



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38444 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ

(21) 2000073943

(22) 04.07.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Гольмамедов Фарман Ібрагімович, Полунін
Герман Євгенович, Гольмамедов Полад фармано-
вич, карпенко юрій володимирович(73) Донецький державний медичний університет
ім.М.Горького(57) Спосіб формування анастомозу, що містить
мобілізацію і видалення ураженої кишки, мобіліза-
цію підвідного і відвідного кінців кишки на ділянці
довжиною 4-5 см, накладення першого ряду серо-

зно-м'язових швів на рівні брижі, формування дру-
гого ряду анастомозу кетгуттовим швом, утягування
привідного відрізка кишки в дистальний відрізок на
4-5 см, завершення формування анастомозу на рі-
вні збереженої брижі серозно-м'язовими швами,
який **відрізняється** тим, що при неспівпаданні ді-
аметрів відрізків кишки, що зшиваються, ділянку
кишки більшого діаметра не залучену до анасто-
мозу, перетинають під кутом, відносно лінії другого
ряду швів анастомозу, причому величина кута за-
лежить від довжини утягуваного привідного відріз-
ка кишки, після чого зміцнюють передню стінку
анастомозу шляхом фіксації до нього ушитої, не
залученої в анастомоз ділянки кишки.

Винахід належить до медицини, а саме до аб-
домінальної хірургії і може бути використаний у
разі операцій на кишечнику.

Відомий спосіб формування анастомозу [1], за
якого стінки кишки розтинають через всі шари в
місці формування анастомозу і безперервним кет-
гуттовим швом зшивають краї розітнутих петель
через всі шари. Однак, при виконанні цього спосо-
бу у разі неспівпадання діаметра відтинків кишки,
що зшиваються, існує висока ймовірність механіч-
ного звуження діаметра співустья.

Відомий спосіб формування анастомозу [2],
коли при неспівпаданні калібрів кінців кишки співу-
стю надають вигляду ракети, рукоятка якої заши-
вається окремо і занурюється потім у кисет. Однак
інвагінація ділянки кишки, не залученої до анасто-
мозу, до її просвіту, торкаючись анастомозу, може
спричинити його часткове звуження.

Відомий спосіб взято як прототип [3], за якого
мобілізацію і видалення ураженої кишки проводять
за загальноприйнятою методикою. Кінці приводної
і відвідної кишок заздалегідь мобілізують на ділян-
ці довжиною 4-5 см. Накладають перший ряд се-
розно-м'язових швів на рівні брижі. Другим рядом
кетгуттових швів формують анастомоз, одночасно
розтинаючи задню губу в подовжньому напрямі на
відстані 1-1,5 см. Анастомоз утягують в дисталь-
ний відрізок на 4-5 см. На рівні збереженої брижі
серозно-м'язовими швами закінчують формування
анастомозу. Однак утягування привідного відрізка
кишки в просвіт кишки дистальніше анастомозу

деформує лінію резекції і може стати причиною
звуження просвіту співустья.

В основу винаходу поставлено завдання удо-
сконалити спосіб формування анастомозу, в якому
при значному (більш ніж в 2 рази) неспівпаданні
діаметрів відрізків кишки, що зшиваються, забез-
печується достатня проходимість співустья, у разі
ушиття ділянки кишки більшого діаметра, яка не
входить в стінку анастомозу, а так же забезпечу-
ється додаткове зміцнення передньої стінки ана-
стомозу.

Поставлене завдання вирішується завдяки
тому, що в способі формування анастомозу, що
містить мобілізацію і видалення ураженої кишки,
мобілізацію підвідного і відвідного кінців кишки на
ділянці довжиною 4-5 см, накладення першого ря-
ду серозно-м'язових швів на рівні брижі, форму-
вання другого ряду анастомозу кетгуттовим швом,
утягування привідного відрізка кишки в дистальний
відрізок на 4-5 см, завершення формування ана-
стомозу на рівні збереженої брижі серозно-
м'язовими швами, згідно з винаходом при неспів-
паданні діаметрів відрізків кишки, що зшиваються,
ділянку кишки більшого діаметра не залучену до
анастомозу, перетинають під кутом, відносно лінії
другого ряду швів анастомозу, причому величина
кута залежить від довжини утягуваного привідного
відрізка кишки, після чого зміцнюють передню стін-
ку анастомозу шляхом фіксації до нього ушитої, не
залученої в анастомоз ділянки кишки.

