



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59425** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

(21) u201014176

(22) 29.11.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл.№ 9, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВІ
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ПАШАЄВ ДЖЕЙХУН
АЛІ ОГЛИ, ЄВТУШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРО-
ВИЧ(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

2

(57) Спосіб формування товстокишкового анастомозу, що включає накладання швів між проксимальним та дистальним сегментами товстої кишки та біологічну герметизацію зони анастомозу пластиною ТахоКомб, який **відрізняється** тим, що анастомоз формують апаратним швом, а біологічну герметизацію зони анастомозу виконують вшиванням пластини ТахоКомб між сегментами кишки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаною для запобігання неспроможності товстокишкового анастомозу.

Відомо, що для запобігання неспроможності товстокишкових анастомозів використовують покриття лінії швів аутопластичними матеріалами, такими як сальник, очеревина, біосумісні клеї та інше (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - 418 с).

Так, наприклад, відомий спосіб зміцнення лінії швів кінце-кінцевого міжкишкового анастомозу, згідно з яким лінію швів анастомозу обмотують пасмом брижі, що залишилась від резектованої ділянки кишки (Пат. № 44499 А, UA, МПК А61В17/00. Спосіб зміцнення лінії швів кінце-кінцевого міжкишкового анастомозу. Опубл. 15.02.2002, Бюл. № 2.).

Профілактику неспроможності товстокишкового анастомозу здійснюють, укриваючи його сальником або жировими підвісками товстої кишки, розташованими поблизу, шляхом їх прошивання та щільною фіксацією на кишкових швах (Пат. № 75460, UA, МПК А61В17/04. Спосіб профілактики неспроможності товстокишкового анастомозу. Опубл. 17.04.2006, Бюл. №4).

Відомий також спосіб накладання товстокишкового анастомозу, який включає зіставлення та зшивання на кишковому ендпротекторі привідного та відвідного відрізків товстої кишки. При цьому на анастомоз з боку серозної оболонки наносять шар фібринового аутоклею (Пат. № 55022 А, UA,

МПК А61В17/11. Спосіб накладання товстокишкового анастомозу. Опубл. 17.03.2003, Бюл. № 3).

Відомий спосіб підвищення біологічної герметичності міжкишкових анастомозів шляхом формування міжкишкових сполучень нитками з антимікробними властивостями, наприклад, поліпропіленовими нитками з інкорпорованим антисептиком фогуцидом (Пат. № 32669, UA, МПК А61В17/068. Спосіб підвищення біологічної герметичності міжкишкових анастомозів. Опубл. 26.05.2008, Бюл. № 10).

Останнім часом для профілактики неспроможності товстокишкових анастомозів використовують пластину ТахоКомб.

Так, наприклад, відомий спосіб формування товстокишкового анастомозу, який включає укривання пластиною ТахоКомб привідної петлі, підтягування привідної петлі за полозкові шви та її інвагінацію у відвідну петлю (Пат. № 2300327 С1, RU, МПК А61В17/14. Спосіб інвагинационного толстокишечного анастомоза. Опубл. 10.06.2007, Бюл. № 16.).

Даний спосіб формування товстокишкового анастомозу є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу розширення можливостей використання пластини ТахоКомб в формуванні товстокишкових анастомозів за допомогою апаратного шва.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі фор-

(19) **UA** (11) **59425** (13) **U**

мування товстокишкового анастомозу, який включає накладання швів між проксимальним та дистальним сегментами товстої кишки та біологічну герметизацію зони анастомозу пластиною ТахоКомб, згідно з корисною моделлю, анастомоз формують апаратним швом, а біологічну герметизацію зони анастомозу виконують вшиванням пластини ТахоКомб між сегментами кишки.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений синергізмом апаратного шва та пластини ТахоКомб.

