



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **67570** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ АНАСТОМОЗУВАННЯ ПРИ СТРАНГУЛЯЦІЙНІЙ ТОНКОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ**

1

2

(21) u201109863

(22) 08.08.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл. № 4, 2012 р.

(72) КОПТЮХ ВАЛЕРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, ПЕРЧЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЯРЕМА ВСЕВОЛОД МИХАЙЛОВИЧ, ЯРЕМА ІРИНА ВСЕВОЛОДІВНА, ЯРЕМА ЮЛІЯ ВСЕВОЛОДІВНА

(73) КОПТЮХ ВАЛЕРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб анастомозування при странгуляційній тонкокишкової непрохідності, що включає резекцію тонкого кишечника в межах життєздатності кишечника та накладання анастомозу кінець в кінець, відсікання привідної петлі тонкої кишки, відвідної петлі тонкої кишки кишечника проводять перпендикулярно відносно напрямку проходження травних мас, який **відрізняється** тим, що кінці привідної і відвідної петель висічені під кутом.

Корисна модель належить до медицини, абдомінальної хірургії, зокрема при лікуванні тонкокишкової странгуляційної непрохідності.

Відомий спосіб анастомозування тонкого кишечника включає резекцію тонкого кишечника в межах життєздатності кишечника та накладання анастомоза кінець в кінець, відсікання привідної петлі тонкої кишки, відвідної петлі тонкої кишки кишечника проводять перпендикулярно відносно напрямку проходження травних мас [1].

Недоліком даного способу є недостатня клінічна обґрунтованість, зокрема проводять резекцію тонкого кишечника в межах здорових частин кишечника та накладають анастомоз кінець в кінець, відсікання кишечника, патологічного процесу, проводять перпендикулярно відносно напрямку проходження травних мас і створює звуження просвіту тонкого кишечника, що ускладнює проходження травних мас.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалити відомий спосіб шляхом введення нової технологічної дії, яка направлена на створення анастомозу, який покращує проходження травних мас по тонкому кишечнику.

Поставлена задача вирішується шляхом отримання точної оцінки життєздатності тонкої кишки, проводять резекцію тонкого кишечника, видалення патологічного процесу, в межах здорових частин його, таким чином, щоб кінці привідної і відвідної петель були висічені під кутом та зшиті дворядними швами.

Пропонований спосіб здійснюється таким чином: у хворих з странгуляційною тонкокишковою непрохідністю проводять відповідні клініко-лабораторні обстеження, передопераційну підготовку та при наявності показань виконують опера-

тивне втручання шляхом серединної лапаротомії. Далі виконують ревізію тонкого кишечника з подальшим виявленням патологічного процесу. Далі виконується оцінка життєздатності тонкої кишки на різній віддалі від місця странгуляційної тонкокишкової непрохідності шляхом визначення насичення киснем стінки кишки. Пульсоксиметр забезпечує миттєвий вимір насичення киснем тканин шляхом визначення кольору крові між джерелом світла і фотодетектором. По насиченню киснем стінки кишки можна опосередковано судити про її кровопостачання та життєздатність: чим вищі показники сатурації, тим більше кровопостачання тканин стінки кишки та менш виражені некротичні зміни, і навпаки. Після визначення меж життєздатності стінки тонкої кишки проводиться резекція в межах здорових тканин та накладається анастомоз кінець в кінець, привідна петля тонкої кишки висікається таким чином, щоб (див. фіг. 3) між осями О-О1, О2-О3, О4-О5, О6-О7 та лінією напрямку проходження травних мас верхній зріз утворив кут БАО3-45 градусів, нижній зріз утворив кут О1БА - 135 градусів, відвідна петля тонкої кишки висікається таким чином, щоб верхній зріз утворив кут О6ВГ - 135 градусів, нижній зріз утворив кут О4ГВ - 45 градусів, зрізи петель кишечника стикують та за допомогою дворядних швів зшивають, перевіряють прохідність анастомозу. Рана передньої черевної стінки пошарово зашивається, накладається асептична пов'язка.

Фіг. 1 - привідна петля тонкої кишки, 2 - відвідна петля тонкої кишки, 3 - накладений анастомоз кінець в кінець, що значно звужує просвіт кишки, перпендикулярно відносно напрямку проходження травних мас, 4 - напрям руху травних мас, 5 - бри-

(19) **UA** (11) **67570** (13) **U**

жа тонкого кишечника, 6 - судини брижі тонкого кишечника.

Фіг. 2 - привідна петля тонкої кишки, 2 - відвідна петля тонкої кишки, 3 - накладений анастомоз кінець в кінець, перпендикулярно відносно напрямку проходження травних мас, 4 - напрям руху травних мас, 5 - брижа тонкого кишечника, 6 - судини брижі тонкого кишечника, 7 - патологічний процес тонкого кишечника.