Спосіб цей пояснюється малюнками.

(19) UA (11) 38444 (13) A

Спосіб здійснюється таким чином: мобілізують необхідну для видалення ураженої ділянку кишки. Перетинають відрізки кишки на межах мобілізації в поперечному напрямі, а не залучену до анастомозу ділянку кишки більшого діаметра (1) - під кутом відносно лінії другого ряду швів анастомозу (2), причому величина кута залежить від довжини втягнутого привідного відрізка кишки (в), який дорівнює довжині відступу (а) по краю резекції кишки більшого діаметра. (Фіг. 1). Ушивають не залучену до стінки анастомозу ділянку кишки більшого діаметра двошрядним швом. Проводять мобілізацію привідного і відвідного кінців кишки на ділянці довжиною 4-5 см, накладають перший ряд серозно-м'язових швів на рівні брижі, формують другий ряд анастомозу кетгуттовим швом, втягують привідний відрізок кишки в дистальний відрізок на 4-5 см, завершують формування анастомозу на рівні збереженої брижі серозно-м'язовими швами. (Фіг. 2). Зміцнюють передню стінку анастомозу, фіксуючи до нього ушиту, не залучену в анастомоз, ділянку кишки більшого діаметра. (Фіг. 3).

Наводимо конкретний приклад здійснення способу. Хворий К., 45 років, надійшов зі скаргами на штучно сформовані нориці на передньо-черевній стінці. У 1996 році його прооперовано за місцем проживання в ургентному порядку з приводу кишкової непрохідності (виписки не представлено), зроблено сигмостомію. У 1998 році прооперований з приводу перфорації низхідного відділу ободової кишки (причина у виписці не вказується) перитоніту, виконано лапаротомію, цекостомію, ушито перфорацію. Є інвалідом 1 групи з причини шизофренії. На момент надходження загальний стан хворого задовільний. Доступний продуктивному контакту. Правильної статури, звичайного харчування. Шкіра і видимі слизові звичайного забарвлення. Периферичні л/вузли не збільшені. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні. Пульс 78/хв., АТ=120/80 мм. рт. ст. Язик вологий. Живіт симетричний, не роздутий, в правій здухвинній ділянці - колостома, перифокального набряку немає, слизова кишки рожева блискуча, стома функціонує, є випадання стінки здухвинної кишки через цекостому 3 ст., до 20-25 см. У лівій мезогастральній ділянці сигмостома, остання не функціонує, є тенденція до її рубцювання. Живіт пальпаторно - м'який, безболісний. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка і селезінка не збільшені. Сечовипускання не порушене, с-м Пастернацького негативний з обох боків. Дані додаткового обстеження: Аналіз крові: Hb-129 г/л, Ер-4,1 Т/л, Л-3,8 г/л, ШОЕ-21 мм/год. з-2, п-7 з-50, л-36, м-5. ЦП-0,9. Загальний білок-69 г/л, Цукор крові-5,5 ммоль/л, сечовина-6,3 ммоль/л, загальний білірубін-11,5 мкмоль/л. Гр. крові - 0(I) Rh+. Аналіз сечі: Пітوما вага - 1010, реакція - слабо кисла, білків - немає, цукор - немає, епітелій - невелика кількість, лейкоцити 10-12 в п/з. ЕКГ: синусова брадикардія, нормальне положення ЕОС, порушення провідності в системі правої кишки п. Гісса. RRS: до 22 см. Слизова прямої кишки рожева, блискуча, судинний малюнок виражений. Стінки кишки перебувають у спалому стані, просвіт вільно розширюється при інсуфляції повітрям. Додаткових утворень не виявлено. Ірригоскопія: через велику кількість газу і кишковий вміст у просвіті кишки вдається заповни-

