



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **77629** (13) **U**
(51) МПК
A61B 1/313 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

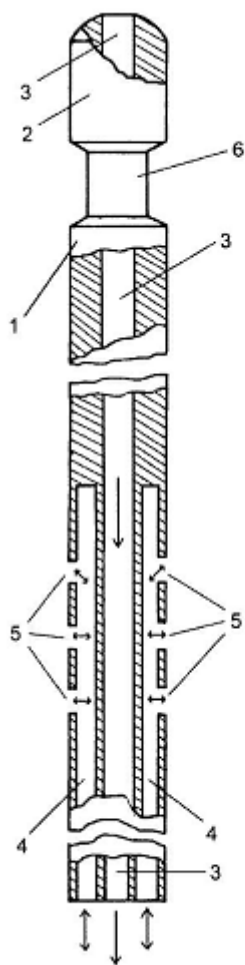
(21) Номер заявки: u 2012 08458	(72) Винахідник(и): Журило Іван Петрович (UA), Фоменко Сергій Олексійович (UA), Черкун Олексій Вікторович (UA), Літовка Валерій Константинович (UA)
(22) Дата подання заявки: 09.07.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2013, Бюл.№ 4	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ЕЗОФАГО-ЕЗОФАГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб формування езофаго-езофаго анастомозу включає задньобоківу торакотомію справа, екстраплевральний доступ до межистіння, перев'язку і перетин нижньої трахеостравохідної нориці, виділення і мобілізацію атрезованих відрізків стравоходу, розтин просвіту верхнього сегмента, проведення зонда через рот у шлунок, зшивання відрізків стравоходу на зонді. Після мобілізації відрізків стравоходу накладають лігатуру навколо орального відрізка стравоходу в проекції поглиблення на пристрої. Пересікають кінцеву ділянку орального відрізка стравоходу, зіставляють відрізки стравоходу, зшивають відрізки стравоходу, знімають лігатуру з орального відрізка стравоходу і просувають зонд в дистальному напрямку, щоб зовнішні отвори пристінкового каналу відповідали зоні анастомозу. В зовнішню канюлю пристінкового каналу зонда вводять барвник і контролюють спроможність швів анастомозу.

UA 77629 U



Спосіб відносять до галузі медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаним у новонароджених дітей з атрезією стравоходу.

Відомий спосіб формування стравохідно-стравохідного анастомозу, взятий за прототип (1). Спосіб полягає в правій задньобоківій торакотомії, екстраплевральному доступі до межостіння, перев'язці і перетині нижньої трахеостравохідної нориці, виділення та мобілізації атрезованих відрізків стравоходу, розтині просвіту верхнього сегмента, проведенні зонда через рот у шлунок, зшиванні відрізків стравоходу на зонді.

Але використання даного способу супроводжується труднощами при зіставленні відрізків стравоходу та накладенні швів. Також даний спосіб не дозволяє інтраопераційно контролювати спроможність швів анастомозу.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу накладення езофаго-езофаго анастомозу, який забезпечить надійну фіксацію орального відрізка стравоходу при його пластиці, контроль спроможності анастомозу за допомогою гідралічної проби з барвним феноменом.

Спосіб здійснюється таким чином. Після забезпечення оперативного доступу до заднього межостіння і мобілізації відрізків стравоходу, через рот в проксимальну частину стравоходу вводять пристрій для накладання езофаго-езофаго анастомозу аж до зони атрезії. Для фіксації пристрою до стравоходу на ньому зав'язують лігатуру таким чином, щоб її розташування відповідало поглибленню на пристрої 6 (див. кресл). Таким чином, після пересічення кінцевої ділянки атрезованого стравоходу, останній залишається фіксованим до зонда, що істотно полегшує процес зведення відрізків і накладення швів анастомозу. Після закінчення основного етапу операції фіксуючу лігатуру видаляють і пристрій проводять у шлунок на таку глибину, щоб отвори пристінкового каналу 5 були розташовані на рівні зони анастомозу. Потім в канюлю пристінкового каналу 4 вводять барвник для візуального контролю спроможності лінії швів. У разі проникнення барвника між швами, здійснюють ушивання проблемних ділянок до повної герметичності. Пристрій залишають в шлунку. З метою декомпресії зони анастомозу канюлю пристінкового каналу 4 відкривають і залишають відкритою аж до видалення пристрою на 9-14 добу після втручання. Через основний канал пристрою 3 в шлунок пацієнта вводять рідину і харчування.

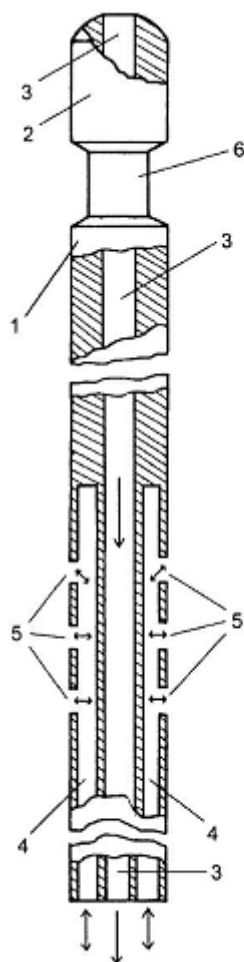
Переваги способу накладення езофаго-езофаго анастомозу із застосуванням пристрою для його здійснення полягають у наступному. При накладенні лігатури навколо орального відрізка стравоходу в проекції поглиблення на пристрої 6 істотно полегшується процес співставлення відрізків стравоходу і накладання швів. Наявність додаткового пристінкового каналу 4 з бічними отворами 5 дозволяє прицільно проконтролювати спроможність анастомозу за допомогою гідралічної проби з барвним феноменом, а також здійснювати перманентну декомпресію зони анастомозу в післяопераційному періоді. Через кілька діб після втручання можливе одномоментне проведення зондового харчування пацієнта через центральний канал пристрою 3.

Джерело інформації:

1. Баїров Г.А., Дорошевский Ю.Л., Немілова Т.К. Атлас операцій у новонароджених. -Л.: Медицина, 1984. - С. 22-25.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування езофаго-езофаго анастомозу, який включає задньобоківу торакотомію справа, екстраплевральний доступ до межостіння, перев'язку і перетин нижньої трахеостравохідної нориці, виділення і мобілізацію атрезованих відрізків стравоходу, розтин просвіту верхнього сегмента, проведення зонда через рот у шлунок, зшивання відрізків стравоходу на зонді, який **відрізняється** тим, що після мобілізації відрізків стравоходу накладають лігатуру навколо орального відрізка стравоходу в проекції поглиблення на пристрою, пересікають кінцеву ділянку орального відрізка стравоходу, зіставляють відрізки стравоходу, зшивають відрізки стравоходу, знімають лігатуру з орального відрізка стравоходу і просувають зонд в дистальному напрямку, щоб зовнішні отвори пристінкового каналу відповідали зоні анастомозу, в зовнішню канюлю пристінкового каналу зонда вводять барвник і контролюють спроможність швів анастомозу.



Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

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