



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37766 (13) A

(51) 6 A61B17/11

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗВОРотної ІНВАГІНАЦІЇ АНАСТОМОЗУ

(21) 2000042114

(22) 13.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Шальков Юлій Леонідович, Мільдзіхов Георгій
Увизікоєвич(73) Харківська медична академія післядипломної
освіти(57) Спосіб профілактики зворотної інвагінації ана-
стомозу, який включає інвагінацію відвідного та
привідного відрізків товстої кишки від рівня резек-
ції на 4...5 см, формування задньої губи анастомо-

зу, для чого накладають серо-серозні шви у кіль-
кості п'яти-шести, який **відрізняється** тим, що по
бічним краям у кишок зшивають 3-4 серозно-
м'язовими швами кінці кишок до їх просвіту, ретро-
градно до просвіту кишки вводять за анастомозо-
вану ділянку товстий зонд і формують передню
губу анастомозу, для цього зшивають окремими
субмукозними швами просвіт кишок, одним з яких
фіксують зонд, далі інвагінують верхнє півколо
співустя по лінії швів у кишку на глибину 3...3,5 см,
додатково по лінії шва в ділянці шийки інвагінату
накладають три-чотири серозно-м'язових шви,
зонд фіксують до шкіри сідничної ділянки.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до
хірургії і може бути використаний для профілакти-
ки дезінвагінації анастомозу.

Відомим є спосіб формування інвагінаційного
кінцевого кишкового анастомозу, який включає
пошарове зшивання тканин, в якому з метою за-
побігання його рубцювання і підвищення міцності,
виконують десерозацію привідного кінця кишки та
демукозацію відвідного і після інвагінації привідно-
го на глибину демуккозації зшивають м'язово-
підслизовий шар привідного кінця і його краю з
м'язово-підслизовими шарами відвідного зсереди-
ни і далі серозно-м'язові шари привідного з сероз-
но-м'язово-підслизовими шарами відвідного у
краю останнього (див.: А.с. № 1367951, МПК4
A61B17/11. Спосіб формування инвагинацион-
ного концевго анастомоза).

Спосіб дозволяє знизити імовірність інфіку-
вання шкіряного ряду швів за рахунок фітільних
властивостей іншого ряду швів. Головним усклад-
ненням даного анастомозу є можливість зворотної
інвагінації голівки інвагінату до привідної петлі з
розвитком обтураційної непрохідності, яка потре-
бує повторного оперативного втручання.

Відомим є спосіб формування товсто-
кишкового анастомозу, який включає мобілі-
зацію відвідного та привідного відрізків товстої
кишки, від рівня резекції на 4...5 см, формування
задньої губи на рівні мобілізації серо-серозними
швами і на рівні резекції через усі шари, далі роз-
сікають стінки сформованої задньої губи у поздов-
жньому напрямку на 1,5...2 см та формують пе-
редню губу на рівні резекції, розсікають серозні та

м'язові шари стінки передньої губи на 1,5...2 см в
поздовжньому напрямку, потім інвагінують привід-
ний та відвідний відрізки у відвідну кишку і закін-
чують формування передньої губи анастомозу
серо-серозними швами на рівні мобілізації (див.:
Думанский Ю.В., Кравцова В.Н., Ладур А.И. Вос-
становление непрерывности кишечника после пра-
восторонней гемиколектомии // Клиническая хиру-
ргия. - 1990. - № 2. - С. 28-30).

Спосіб дозволяє забезпечити функціональну
повноцінність анастомозу.

Ускладненням анастомозу є можливість зво-
ротної інвагінації голівки інвагінату із розвитком
обтураційної непрохідності, яка потребує повтор-
ного оперативного втручання.

В основу винаходу поставлено задачу удоско-
налення способу профілактики зворотної інвагіна-
ції анастомозу, в якому за рахунок введення зонду
до кишки та накладання в області шийки інвагінату
додаткових серозно-м'язових швів, досягається
запобігання зворотної інвагінації голівки до привід-
ної петлі з розвитком обтураційної непрохідності.

Поставлена задача вирішується в способі
профілактики зворотної інвагінації анастомозу,
який включає інвагінацію відвідного та привідного
відрізків товстої кишки, від рівня резекції на
4...5 см, формування задньої губи анастомозу, для
чого накладають серо-серозні шви у кількості п'я-
ти-шести, згідно з винаходом, по бічних краях ки-
шок зшивають 3-4 серозно-м'язовими швами кінці
кишок до їх просвіту, ретроградно до просвіту киш-
ки вводять за анастомозовану ділянку товстий
зонд і формують передню губу анастомозу, для

цього зшивають окремими субмукозними швами просвіт кишок, одним з яких фіксують зонд, далі інвагінують верхнє півколо співустья по лінії швів в кишку на глибину 3...3,5 см, додатково по лінії шва в області шийки інвагінації накладають три-чотири серозно-м'язових шва, трубку фіксують до шкіри сідничної області.

За рахунок того, що надійність упровадження інвагінації обмежено першим рядом серо-серозних швів на глибину не менше 3...3,5 см, утворюється повноцінна голівка інвагінації. Накладені останніми серо-серозні шви запобігають можливій дезінвагінації, а введений зонд не дає можливості виникнення звуження та непрохідності утвореного співустья.

Спосіб за винаходом здійснюють таким чином.

Під час операції хворому на відповідному рівні виконують перетин кишки під прямим кутом по відношенню до її осі. Кінці кишок на протязі 3,5...5 см, на які накладають анастомоз, ретельно звільнюють від жирових підвісок і частково брижового краю із дотриманням збереження кровотоку.

Починаючи від пересічених кінців кишок, їх укладають паралельно друг другу, при цьому поєднують брижові сторони кишок. Далі формують задню губу анастомозу, відступивши 3,5...4 см від кінців кишок, накладають п'ять-шість серо-серозних швів. По протилежним бічним краях 3-4 серо-серозними швами зшивають кінці кишок до їх просвіту.

Ретроградно до просвіту кишки вводять товстий зонд, заводячи його за анастомозовану ділянку. Окремими субмукозними швами без захвату слизової зшивають просвіт кишок, одним з яких фіксують зонд. Таким чином поновлюється передня губа анастомозу.

Зрізають усі раніше накладені лігатури, крім двох перших бічних, якими починали фіксацію кінців кишок. Лігатури утримують нерухомо, надавлюють пальцем на верхнє напівколо співустья по лінії швів, погрожують цей сегмент у кишку. Впровадження інвагінації буде обмежено першим рядом швів, на глибину не менше 3...3,5 см.

З метою дезінвагінації додатково по лінії швів в області шийки інвагінації накладають три-чотири серозно-м'язових шва, а зонд у трохи натягнутому стані фіксують до шкіри сідничної області.

На 7-10 добу зонд видаляється.

Запропонованим способом для профілактики зворотної інвагінації анастомозу було накладено 111 інвагінаційних анастомозів.

Спосіб виключає зворотній розвиток інвагінації.

Анастомоз володіє високою герметичністю за рахунок щільного стикування серозних оболонок по колу 3...4 см.

При можливому крайовому некрозі останній не розповсюджується на весь інвагінат.

Введення зонду сприяє як декомпресії кишки в профілактиці неспроможності, так і зворотної інвагінації голівки до привідної петлі з розвитком отураційної непрохідності.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