Спосіб виконують наступним чином. Мобілізують сегмент товстої кишки з пухлиною. Сегмент товстої кишки з пухлиною видаляють. Упорну голівку циркулярного зшиваючого апарату відповідного розміру розміщують в проксимальному сегменті кишки. На проксимальну куксу анастомозованої кишки накладають кисетний шов. Пластину ТахоКомб закріплюють на голівці апарата. Шов затягують. Дистальний кінець анастомозованої кишки прошивають. Зшиваючий апарат проводять через задній прохід до дистального сегменту кишки. Проколють прошитий раніше дистальний сегмент кишки. Обидва сегмента кишки зводять до співставлення. Сегменти, між якими знаходиться пластина ТахоКомб, зшивають. Апарат видаляють з просвіта кишки.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади:

Приклад 1. Хворий Н. 56 років, госпіталізований зі скаргами на часті закрепи, схуднення на 8-9 кг, загальну слабкість, зниження апетиту. Вищезгадані скарги турбують приблизно 5 місяців.

Об'єктивно: Язик вологий, живіт симетричний, приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болісний у лівій здухвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Гази відходять. *Per rectum* патології не виявлено.

Лабораторні показники в межах норми.

При колоноскопії - на відстані 14 см від анусу визначається пухлиноподібне утворення 2х2 см, горбисте, звужуюче просвіт кишки, виконана біопсія (висновок: помірно диференційована аденокарцинома).

При УЗД та КТ органів черевної порожнини метастазів не виявлено.

Таким чином встановлено діагноз: Рак ректосигмоїдного відділу товстої кишки Т3N0M0.

Хворому проведено оперативне втручання у плановому порядку. Під загальним наркозом виконана нижньо-середина лапаротомія. При ревізії в ділянці ректосигмоїдного відділу товстої кишки визначається пухлиноподібне утворення 3х3 см, горбисте, щільне, циркулярно звужуюче просвіт

кишки, лімфовузли брижі не збільшені, метастазів в печінці не виявлено. Виконана мобілізація ректосигмоїдного відділу товстої кишки, резекція ділянки товстої кишки. Колоректальний анастомоз сформували за способом, що заявляється. В ділянку анастомоза встановили рукавично-трубковий дренаж. Цілісність тазової очеревини відновили. Лапаротомну рану пошарово зшили.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 15 добу хворий в задовільному стани виписаний з клініки. При контрольному огляді через 6 та 12 місяців рецидиву пухлини не виявлено, анастомоз спроможний.

Приклад 2. Хвора К. 60 років, госпіталізована зі скаргами на періодичні виділення крові із випорожненнями, часті закрепи, схуднення на 4-5 кг, швидку стомлюваність при фізичних навантаженнях, зниження апетиту. Вищезгадані скарги турбують приблизно 3,5 місяці.

Об'єктивно: Язик вологий, живіт симетричний, приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болісний у лівій здухвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Гази відходять. *Per rectum* патології не виявлено.

Лабораторні показники в межах норми.

При колоноскопії - на відстані 16 см від анусу визначається пухлиноподібне утворення 2,5х3 см, горбисте, циркулярно звужуюче просвіт кишки, виконана біопсія (висновок: високодиференційована аденокарцинома).

При УЗД та КТ органів черевної порожнини метастазів не виявлено.

Таким чином встановлено діагноз: Рак ректосигмоїдного відділу товстої кишки Т3N0M0.

Хворій проведено оперативне втручання у плановому порядку. Під загальним наркозом виконана нижньосередина лапаротомія. При ревізії в ділянці ректосигмоїдного відділу товстої кишки визначається пухлиноподібне утворення 3,5х4 см, горбисте, щільне, циркулярно звужуюче просвіт кишки, лімфовузли брижі не збільшені, метастазів в печінці не виявлено. Виконана мобілізація ректосигмоїдного відділу товстої кишки, резекція ділянки товстої кишки. Колоректальний анастомоз сформували за способом, що заявляється. В ділянку анастомозу встановили рукавично-трубковий дренаж. Цілісність тазової очеревини відновлена. Лапаротомна рана пошарово зшита.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 12 добу хвора в задовільному стани виписана з клініки. При контрольному огляді через 6 та 12 місяців рецидиву пухлини не виявлено, анастомоз спроможний.