



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38445 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ КІНЕЦЬ В КІНЕЦЬ

(21) 2000073944

(22) 04.07.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагимович, Полунін Герман Євгенович, Гюльмамедов Полад Фарманович, Карпенко Юрій Володимирович

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

(57) Спосіб формування анастомозу кінець в кінець, що містить мобілізацію і видалення ураженої

кишки, мобілізацію підвідного і відвідного кінців кишки на ділянці довжиною 4-5 см., накладення першого ряду серозно-м'язових швів на рівні брижі, формування другого ряду анастомозу кетгутовим швом, утягування привідного відрізка кишки в дистальний відрізок на 4-5 см., завершення формування анастомозу на рівні збереженої брижі серозно-м'язовими швами, який відрізняється тим, що ділянку кишки більшого діаметра не залучену до анастомозу зміцнюють, фіксуючи її до бокової стінки привідного відрізка кишки.

Винахід належить до медицини, а саме до абдомінальної 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 кетгутовим швом зшивають краї розітнутих петель через всі шари. Однак, при виконанні цього способу у разі неспівпадання діаметра відтинків кишки, що зшиваються, існує висока імовірність механічного звуження діаметра співустья.

Відомий спосіб формування анастомозу [2], коли при неспівпаданні калібрів кінців кишки співустью надають вигляду ракети, рукоятка якої зашивається окремо і занурюється потім у кисет. Однак інвагінація ділянки кишки, не залученої до анастомозу, 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 привідної і відвідної кишок заздалегідь мобілізують на ділянці довжиною 4-5 см. Накладають перший ряд серозно-м'язових швів на рівні брижі. Другим рядом кетгутових швів формують анастомоз, одночасно розтинаючи задню губу в подовжньому напрямі протягом 1-1,5 см. Анастомоз утягують в дистальний 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 удосконалити спосіб формування анастомозу, в якому при неспівпаданні діаметрів відрізків кишки, що зшиваються, забезпечується зниження імовірності неспроможності швів ушитої стінки кишки яка не входить в стінку анастомозу.

Поставлене завдання вирішується завдяки тому, що в способі формування анастомозу кінець в кінець, що містить мобілізацію і видалення ураженої кишки, мобілізацію привідного і відвідного кінців кишки на ділянці довжиною 4-5 см., накладення першого ряду серозно-м'язових швів на рівні брижі, формування другого ряду анастомозу кетгутовим швом, утягування привідного відрізка кишки в дистальний відрізок на 4-5 см., завершення формування анастомозу на рівні збереженої брижі серозно-м'язовими швами, згідно з винаходом при неспівпаданні діаметрів відрізків кишки, що зшиваються, ділянку кишки більшого діаметра не залучену до анастомозу, зміцнюють, фіксуючи її до бокової стінки привідного відрізка кишки.

Спосіб, що заявляється, пояснюється малюнками.

Спосіб здійснюється таким чином: мобілізують необхідну для видалення уражену ділянку кишки. Перетинають відрізки кишки на межах мобілізації, в поперечному напрямі (Фіг. 1). Ушивають не залучену до стінки анастомозу ділянку кишки більшого діаметра дворядним швом. Проводять мобілізацію привідного і відвідного кінців кишки на діля-

(13) A

(11) 38445

(19) UA

нці 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 ту, що не залучена до анастомозу, ділянку кишки більшого діаметра, фіксуючи її до бокової стінки привідного відрізка кишки. (Фіг. 3).

