



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **76782** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 09148	(72) Винахідник(и): Маслов Ярослав Якович (UA), Бондарєв Ростислав Валентинович (UA)
(22) Дата подання заявки: 25.07.2012	(73) Власник(и): Маслов Ярослав Якович, пр. Леніна, 9, кв. 14, м. Алчевськ, Луганська обл., 94204 (UA), Бондарєв Ростислав Валентинович, вул. Коцюбинського, 12, кв. 36, м. Луганськ, 91055 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.01.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.01.2013, Бюл.№ 1	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ЕНТЕРО-ЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ

(57) Реферат:

Спосіб формування ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту включає видалення явного некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному і 15-20 см в дистальному напрямках, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу. Визначають морфологічні показники резектованих ділянок стінки кишки, в зоні передбачуваного ентеро-ентероанастомозу, при питомому об'ємі судин мікрогемоциркуляторного русла (МГЦР) - $0,04578 \pm 0,0217$, запального інфільтрату поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) - $26,14 \pm 1,16$ %, вогнищ некрозу - $0,0247 \pm 0,0135$ кишка діагностується життєздатною і формується ентеро-ентероанастомоз, при МГЦР - $0,5323 \pm 0,0154$, ПМЯЛ - $32,13 \pm 2,67$ %, вогнищ некрозу - $0,0363 \pm 0,0157$ ділянка кишки діагностується нежиттєздатною і здійснюється додатково її видалення, в проксимальному напрямі на 10 см або дистальному - на 5 см, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу.

UA 76782 U

Корисна модель належить до медицини, а точніше до хірургії, і може бути використана при формуванні ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту.

Відомий спосіб формування ентеро-ентероанастомозу, що включає перед формуванням ентеро-ентероанастомозу видалення явного некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному напрямі і 15-20 см в дистальному напрямі (Ерьюхин І.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. - СПб.: Питер, 1999. - С. 448).

Спосіб формування ентеро-ентероанастомозу з попереднім видаленням явного некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному напрямі і 15-20 см в дистальному напрямі є найбільш близьким аналогом.

Недоліком аналога є низька інформативність методу визначення меж життєздатності кишки для визначення рівня видалення нежиттєздатної ділянки кишки в проксимальному і дистальному напрямках від явного некрозу кишки перед формуванням ентеро-ентероанастомозу, що супроводжується значним числом неспроможності швів сформованого ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки такого способу формування ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту, який за визначенням найбільш інформативних показників і їх межами числових значень, визначуваними при морфометричному дослідженні стінки кишки, забезпечить підвищення точності визначення життєздатності ділянки кишки і тим самим визначить рівень видалення нежиттєздатної ділянки кишки в проксимальному і дистальному напрямі від явного некрозу кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту, який включає видалення явного некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному і 15-20 см в дистальному напрямках, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу, згідно з корисною моделлю, визначають морфологічні показники резектованих ділянок стінки кишки, в зоні передбачуваного ентеро-ентероанастомозу, при питомому об'ємі судин мікрогемоциркуляторного русла (МГЦР) - $0,04578 \pm 0,0217$, запального інфільтрату поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) - $26,14 \pm 1,16$ %, вогнищ некрозу - $0,0247 \pm 0,0135$ кишка діагностується життєздатною і формується ентеро-ентероанастомоз, при МГЦР - $0,5323 \pm 0,0154$, ПМЯЛ - $32,13 \pm 2,67$ %, вогнищ некрозу - $0,0363 \pm 0,0157$ ділянка кишки діагностується нежиттєздатною і здійснюється додатково її видалення, в проксимальному напрямі на 10 см або дистальному - на 5 см, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу.

Значення визначуваних морфологічних показників стінки кишки, таких як питомий об'єм судин МГЦР, запального інфільтрату ПМЯЛ, вогнищ некрозу, є самими інформативними і об'єктивно визначають міру вираженості запального процесу, вогнищ некрозу, порушення мікроциркуляції в стінці тонкої кишки, що дозволяє визначити межу її життєздатної ділянки на найбільш точному рівні, видалити нежиттєздатну ділянку кишки і сформувати ентеро-ентероанастомоз в умовах перитоніту.