ти лише дистальні її відділи. Контрастовані відрізки товстої кишки збільшені в об'ємі. Діагноз: мега-долихоколон. 15.12.98 р. хворого прооперовано. Внаслідок ревізії черевної порожнини виявлено, що ободова кишка подовжена, різко збільшена в діаметрі, стінки її стоншені. У просвіті її є калові камені, діаметром до 20 см. При ревізії так само встановлено відсутність стомованої сигмовидної кишки (таким чином, причиною перфорації товстої кишки в травні 1998 року став відрив сигмостоми з боку черевної порожнини, а причиною кишкової непрохідності два роки тому - наявність гігантських калових каменів, як наслідок основної патології). Зроблено мобілізацію товстої кишки на всій довжині до рівня ректо-сигмоїдного відділу, ширина якого склала біля 16 см. (с+d), а також мобілізацію термінального відділу здухвинної кишки, ширина якого склала біля 4,5 см. (d). Відрізки кишки перетнені на межах мобілізації в поперечному напрямі, а не залучена до анастомозу ділянка кишки більшого діаметра - під кутом до лінії другого ряду швів анастомозу. (Фіг. 1).

Щоб знайти величину кута (α), необхідно скористатися визначенням тангенса. При цьому довжина сторони (с) дорівнюватиме різниці між шириною кишки більшого діаметра і шириною привідного відрізка кишки.

$$c=16-4,5=11,5.$$

$$\operatorname{tg} \alpha = \frac{a}{c} = \frac{5}{11,5} = 0,4348$$

$\angle \alpha$ визначають за таблицею Брадїса.

Ушито не залучену в стінку анастомозу ділянку кишки більшого діаметра дворядним швом. Зроблено мобілізацію привідного і відвідного кінців кишки на ділянці довжиною 5 см (в), сформовано перший ряд серозно-м'язових швів на рівні брижі, сформовано другий ряд анастомозу кетгуттовим швом, утягнуто привідний відрізок кишки в дистальний відрізок на 5 см, завершено формування анастомозу на рівні збереженої брижі серозно-м'язовими швами. (Фіг. 2). Передня стінка анастомозу закріплена шляхом фіксації до неї не залученої в анастомоз ушитої ділянки кишки більшого діаметра. (Фіг. 3). Черевна порожнина дренована, ушита шар за шаром. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Виписаний в задовільному стані. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягненням, шви знято. Випорожнення регулярне, самостійне 1-2 рази на добу.

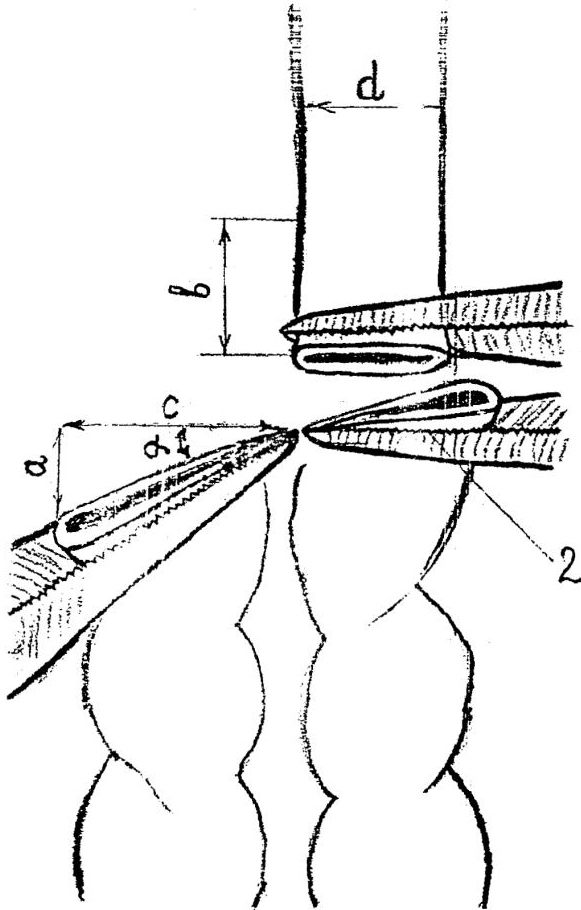
Переваги цього способу технічна простота виконання без застосування спеціальної апаратури, високої вартості; можливість створення анастомозу при неспівпаданні діаметрів відрізків кишки, що зшиваються, при цьому необов'язково визначати величину кута резекції кишки більшого діаметра (наведений вище приклад взято як зразок), що перетинається, досить відступити краєм затискача по бічній поверхні на відстань, рівну довжині втягнутого привідного відрізка кишки; мінімальна можливість розвитку післяопераційних ускладнень (неспроможність анастомозу, виникнення абсцесів черевної порожнини) за рахунок зміцнення передньої стінки анастомозу, все це сприяє скороченню терміну перебування хворого в стаціонарі, зменшенню витрат на лікування.