Наводимо конкретний приклад здійснення способу. Хвора С., 22 років, надійшла зі скаргами на відсутність самостійних позивів до дефекації, періодичне здуття і болі в нижніх відділах живота. 6 жовтня 1998 року прооперована за місцем проживання з приводу завороту сигмовидної кишки. До операції хвору непокоїли періодичні запори, до лікарів не зверталася, оправлялася за допомогою клізм, проносних засобів, дотримання дієти. На момент госпіталізації: загальний стан хворої задовільний. Хвора правильної статури, кістково-м'язова система без патології. Шкірні покриви і видимі слизові звичайного кольору, язик вологий. Периферичні л/вузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця чіткі, ритмічні, пульс 78/хв., АТ 120/80 мм. рт. ст. Живіт симетричний, помірно роздутий, пальпаторно - м'який, помірно болючий по ходу товстої кишки, більше в лівій мезогастральній ділянці. Перитоніальних симптомів немає. Товста кишка роздута, заповнена каловими масами. Печінка і селезінка не збільшені, сечовипускання не порушене, с-м Пастернацького негативний з обох боків. Аналіз крові: Нb - 111 г/л, Ер-3,6 Т/л, Л-3,5 г/л, ШОЕ-15 мм/ч. е-О, п-9, с-69, л-20, м-2. КП-0,9. Загальний білок - 67 г/л, цукор крові - 4,1 ммоль/л, сечовина - 7,4 ммоль/л, загальний білірубін - 11,5 мкмоль/л. Гр. крові - Об(І) Rh+. Аналіз сечі: питома вага - 1005, реакція - сл. кисла, білків - немає, цукор - немає, епітелій - помірна кількість, лейкоцити 3-4 в п/зору, ер. - ед. в п/зору. ЕКГ: ритм синусовий, горизонтальне положення ЄОС. RRS: до 22 см. Слизова прямої кишки рожева, блискуча, судинний малюнок виражений. Стінки кишки в спалому стані, просвіт вільно розширюється при інсуфляції повітрям. Додаткових утворень не виявлено. Ірригоскопія: товста кишка по усій довжині великою кількістю газу, збільшена в об'ємі. При введенні КМ per rectum вдається заповнити лише дистальні відділи кишки. Сигмовидна кишка має додаткову петлю. Висновки: мегадолихоколон. 24.11.98 року хвору прооперовано. Внаслідок ревізії черевної порожнини виявлено, що ободова кишка подовжена, різко збільшена в діаметрі, стінки її стоншені. Брижі інфільтрована. Зроблено мобілізацію товстої кишки по усій довжині до рівня ректо-сигмоїдного відділу,

ширина якого склала біля 10 см., а так само мобілізація термінального відділу здухвинної кишки, ширина якого склала близько 4,5 см. Відрізки кишки перетинаються на межах мобілізації, в поперечному напрямі (Фіг. 1). Ушито не залучену в стінку анастомозу ділянку кишки більшого діаметра дворядним швом. Зроблено мобілізацію привідного і відповідного кінців кишки на довжині 5 см. (в), сформовано перший ряд серозно-м'язових швів на рівні брижі, сформовано другий ряд анастомозу кетгуттовим швом, утягнуто привідний відрізок кишки, у дистальний відрізок на 5 см., завершено формування анастомозу на рівні збереженої брижі серозно-м'язовими швами. (Фіг. 2). Ділянку кишки більшого діаметра, що не увійшла в стінку анастомозу фіксували до бокової стінки привідного відрізка кишки, окремими швами (Фіг. 3). Черевну порожнину дренировано шар за шаром, ушито. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Хвора отримувала знеболюючі засоби, інфузійну, антибактерійну, симптоматичну терапію, їй робили перев'язки. Проведено гемотрансфузію в об'ємі 520 мл. однокрупної крові. Ускладнень не було. Гістологічна відповідь № 44871-80. Слизова оболонка на усій довжині атрофована, м'язова оболонка в місці ділятки кишки значно гіпертрофована, з боку серози - помірна лейкоцитарна інфільтрація. Виписана в задовільному стані. Післяопераційна рана загоїлася первинним натягненням, шви знято. Випорожнення регулярне, самостійне 1-2 рази на добу.

Переваги способу: технічна простота виконання без застосування спеціальної апаратури високої вартості; можливість створення анастомозу при неспівпаданні діаметрів відрізків кишки, що зшиваються, мінімальна імовірність розвитку післяопераційних ускладнень (неспроможність анастомозу, виникнення абсцесів черевної порожнини), за рахунок додаткового зміцнення ділянки кишки більшого діаметра, що не входить в анастомоз, сприяє скороченню термінів перебування хворого в стаціонарі, зменшенню витрат на лікування.

Джерела інформації, що бралися до уваги:

1. М.Г. Шевчук, С.Н. Генчик, В.П. Хохля, С.Н. Панченко "Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии". Киев. "Здоров'я" - 1988. - С. 38-39.
2. П. Симич "Хирургия кишечника". Мед. издательство - Бухарест - 1979. С. 340-343.
3. А. С. № 1034718 Бондарь Г.В., Кравцова В.Н. "Способ формирования толсто-толстокишечного анастомоза". А 61 В 17/00. - 1983г.

