



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 45939

(13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ПРОТИСТЕНОТИЧНОГО КІНЦЕ-КІНЦЕВОГО АНАСТОМОЗУ НА ТРУБЧАСТИХ ОРГАНАХ ТРАВНОГО ТРАКТУ

1

2

(21) 2002010562

(22) 22 01 2002

(24) 15 04 2002

(46) 15 04 2002, Бюл. № 4, 2002 р.

(72) Василенко Леонід Іванович, Епіфанцев Олександр Анатолійович, Гринцов Олександр Григорович, Буценко Валентин Миколаєвич, Корнієнко Олексій Михайлович, Куницький Юрій Леонідович, Якубенко Едуард Валентинович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб формування протистенотичного кінце-кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту, що включає видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа з висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів з наступним суміщенням їх дворядним швом, який відрізняється тим, що виконують додаткове S-подібне взаємоконгруентне висічення торцевих країв анастомозуючих органів після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа

Винахід відноситься до медицини, а саме, хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування захворювань шлунково-кишкового тракту при резекціях трубчастих органів.

Відомо спосіб формування кінце - кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту [1 Войленко В.Н. і др. Атлас операцій на передній брюшній стенці і органах брюшної порожнини - М. Медицина, 1965 - С.302-307], шляхом пересічення трубчастого органа, видалення патологічно зміненої ділянки з наступним суміщенням країв анастомозуючих органів двошрядним швом.

Недоліком відомого способу є те, що по лінії двошрядного шва можливе виникнення звуження анастомозу внаслідок запалення, набряка на ділянці лінії швів з наступним рубцьовим звуженням анастомозу. Найбільш близьким по суті заявленому способу є спосіб формування анастомозу кишечника [2 Василенко Л.І. і соавт. Спосіб формування анастомоза кишечника А.с. №1162408 (СССР) М.Кл. А 61 17/00-Заявка №2880022/28-13// Бюл. изобрет., 1985-№23 -С.9] що включає видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа з вуговим висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів та наступним суміщенням їх двошрядним швом.

Недоліком відомого способу є те, що можливе виникнення звуження та стенозу анастомозу, зумовленого запаленням та набряком на ділянці лінії двошрядного тканинкового шва, внаслідок протистоння всередину - просвітнього інвагінуючого тка-

никового валика, що приводить до евакуаційних порушень ділянки анастомозу.

В основу винаходу поставлена задача створити спосіб формування протистенотичного кінце - кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту шляхом додаткового S- подібного взаємоконгруентного висічення торцевих країв стінок анастомозуючих органів з наступним S- подібним всередину про світним зміщенням інвагінуючого заглибленого валика лінії швів після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа, що дає можливість збільшити периметр формуємого анастомозу та попередити стенозування анастомозу, що ліквідує евакуаційні порушення в зоні анастомозу.

Поставлена задача досягається тим, що у способі формування протистенотичного кінце - кінцевого анастомозу на трубчастих органах травного тракту, що включає видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа з висіченням торцевих країв стінок анастомозуючих органів з наступним суміщенням їх двошрядним швом який включає висічення торцевих країв стінок анастомозуючих органів з послідовним з'єднанням їх двошрядним швом, згідно винаходу, здійснюють додаткове S- подібне взаємоконгруентне висічення торцевих країв анастомозуючих органів після видалення патологічно зміненої ділянки трубчастого органа.

Заявляємий спосіб пояснюється малюнком, на котрім показана зона анастомозу (Мал. А Вид

(13) A

(11) 45939

(19) UA

торцевих країв стінок тонкої кишки після S- подібного взаємо конгруентного висічення торцевих країв анастомозуючих органів Мал В Загальний вид протистенотичного кінце - кінцевого анастомозу на тонкій кишці з S- подібним внутрішньопросвітним зміщенням інвапнучого валику лінії двохрядного шва у виді цифри "8" (вісім)

Спосіб здійснюють слідуючим чином Виконують лапаротомію, видаляють патологічно змінену ділянку трубчастого органу (наприклад, кишки) Здійснюють додаткове S- подібне взаємо конгруентного висічення торцевих країв передньої та задньої стінок кожного із анастомозуючих органів за допомогою ножниць Купера і анатомічних пінцетів за S- подібною лінією Фіксують края стінок анастомозуючих органів в поперечному напрямі і формують анастомоз двохрядним швом по загальноприйнятій методиці При такому S- подібному висіченні торцевих країв передньої та задньої стінок анастомозуючих органів відбувається не тільки збільшення просвіта форміруемого співустя в рахунок збільшення периметру зшиваємих стінок органів ,а й профілактика звуження просвіта форміруемого співустя в рахунок внутрішньопросвітнього S- подібного зміщення заглибного внутрішньопросвітнього валика двохрядного шва у виді цифри "8"(вісім) Таке S- подібне зміщення лінії двохрядного внутрішньопросвітнього заглибного шва попереджує протистояння лінії шва, чим попереджує звуження форміруемого співустя ,що підтверджено результатами проведених нами експериментальних та клінічних досліджень, виконаних на 10 собаках та 23 хворих при трубчастих резекціях шлунку (12 хворих) і при резекціях тонкої кишки (11 хворих)

