



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90650** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 13385	(72) Винахідник(и): Борота Олександр Васильович (UA), Совпель Олег Володимирович (UA), Кухто Олексій Павлович (UA), Чихрадзе Олександр Костянтинович (UA), Базіян-Кухто Наіра Каренівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 18.11.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2014, Бюл.№ 11	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

(57) Реферат:

Спосіб формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка, що включає поздовжнє розсічення тонкої кишки, накладання швів між куксою шлунка і кишки, причому розсічення кишки виконують за протибрижовим краєм, куксу шлунка при накладанні анастомозу розташовують паралельно до розрізу кишки, а після накладання анастомозу виконують перитонізацію кукси шлунка привідною петлею порожньої кишки.

U
UA 90650

Спосіб належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використаний при лікуванні виразкової хвороби шлунка і пухлинах антрального відділу шлунка.

Відомий спосіб формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка [1], який включає мобілізацію петлі тонкої кишки, розсічення зв'язки Грейтца, антиперистальтичне розташування кишки у верхній третині передньої стінки куksi шлунка, ушивання шлунка і тонкої кишки, виконання поздовжнього розрізу в стінці шлунка та стінці кишки на 2-3 см, створення шлунково-кишкового анастомозу "кінець у бік".

Основні недоліки цього способу: при створенні шлунково-кишкового анастомозу "кінець у бік" висока ймовірність неспроможності швів останнього через недостатню перитонізацію куksi малої кривизни шлунка.

Відомий спосіб формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка [2], взятий як прототип, який включає мобілізацію петлі тонкої кишки, розсічення зв'язки Грейтца, антиперистальтичне розташування кишки верхньої третини передньої стінки куksi шлунка, ушивання шлунка і тонкої кишки, виконання поперечного розрізу в стінці шлунка, поздовжнього на 2-3 см у стінці кишки, створення шлунково-кишкового анастомозу "бік у бік".

До істотних недоліків прототипу належить те, що при даному способі є ймовірність неспроможності швів куksi малої кривизни шлунка і гастроентероанастомозу.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка, в якому досягається зменшення числа випадків неспроможності швів малої кривизни шлунка, що веде до скорочення числа ускладнень в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка, який включає поздовжнє розсічення тонкої кишки, накладання швів між куksю шлунка і кишки, згідно з корисною моделлю, розсічення кишки виконують за протибрижовим краєм, куksу шлунка при накладанні анастомозу розташовують паралельно до розрізу кишки, а після накладання анастомозу виконується перитонізація куksi шлунка привідною петлею порожньої кишки.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після резекції шлунка при формуванні гастроентероанастомозу проводять поздовжнє розсічення тонкої кишки, накладання швів між куksю шлунка і кишки, розсічення кишки виконують за протибрижовим краєм, куksу шлунка при накладанні анастомозу розташовують паралельно до розрізу кишки, а після накладання анастомозу виконують перитонізацію куksi шлунка привідною петлею порожньої кишки.

Приклад. Хвора Р., 52 років, госпіталізована в клініку з діагнозом Са тіла шлунка cancer in situ, 1 ст, 2 кл. гр. Мала скарги на дискомфорт в епігастральній ділянці і загальну слабкість. Хворій виконана фіброгастродуоденоскопія, за результатами якої у хворої мали місце поліпи антрального відділу шлунка. Взята біопсія - високодиференційована аденокарцинома. Виконана КТ органів черевної порожнини: КТ-ознаки неопластичного ураження антрального відділу шлунка по малій кривизні.

Хворій виконана резекція шлунка, формування меж кишкового співустя за Брауном, дренажування черевної порожнини.

На 11-ту добу в задовільному стані хвора була виписана з відділення для амбулаторного лікування за місцем проживання.

Спосіб, що заявляється, забезпечує зменшення кількості випадків неспроможності швів малої кривизни шлунка, зменшує кількість ускладнень у післяопераційному періоді.

Запропонований спосіб технічно простий і доступний, не збільшує тривалість оперативного втручання. Апробація способу в умовах клініки підтвердила його високу фективність, простоту і надійність.

Джерела інформації:

1. UA, Патент 2160055, МПК А61В17/00. Спосіб формування шлунково-кишкового анастомозу / Бушуєв В.В., Комарів Н.В., Лобанов Г.В. [та ін]; заявник і патентовласник Бушуєв В.В. - 97110959/14; заявл. 02.07.1997; опубл. від 10.12.2000.

2. SU, Патент 1777836, МПК А61В17/00. Спосіб формування гастроентероанастомоза при резекції шлунка / Лохвицький С.В., Салехов С.А.; заявник і патентовласник: Лохвицький С.В. - 4847367; заявл. 09.07.1990; опубл. 30.11.1992.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування гастроентероанастомозу при резекції шлунка, що включає поздовжнє розсічення тонкої кишки, накладання швів між куksю шлунка і кишки, який **відрізняється** тим, що розсічення кишки виконують за протибрижовим краєм, куksу

шлунка при накладанні анастомозу розташовують паралельно до розрізу кишки, а після накладання анастомозу виконують перитонізацію кукси шлунка привідною петлею порожньої кишки.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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