Фіг. 3 - привідна петля тонкої кишки, 2 - відвідна петля тонкої кишки, 3 - накладений анастомоз кінець в кінець, скошено відносно напрямку проходження травних мас, 4 - напрям руху травних мас, 5 - брижа тонкого кишечника, 6 - судини брижі тонкого кишечника, О-О₁, О₂-О₃, О₄-О₅, О₆-О₇ - умовні лінії, які розміщені перпендикулярно відносно напрямку руху травних мас, позначені цифрою

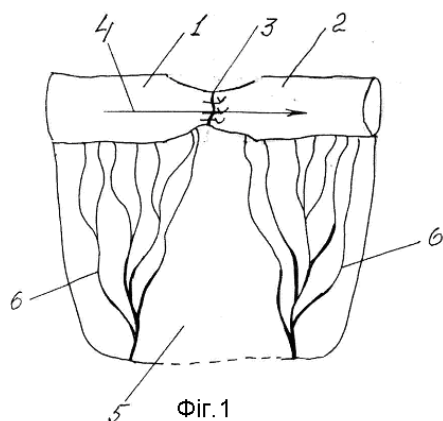
4 для визначення кутів висікання привідної петлі тонкої кишки, відвідної петлі тонкої кишки.

Фіг. 4 - привідна петля тонкої кишки, 2 - відвідна петля тонкої кишки, 4 - напрям руху травних мас, 5 - брижа тонкого кишечника, 6 - судини брижі тонкого кишечника, 8 - сформований косий анастомоз з накладеними серо-серозними швами.

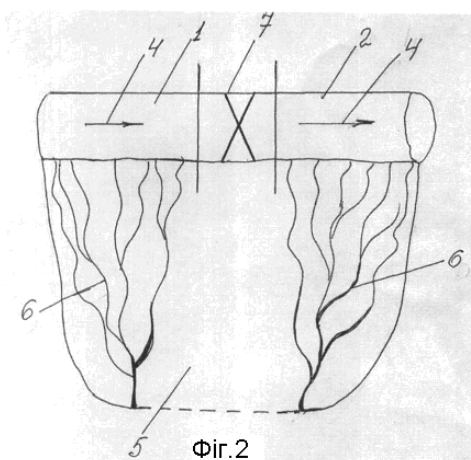
Таким чином, запропонований спосіб покращує проходження травних мас через анастомоз тому, що збільшується просвіт тонкокишкового анастомоза.

Джерело інформації:

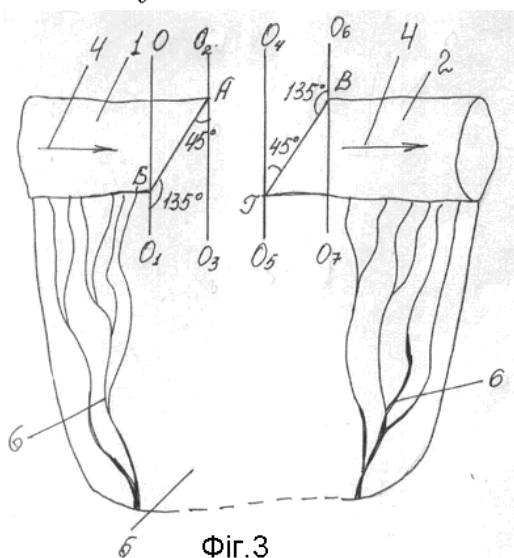
Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Гусак О.М. і інші Патент на корисну модель №53680. Спосіб визначення життєздатності кишки при динамічній тонкокишковій непрохідності 11.10.2010.



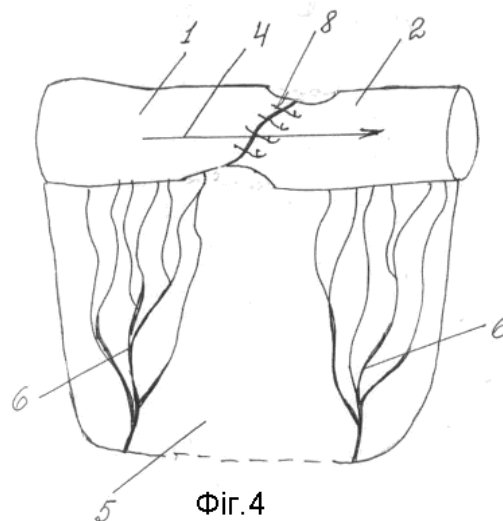
Фіг.1



Фіг.2



Фіг.3



Фіг.4