Спосіб виконується таким чином. Після аспірації перитонеального ексудату і визначенні рівня явного некрозу кишки здійснюють видалення ділянки некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному і 15-20 см в дистальному напрямках. Після цього виконують огорожу резектованих ділянок тонкої кишки в зоні передбачуваного анастомозу для морфологічного дослідження. При отриманих морфологічних параметрах МГЦР - $0,04578 \pm 0,0217$, ПМЯЛ - $26,14 \pm 1,16$ %, вогнищ некрозу - $0,0247 \pm 0,0135$ (сприятливі показники) ділянка кишки розцінюється життєздатною і формується ентеро-ентероанастомоз. При МГЦР - $0,5323 \pm 0,0154$, ПМЯЛ - $32,13 \pm 2,67$ %, вогнищ некрозу - $0,0363 \pm 0,0157$ діагностується ділянка кишки нежиттєздатною, у зв'язку з чим, якщо це в проксимальному напрямі, то додатково проводять видалення кишки на 10 см; при необхідності видаляти дистально - на 5 см. Після додаткового видалення необхідної ділянки (чи ділянок) кишки повторно здійснюють морфологічне дослідження шматочків кишки в зоні передбачуваного анастомозу. При отриманні сприятливих показників МГЦР, ПМЯЛ, вогнищ некрозу формується ентеро-ентероанастомоз, інакше знову проводять додаткове видалення кишки, якщо це проксимальна ділянка - на 10 см, якщо дистальна - 5 см, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу.

Запропонований спосіб був застосований у 8 хворих з розлитим перитонітом, з яких у 6 хворих після видалення ділянки некрозу кишки, 40-30 см привідного і 15-20 см відвідного відділів кишки отримані морфометричні показники стінки кишки в зоні формування ентеро-ентероанастомозу були сприятливі, у зв'язку з чим анастомоз був сформований. У 2-х випадках із-за отриманих несприятливих морфометричних показників кишка додатково видалялася в

проксимальному напрямі на 10 см, в дистальному - на 5 см. Повторно отримані морфологічні показники тканини кишки були сприятливі, проведено накладення анастомозу.

5 Неспроможність швів анастомозу виникла у 1 пацієнта, тоді як в групі з 8 хворих, де формування ентеро-ентероанастомозу проводилося за способом аналога, неспроможність швів анастомозу виникла в 2 випадках.

10 Таким чином, запропонований спосіб формування ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту дозволяє найбільш інформативно діагностувати життєздатну ділянку кишки, тим самим на найбільш точному рівні видаляти нежиттєздатну ділянку кишки і формувати в цьому місці ентеро-ентероанастомоз, що зменшує кількість неспроможності швів анастомозу в 2 рази.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб формування ентеро-ентероанастомозу в умовах перитоніту, що включає видалення явного некрозу кишки, 30-40 см макроскопічно незміненого відділу кишки в проксимальному і 15-20 см в дистальному напрямі, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу, який **відрізняється** тим, що визначають морфологічні показники резектованих ділянок стінки кишки, в зоні передбачуваного ентеро-ентероанастомозу, при питомому об'ємі судин мікрогемодиалізуючого русла (МГЦР) - $0,04578 \pm 0,0217$, запального інфільтрату поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) - $26,14 \pm 1,16$ %, вогнищ некрозу - $0,0247 \pm 0,0135$ кишка
20 діагностується життєздатною і формується ентеро-ентероанастомоз, при МГЦР - $0,5323 \pm 0,0154$, ПМЯЛ - $32,13 \pm 2,67$ %, вогнищ некрозу - $0,0363 \pm 0,0157$ ділянка кишки діагностується нежиттєздатною і здійснюється додатково її видалення, в проксимальному напрямі на 10 см або дистальному - на 5 см, з подальшим формуванням ентеро-ентероанастомозу.

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601