



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40970 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ МІЖКИШКОВОГО СПОЛУЧЕННЯ

(21) 2000127179

(22) 13.12.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Гуц Сергій Володимирович, Бойко Валерій  
Володимирович, Гуц Володимир Тимофійович,  
Горбенко Володимир Миколайович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ(57) Спосіб формування міжкишкового сполучення,  
який включає скелетизування кінців кишок, їх  
зіставлення та зшивання, який **відрізняється** тим,  
що скелетизують ділянку 2,5-3 см, на відповідному  
кінці кишки по границі скелетизованого краю

накладають передню, задню і бокові лігатури, в привідний кінець кишки заводять зонд, після чого цю ділянку кишки прошивають безперервно по її краю з зав'язуванням лігатури на введеному зонді наглухо, а дистальний кінець зонду проводять у відвідну ділянку кишки, виводять через анальне кільце за допомогою зажиму або під контролем пальця і фіксують до шкіри, при цьому перший ряд сіросерозних швів накладають при заведенні привідної ділянки кишки у відвідну ділянку глибиною не менше ніж 1 см, другий - при подальшому заведенні, на глибини в 2 рази більшою від першого ряду, кількістю не менше 4-х і із раніше накладеної лігатури.

Вінахід відноситься до медицини, а саме до хірургії шлунково-кишкового тракту і може бути використаним для формування товстокишкового анастомозу.

Накладення анастомозу між двома ділянками шлунково-кишкового тракту – часте хірургічне втручання. Після резекції поновлення безперервності травлення може бути досягнуто слідуючими шляхами: зшиванням двох ділянок шлунково-кишкового тракту "кінець в кінець", "бік в бік", "кінець в бік" (Оперативная хирургия /Под ред. И. Литтмана. – Будапешт: Из-во Академии наук Венгрии. – 1981. – С. 404–409).

Відомо, що найбільш фізіологічним є анастомоз "кінець в кінець", так як він бездоганно поповнює безперервність травлення і при цьому не виникає сліпого кармана, який є загрозливим ускладненням при виконанні інших видів анастомозів. Правильно накладений анастомоз "кінець в кінець" на кінці нормальної ширини після поперечної резекції забезпечує достатній просвіт і не перешкоджає прохідності цієї кишки.

Анастомоз виконують слідуючим чином. Кінці кишок скелетизують на 1 см від краю і зіставляють так, щоб вільна від серозної оболонки ділянка приходилась на середину заднього ряду швів. Зіставлені кінці кишки зшивають спочатку заднім вузловатим серозним швом, який накладають в 2–3 мм від краю кишки, потім накладають задній наскрізний ряд швів, затим передній наскрізний ряд швів.

Завершається накладання анастомозу "кінець в кінець" переднім вузловатим серозним рядом швів (див. там же).

Основним недоліком відомих способів формування міжкишкового сполучення є загроза неспроможності анастомозу та післяопераційного зрощення кишок.

З цим недоліком борються різними способами, основними з яких є розширення просвіту за рахунок косою відсікання патологічно зміненої ділянки, виконання більш довшого розрізу на антимезентеріальному боці і скруглення країв розрізу або закриття отвору на брижійці сіросерозними швами таким чином, щоб травмований край брижейки був занурений в глибину, а серозні поверхні зіставлені одна з одною.

Відомий також спосіб формування міжкишкового сполучення, який включає скелетизування ділянок кишок, що зіставляються, їх зіставлення "кінець в кінець", накладення декількох рядів швів, а також розташування поряд із швами дренажної трубки, яка виводиться через окремий отвір в черевній стінці. Після операції цю трубку коротко обрізають, або підключають до відсосу. Дренажна трубка служить захисним засобом анастомозу (Оперативная хирургия /Под ред. И. Литтмана. – Будапешт: Из-во Академ. наук Венгрии. – 1981. – С. 576).

Даний спосіб формування міжкишкового сполучення є найбільш близьким по технічній суті і

результаті, який може бути одержаним, до того, що заявляється, тому його обрано за прототип.

