стані.

Запропонований спосіб дозволяє добитися мінімального розвитку запальної реакції в зоні зшиваних тканин і створити умови для ранньої репарації, дозволяє забезпечити біологічну герметичність.

Використання запропонованого способу в клініці дозволяє, значно підвищити якість лікування хворих, оперованих на шлунково-кишковому тракті, поліпшуються результати лікування зі зниженням числа післяопераційних ускладнень.