



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65791 (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 АНАСТОМОЗУ МІЖ ПОРОЖНИСТИМИ ОРГАНАМИ

1

2

(21) u201108076

(22) 29.06.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл. № 23, 2011 р.

(72) КОЛКІН ЯКІВ ГРИГОРОВИЧ, ХАЦКО ВОЛОДИМИР ВЛАСОВИЧ, ШАТАЛОВ ОЛЕКСАНДР ДМИТРОВИЧ, КАРАПИШ ВІКТОРІЯ АНДРІЇВНА

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб формування анастомозу між порожнистими органами, який включає оперативний доступ, розтин органів до 2-3 см, з подальшим їх зшиванням одно- або дворядними швами атравматичною голкою, який **відрізняється** тим, що всі шви по колу полого органу ззовні закривають гелем із тромбоцитарного концентрату шириною 2-4 см і товщиною 2-3 мм.

Корисна модель належить до галузі медицини і може бути використана в хірургії, онкології, судинній хірургії.

Відомий хірургічний спосіб накладання холедоходуаноанастомозу за Jurasz у модифікації Виноградова В.В. [1], який включає оперативний доступ, подовжній розтин загальної жовчної протоки (ЗЖП) в супрадуоденальній її частині довжиною 2,5-3,0 см, поперечний розтин дванадцятипалої кишки, накладання швів на слизові атравматичною голкою на відстані 2-3 мм один від другого, накладання другого ряду додаткових серозно-м'язових швів шовковими нитками.

Основні недоліки цього способу: часте накладання першого ряду швів для створення необхідної герметичності порушує кровообезпечення тканин, може призвести до їх некрозу, другий ряд швів може викликати неминучу деформацію кишки і звуження анастомозу, рубцеву стриктуру анастомозу у віддаленому періоді.

Найбільш близьким за технічною сутністю до способу, що заявляється, є спосіб холедоходуаностомії із застосуванням мікрохірургічної техніки, запропонований Д.Ю. Коноваловим [2], який полягає в оперативному доступі, поперечному розтині стінки холедоха і дванадцятипалої кишки до 2-3 см, з подальшим їх зшиванням дворядними мікрохірургічними швами, пошаровим ушиванням рани і накладанням асептичної пов'язки.

Основні недоліки цього способу: його виконання складає великі технічні труднощі при рубцево-спайковому процесі навколо дванадцятипалої кишки, його особливо важко виконати при високих стриктурах і пошкодженні позапечінкових жовчних протоків; можлива неспроможність швів з розвит-

ком перитоніту; швидко може розвинути рубцювання тканин в зоні анастомозу.

В основу корисної моделі покладено задачу розробити спосіб формування анастомозу між порожнистими органами, який забезпечує профілактику неспроможності швів, відновлення дефекту функціонально повноцінною тканиною без алергічної реакції, прискорює процес регенерації.

Поставлена задача вирішується завдяки тому, що в способі формування анастомозу між порожнистими органами, який включає оперативний доступ, розтин органів до 2-3 см, з подальшим зшиванням одно- або дворядними швами атравматичною голкою, згідно з корисною моделлю, всі шви по колу полого органу ззовні закривають гелем із тромбоцитарного концентрату шириною 2-4 см і товщиною 2-3 мм. Ці параметри гелю є оптимальними для отримання необхідного ефекту і економлять кількість гелю.

Гель із тромбоцитарного концентрату отримують заздалегідь з крові хворого за допомогою лабораторної центрифуги, за стандартною методикою [3].

Спосіб здійснюють наступним чином. Виконують оперативний доступ, розтин порожнистих органів до 2-3 см, з подальшим їх зшиванням одно- або дворядними швами атравматичною голкою. Потім всі шви по колу полого органу ззовні закривають гелем із тромбоцитарного концентрату шириною 2-4 см і товщиною 2-3 мм. Після пошарового ушивання рани накладають асептичну пов'язку.

Приклад використання способу. Хвора К., 42 років, госпіталізована в клініку з діагнозом: спайкова хвороба, гостра кишкова непрохідність. Захворіла 2 години тому, коли з'явилися сильний біль

(19) UA (11) 65791 (13) U

навколо пупка, блювота. 2 роки тому була виконана апендектомія. Після дослідження встановлені показання до термінової операції - лапаротомії під інтубаційним наркозом. Під час операції встановлені спайкова хвороба, защемлення та некроз 0,4 м тонкої кишки. Спайки розділені, виконана резекція 0,7 м тонкої кишки, накладено анастомоз "кінець в кінець" двома рядами швів (перший ряд - між слизовими, другий ряд - серозно-м'язові). На зону анастомозу ззовні накладено гель із тромбоцитарного концентрату (шириною 3 см, товщиною 3 мм). Гель із тромбоцитарного концентрату отримали заздалегідь за допомогою лабораторної центрифуги з крові хворого, за стандартною методикою. Черевна порожнина була дренована і пошарово ушита з накладанням на шкіру асептичної пов'язки.

Післяопераційний період був без ускладнень. Пацієнтку виписано на 7 добу після операції. Через 1 рік функція анастомозу не порушена, скарг немає.

Таким чином, спосіб формування анастомозу між порожнистими органами (кишками, шлунком і

тонкою кишкою, холедохом і дванадцятипалою кишкою, судинами та ін.), який заявляється, прискорює процес регенерації, попереджує неспроможність анастомозу, забезпечує відновлення дефекту функціонально повноцінною тканиною без алергічної реакції, відновлює функцію порожнистих органів.

Пропонований спосіб для хворих, технічно простий і доступний для використання широкими верствами хірургів. Спосіб може бути застосований також після накладання анастомозу одним рядом швів.

Апробація способу в умовах клініки підтвердила його високу ефективність, простоту і надійність.

Джерела інформації:

1. Хирургия печени и жёлчных протоков (под общей редакцией Шалимова А.А.). - Киев: Здоров'я, 1975. - С. 174-175.

2. Коновалов Д.Ю. Патент России № 2008815, МПК А 61 В 17/0.0.

3. Адда Ф. Тромбоциты с высоким содержанием фибрина / Ф. Адда // Клиническая стоматология. - 2003. - № 1. - С. 67-69.