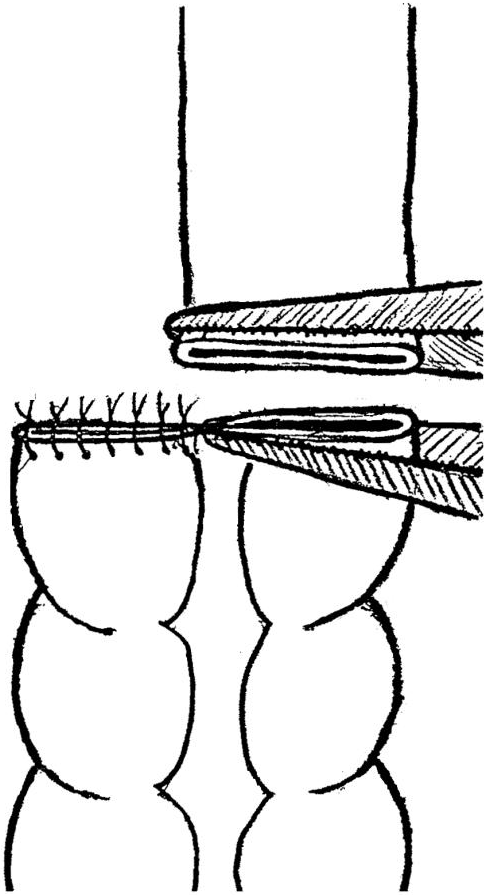


Fig. 1

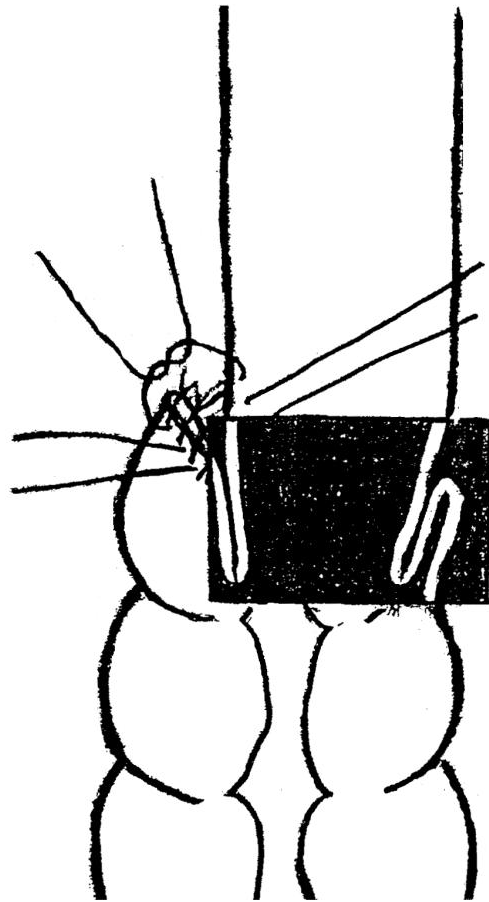
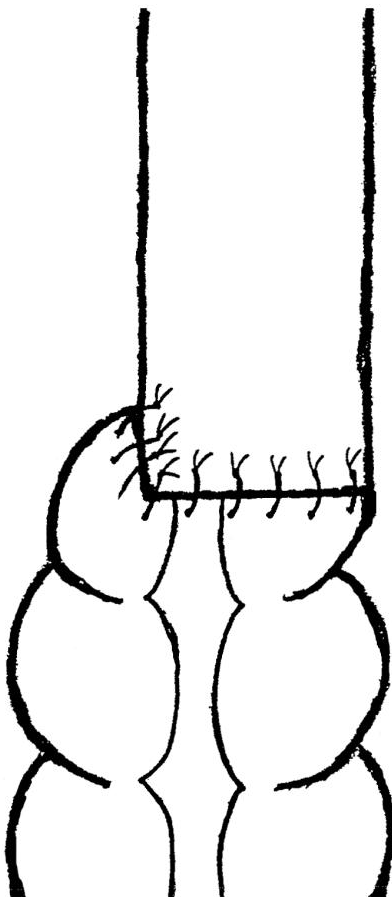


Fig. 2



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
