



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **88732** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 13320	(72) Винахідник(и): Гривенко Сергій Геннадійович (UA), Резанов Павло Олексійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.11.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.03.2014	(73) Власник(и): Гривенко Сергій Геннадійович, вул. Лексіна, 48, кв. 20, м. Сімферополь, АР Крим, 95051 (UA), Резанов Павло Олексійович, вул. Свободна, 3, кв. 46, м. Сімферополь, 95050 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.03.2014, Бюл.№ 6	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ

(57) Реферат:

Спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті включає зшивання відрізків кишки із з'єднанням однорідних тканин. Формують однорядний вузловий серозно-м'язовий шов вузликами досередини на задній губі та назовні на передній губі. При цьому відстань між окремими швами становить 6-7 мм, а глибина захоплення країв тканини - не більше 3,5-4 мм.

UA 88732 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для створення шлунково-кишкових анастомозів, анастомозів на тонкому і товстому кишечнику.

За прототип вибрано спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті [Патент №40059 UA. МПК А61В17/00. Спосіб формироваия межкишечного анастомоза / Гусак В.К., Мининашвили О.И. и соавт.; Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, - Заявка № 99095195. - Заявл.21.09.1999.- Опубл. 15.08.2001. - Бюл.№6. - 6 с.], який включає зшивання відрізків кишки із з'єднанням однорідних тканин: для чого заздалегідь видаляють серозно-м'язовий *покров впродовж* 1-1,5 см з одного відрізка кишки і відсікають на

такій же відстані слизово-підслизову оболонку з іншого відрізка кишки.

Недоліком відомого способу є недостатня лікувальна ефективність та висока травматичність, що пов'язана з необхідністю додаткового препарування стінки кишки, а це сприяє порушенню мікроциркуляції в зоні сполучення, що є передумовою найбільш грізного ускладнення - недостатності кишкового шва.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення відомого способу шляхом

застосування однорядного вузлового серозно-м'язового шва при створенні шлунково-кишкового і міжкишкового сполучення на тонкому і товстому кишечнику.

Поставлена задача вирішується тим, що у запропонованому способі формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті шляхом зшивання відрізків кишечника із з'єднанням однорідних тканин, згідно з корисною моделлю, формують однорядний вузловий серозно-

м'язовий шов вузликками досередини на задній губі та назовні на передній губі, причому відстань між окремими швами становить 6-7 мм, а глибина захоплення країв тканини - не більше 3,5-4 мм.

Ознаками, які співпадають з суттєвими ознаками корисної моделі, що заявляється, є зшивання відрізків кишечника із з'єднанням однорідних тканин.

Технічним результатом корисної моделі є підвищення ефективності оперативних втручань на шлунково-кишковому тракті, за рахунок зниження травматичності та часу проведення самої операції, що сприяє сприятливому перебігу процесів репарації у зоні анастомозу.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом простежується наступний: використання запропонованої техніки формування

анастомозу на шлунково-кишковому тракті дозволяє шляхом найменшої травматизації тканин досягнути мінімального розвитку запальної реакції в зоні тканин, що зшиваються, і створити умови для ранньої репарації, а отже і зниженню кількості можливих післяопераційних ускладнень з боку анастомозу.

Спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті полягає у наступному.

При формуванні анастомозу типу "бік в бік" дві петлі кишки розташовують поруч. У протибрижових краях електрокоагулятором розсікають серозно-м'язову оболонку без розтину просвітів. Накладають шов на привідну та відвідну петлі кишки в одному з кутів анастомозу і зав'язують вузол. Після цього накладають задню губу анастомозу, формуючи однорядні вузлові серозно-м'язові шви вузликками досередини, причому відстань між окремими швами становить 6-7 мм, а глибина захоплення країв тканини - не більше 3,5-4 мм. Зав'язування вузлів проводять з силою до зіткнення країв ділянок, що анастомозуються. Після накладення задньої губи анастомозу розкривають просвіт привідної та відвідної петель кишки. Продовжують накладення анастомозу з прошиванням передньої губи, формуючи однорядні вузлові серозно-м'язові шви вузликками назовні, причому відстань між окремими швами та глибина захоплення країв тканини аналогічна, як і на задній губі. У випадках діастазу слизової оболонки по лінії анастомозу при формуванні однорядного шва торцевий край слизової зводиться кількома вузловими швами, так щоб лінія анастомозу була прикрита слизовою. Після накладення всього анастомозу останній шов накладається "за" або впритул до першого і зав'язується другий вузол, розташований зовні.

Відомості, що підтверджують застосування способу.

Запропонований *спосіб* ілюструється наступним клінічним прикладом. Хворий Т., 40 років (медична карта №10267), госпіталізований у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ 15.11.10 р. в ургентному порядку з діагнозом: гострий апендицит, у зв'язку з чим хворому проведено екстрене оперативне втручання. Інтраопераційно діагностовано, що зміни хробакоподібного паростка вторинні, тому після проведення апендектомії проведено ревізію термінального відділу тонкої кишки, під час якої діагностовано гострий дивертикуліт Меккеля. Спроба дивертикулектомії визнана неспроможною, так як призводила до звуження просвіту кишки, що могло призвести до кишкової непрохідності у післяопераційному періоді. В зв'язку з цим проведено резекцію сегмента тонкої кишки. На користь останнього також свідчила інфільтрація стінок кишки біля основи дивертикула. Тонко-тонкокишковий анастомоз сформовано по типу "бік в бік" за запропонованим способом. Тривалість операції - 2 години 45

хвилин. Післяопераційний період протікав гладко, без ускладнень. Шкірні шви видалено на 8 добу - рана загоюється первинним натягом, та 30.11.10 р. хворий у задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування. Оглянутий через 1 рік після операції, скарг не виказує, диспепсичних явищ не має.

- 5 Запропонований спосіб є мало травматичним, простим та надійним і виключає недоліки прототипу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 Спосіб формування анастомозу на шлунково-кишковому тракті, що включає зшивання відрізків кишки із з'єднанням однорідних тканин, який **відрізняється** тим, що формують однорядний вузловий серозно-м'язовий шов вузликами досередини на задній губі та назовні на передній губі, причому відстань між окремими швами становить 6-7 мм, а глибина захоплення країв тканини - не більше 3,5-4 мм.

15

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

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