Але не один з вищеперерахованих способів профілактики післяопераційної неспроможності анастомозу та зрощення кишок повністю не задовольняє хірургів.

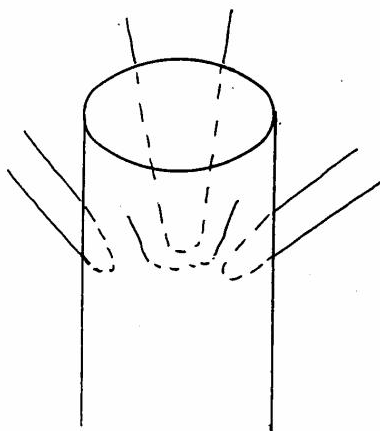
У зв'язку з вищевикладеним в основу винаходу покладено задачу підвищення надійності формування міжкишкового сполучення.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі формування міжкишкового сполучення, який включає скелетизування кінців кишок, їх зіставлення та зшивання, згідно з винаходом, скелетизують ділянку 2,5–3 см, на відповідному кінці кишки по границі скелетизованого краю накладають передню, задню і бокові лігатури, в привідний кінець кишки заводять зонд, після чого цю ділянку кишки прошивають безперервно по її краю з зав'язуванням лігатури на введеному зонді напнухо, а дистальний кінець зонду проводять у відповідну ділянку кишки, виводять через анальне кільце за допомогою зажиму, або під контролем пальця і фіксують до шкіри, при цьому перший ряд сіро-серозних швів накладають при заведенні привідної ділянки кишки у відповідну ділянку глибиною не менше чим 1 см, другий – при подальшому заведенні на глибині в 2 рази більшою від першого ряду, кількістю не менше 4-х і з раніше накладеної лігатури.

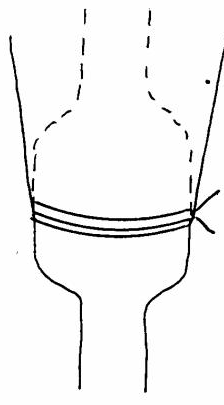
Підвищення надійності формування міжкишкового сполучення досягається за рахунок введення зонда, що дозволяє, по-перше, попередити виникнення рубцевих структур анастомоза, а по-друге, чітко та атравматично виконати інвагінацію ділянки відповідної кишки. Підвищення надійності сполучення досягається також за рахунок накладення ряду сіро-серозних швів, що попереджує в подальшому дезінвагінацію цієї ділянки.

Спосіб виконують наступним чином.

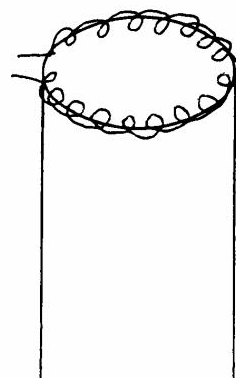
Після мобілізації і резекції uszkodженої ділянки кишківника, виконують скелетизування ділянок привідної і відповідної кишки на відстані 2,5–3 см від краю. На відповідній ділянці кишки накладають по нижній границі її скелетизованого краю не менше чотирьох підтримуючих лігатур: передню, задню і дві бокових (див. фіг. 1 – етап I). Через привідну ділянку кишки заводять зонд (див. фіг. 2 – етап II).