Джерела інформації, що бралися до уваги:

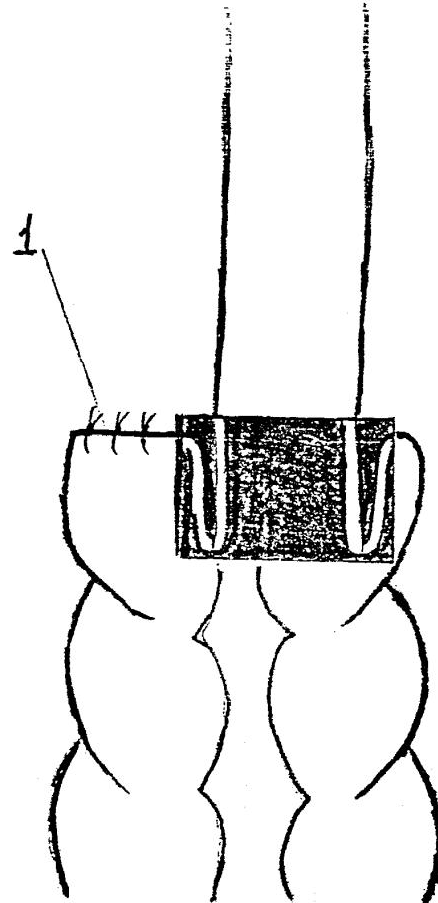
1. М.Г. Шевчук, С.Н. Генук, В.П. Хохля, С.Н. Панченко "Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии". - К.: Здоров'я - 1988. - С. 38-39.

2. П. Симич "Хирургия кишечника". Мед. издательство - Бухарест - 1979. С. 340-343.

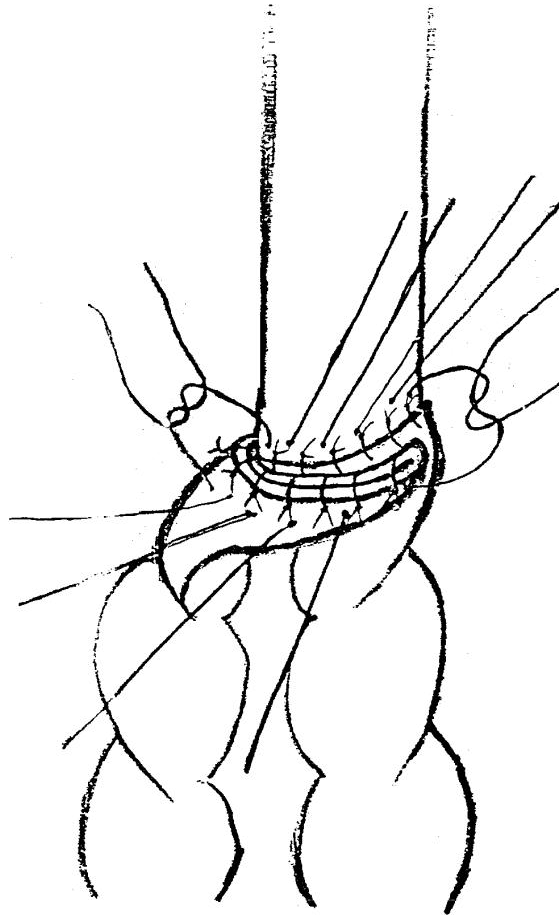
3. АС. № 1034718 Бондарь Г.В., Кравцова В.Н. "Способ формирования толсто-толстокишечного анастомоза". А 61 В 17/00. - 1983 г.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фіг. 3

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
 (044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
 Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
 (044) 268-25-22
