



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65124 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІЛЕОАСЦЕНДОАНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u201106078

(22) 16.05.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, СОХАНЬОВА ІРИНА ЛЕОНІДІВНА, ЄВТУШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб формування ілеоасцендоанастомозу, який включає мобілізацію ілеоцекального сегмента

кишки з ураженою частиною від прилеглих тканин, резекцію кишки в межах неушкоджених частин та виведення ілеоасцендостоми, який **відрізняється** тим, що частини клубової кишки та висхідного відділу ободової кишки зшивають трирядним швом, виконують інтубацію тонкої та товстої кишки через асцендостому з наступним введенням через асцендостому дренажних декомпресійних трубок, з тим ілеоасцендостому закривають позаочеревинно.

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використаною для відновлення цілісності кишкового тракту після видалення ілеоцекального сегмента з дефектом.

Частота розвитку неспроможності швів тонко-товстокишкового анастомозу сягає 10,7 %, що перевершує середнє значення випадків ускладнень при усіх втручаннях на товстій кишці, що пов'язане з анатомічною невідповідністю стінок тонкої та товстої кишки.

Відомий спосіб відновлення цілісності кишечника, який включає мобілізацію ілеоцекального сегмента кишки з ураженою частиною від прилеглих тканин, резекцію ілеоцекального сегмента в межах неушкоджених частин кишки та виведення ілеоасцендостоми (Шальков Ю. Л., Леонов В. В. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике. - Харьков: Коллегиум, 2008. - 192 с).

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

Основним недоліком цього способу відновлення товстої кишки є травматизація, підвищений тиск у просвіті кишечника, що збільшує ризик розвитку неспроможності швів зони ілеоасцендоанастомозу.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу профілактики розвитку неспроможності швів зони анастомозу.

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

мування ілеоасцендоанастомозу, який включає мобілізацію ілеоцекального сегмента кишки з ураженою частиною від прилеглих тканин, резекцію кишки в межах неушкоджених частин та виведення ілеоасцендостоми, згідно з корисною моделлю, частини клубової кишки та висхідного відділу ободової кишки зшивають трирядним швом, виконують інтубацію тонкої та товстої кишки через асцендостому з наступним введенням через асцендостому дренажних декомпресійних трубок, з тим ілеоасцендостому закривають позаочеревинно.

Позитивний ефект корисної моделі, а саме профілактика неспроможності швів зони ілеоасцендоанастомозу, обумовлений тим, що формують додатковий широкий міжкишковий анастомоз та інтубують тонку та товсту кишки, з метою декомпресії міжкишкового анастомозу вводять дренажні декомпресійні трубки, закривають ілеоасцендостому другим етапом.

Спосіб виконують наступним чином.

Відсепаровують кишку від прилеглих тканин. Після резекції ілеоцекального сегмента з дефектом у межах неушкоджених частин накладають ілеоасцендостому. Частини клубової кишки та висхідного відділу ободової кишки зшивають трирядним швом. Виконують інтубацію тонкої та товстої кишок через асцендостому. З метою декомпресії міжкишкового анастомозу вводять дренажні декомпресійні трубки через асцендостому. Другим етапом ілеоасцендостому закривають позаочеревинно.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

(13) U
(11) 65124
(19) UA

Приклад.

Хворий А., 47 років. Госпіталізований в ургентному порядку зі скаргами на біль у животі, який виник раптово. При огляді звертали на себе увагу позитивні симптоми подразнення очеревини. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 103 г/л, еритроцити - $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - 18×10^9 /л, паличокоядерні - 14 %, сегментоядерні - 59 %, лімфоцити

- 24 %, моноцити - 5 %, еозинофіли - 2 %, ШОЕ - 14 мм/год. Рентген: вільний газ у черевній порожнині.

Виконано операцію за способом, що заявляється. Хворому проведена комплексна терапія. На 14 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.