Проведеними дослідженнями встановлено збільшення просвіта форміруемого анастомозу в рахунок збільшення його периметру, а середньому, на 2,1-2,5 см, що становить 28-35% (в порівнянні з вихідним станом) з S- подібним зміщенням внутрішньопросвітнього тканинкового валика лінії двохрядного заглибного шва передньої та задньої губ анастомозу

Проведені ендоскопічні дослідження (фіброгастроудоденоскопія) та рентгенологічне вивчення евакуаційної функції шлункової кукси та пасажа бар'єрої рідини по кишечнику виявили гарне проходження з формованих протистенотичних анастомозів Випадків анастомозиту та недостатності швів з формованого анастомозу в післяопераційному періоді не виявлено, що підтверджує функційну надійність з формованих анастомозів по удосконаленому нами способу

Приклад 1 Хворий К віком 36 р оперований в хірургічному відділенні ЦМЛ №1 м. Маківки 16.01.98 р (хірург Василенко ЛІ) з приводу травматичного ушкодження тонкої кишки, внаслідок тупого пошкодження живота Виконано видалення патологічного зміненої ділянки тонкої кишки та з формований протистенотичний кінце - кінцевий анастомоз з S- подібним висіченням торцевих анастомозуючих країв кишки В післяопераційному періоді евакуаційних порушень кишечнику не виявлено У хворого скарг не було Виписаний з відділення без ускладнень у доброму стані

Приклад 2 Хворий С, 43 років, оперований в

хірургічному відділенні МКЛ № 16 м. Донецька 27.09.99 р з приводу защемленої правосторонньої пахвинної грижі Виконано видалення защемленої, патологічно зміненої ділянки клубової кишки з формуванням проти стінок етичного кінце - кінцевого анастомозу з S- подібним висіченням торцевих країв анастомозуючих стінок клубової кишки (хірург О.А.Епіфанцев) Пасаж бар'єрої рідини по кишечнику в післяопераційному періоді виявив добре проходження кишкового вмісту через з формований протистенотичний анастомоз Евакуаційних порушень не відмічено Виписаний з стаціонару у доброму стані

Приклад 3 Хворий Б, водій за спеціальністю, оперований в екстреному порядку по санації хірургом з Донецького обласного центру екстреної медичної допомоги (д.м.н. ЛІ Василенко) 18.07.2001 р в хірургічному відділенні ЦМЛ м. Добропілля в тяжкому стані на висоті рецидивної профузної шлункової кровотечі з хронічної кальлозної пенетрувальної виразки шлунку з припаду виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки Проведена трубчаста резекція дистальної 1/2 шлунку з видаленням хронічної кальлозної виразки з кровотечею середньої третини тіла шлунку по малій кривизні розміром до 1,5 см у діаметрі та хронічної виразки передньої стінки дванадцятипалої кишки розміром до 0,8 см у діаметрі з формуванням прямого кінце - кінцевого протистенотичного гастродуоденоанастомозу з S- подібним висіченням країв стінок анастомозуючих органів Хворий успішно переніс оперативне втручання Виписаний без ускладнень із стаціонару в задовільному стані через 14 днів після операції Моторно-евакуаційних порушень в післяопераційному періоді не відмічено Хворий обстежений ендоскопічно через 4 місяці після операції просвіт перотистенотичного гастродуоденоанастомозу анастомозу овальної форми без ознак запалення, деформації, звуження та рубцьового стенозування Хворий набрав у віці 6 кг, скарг з боку здоров'я не має Результат операції розцінений як відмінний

Переваги заявленого способу операції полягають в попередженні звуження просвіта анастомозуємих трубчастих органів шлунково-кишкового тракту та профілактиці розвитку евакуаційних порушень в післяопераційному періоді в рахунок збільшення просвіта форміруемого співустя, в середньому, на 28-35% за його периметром в порівнянні з вихідним станом, та S- подібним зміщенням внутрішньопросвітнього заглибного тканинкового валика лінії двохрядного шва передньої та задньої губи анастомозу по зігнутій лінії зхожі на цифру "8" (вісім)

Проведені ендоскопічні дослідження (фіброгастроудоденоскопія) та рентгенологічне вивчення евакуаційної функції шлункової кукси з пасажом бар'єрої рідини по кишечнику підтвердили добру та надійну прохідність з формованих протистенотичних гастродуодено - і між кишкових анастомозів без розвитку випадків порушень кровопостачання та недостатності швів з формованих протистенотичних анастомозів в післяопераційному періоді, що підтверджує їх функційну надійність

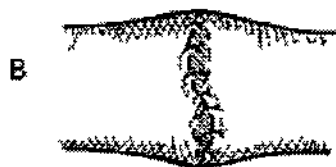
Успішне експериментально-клінічне випробу-

вання заявленого способу формування потищено-тичного співустя дозволяє рекомендувати цей вид втручання до застосування в хірургічній практиці міських, районних і клінічних лікарень та спеціалізованих хірургічних гастроентерологічних відділень

Джерела інформації, прийняті до уваги

1 Войленко В Н и др Атлас операций на передней брюшной стенке и органах брюшной полости -М Медицина,1965 -С 302-307

2 Василенко Л И и соавт Способ формирования анастомоза кишечника А с №1162408 (СССР) МКИ А 61 17/00 -Заявка №2880022/28-13// Бюл изобрет , 1985



Фиг.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71