Фіг. 1



Фіг. 2



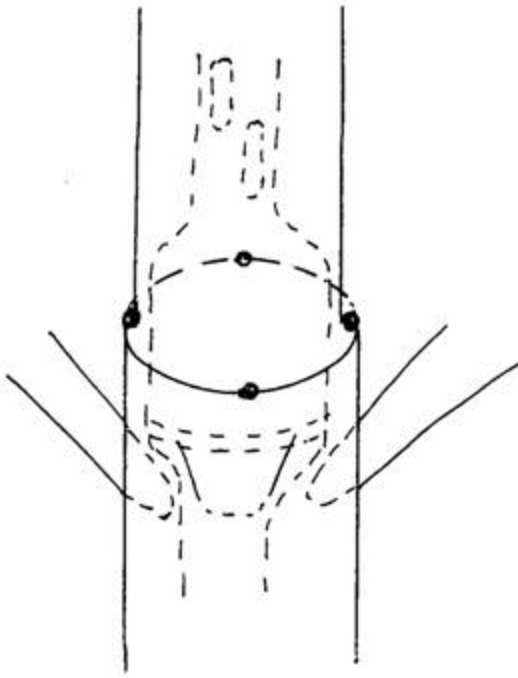
Фіг. 3

Скелетизовану ділянку привідної кишки прошивають безперервно по її краю і зав'язують на зонді, який введено, напнухо (див. фіг. 3 – етап III). Дистальний кінець зонду проводять у відповідну ділянку кишки і виводять через анальне кільце за допомогою зажиму або під контролем пальця. Перший ряд швів (сіро-серозних) накладають при заведенні привідної ділянки кишки у відповідну на глибину біля 1 см (див. фіг. 4 – етап IV). Потім при проведенні зонду перший ряд швів замиблюють у відповідну ділянку, внаслідок чого виникає ввернення (інвагінація) стінки відповідної ділянки кишки приблизно на 2 см усередину (див. фіг. 5 – етап V). Другий ряд швів у кількості не менше 4-х (при необхідності кількість швів може бути збільшеною) формується із раніше накладених підтримуючих лігатур. В залежності від рівня накладення анастомозу, анастомоз може мати як ретроперитоніальне розташування, так і знаходитись безпосередньо в черевній порожнині. Зовні зонд фіксують до шкіри лігатурою. Через 6–8 діб зона фіксації зонду до кишки некротизується і відривається. Після відсікання фіксації до шкіри, зонд самостійно виходить із просвіту кишки.

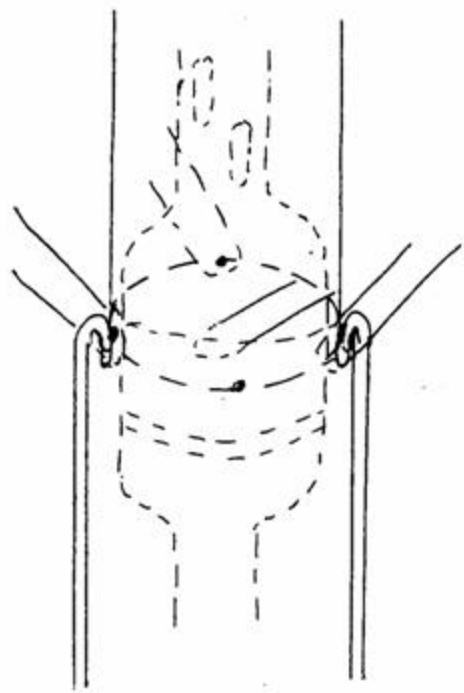
Проводимо клінічний приклад використання способу, що заявляється:

Хворий Б., 50 років, госпіталізований в клініку з діагнозом колоректального раку з частковою кишковою обтураційною непрохідністю. Хворого прооперовано в плановому порядку з виконанням резекції uszkodженої ділянки товстого кишківника і формуванням товстокишкового анастомозу "кінець в кінець". При цьому формування анастомозу виконували за допомогою зонду відповідно до формули заявленого винаходу. Зонд самостійно вийшов на 7-му добу. Не зважаючи на явища непрохідності до операції, білковий дефіцит та інше, анастомоз проявив себе як спроможний. Хворий був виписаний у задовільному стані на 15 добу після операції.

На базі абдомінального відділення ХОКОД виконано 19 оперативних втручань з використанням способу формування товстокишкового анастомозу у хворих з колоректальним раком, що заявляється. При цьому рак був ускладненим непрохідністю різного ступеня. Ні у одного хворого не виявлено випадку неспроможності анастомозу, або утворення рубцевих стриктур.



**Fig. 4**



**Fig. 5**

---

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»  
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101  
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

---

