



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **94752** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 07290	(72) Винахідник(и): Гриченко Сергій Геннадійович (UA), Резанов Павло Олексійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 27.06.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.11.2014	(73) Власник(и): Гриченко Сергій Геннадійович, вул. Бережанська, 55, кв. 22, м. Тернопіль, 46027 (UA), Резанов Павло Олексійович, вул. Свободна, 3, кв. 46, м. Сімферополь, 95050 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.11.2014, Бюл.№ 22	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб формування білідигестивного анастомозу включає зшивання дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки із з'єднанням однорідних тканин за допомогою вузлових однорядних швів. Формують однорядний вузловий серозно-м'язовий шов вузликами досередини на задній губі та назовні на передній губі, причому відстань між окремими швами складає 5-6 мм, а глибина захвату країв тканини не більше 3,5 мм.

UA 94752 U

Корисна модель належить до області медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для створення біліодигестивних анастомозів.

За прототип вибрано спосіб формування біліодигестивного анастомозу [Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. Атлас операций на желчных путях. Учебное пособие. - Казань, 2000. - С. 22-24.], який включає зшивання дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки із з'єднанням однорідних тканин за допомогою вузлових однорядних швів.

Недоліком відомого способу є недостатня лікувальна ефективність та висока травматичність, що пов'язана з щільним (через 2 мм) накладанням швів, а це сприяє порушенню мікроциркуляції в зоні співустя, що є передумовою найбільш грізного ускладнення - недостатності швів анастомозу.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення відомого способу шляхом застосування особливої техніки однорядного вузлового серозно-м'язового шва при створенні біліодигестивного співустя.

Поставлена задача вирішується тим, що у запропонованому способі формування біліодигестивного анастомозу шляхом зшивання дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки із з'єднанням однорідних тканин за допомогою вузлових однорядних швів, згідно з корисною моделлю, формують однорядний вузловий серозно-м'язовий шов вузликами досередини на задній губі та назовні на передній губі, причому відстань між окремими швами складає 5-6 мм, а глибина захвату країв тканини не більше 3,5 мм.

Ознаками, які співпадають з суттєвими ознаками моделі, що заявляється, є зшивання дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки із з'єднанням однорідних тканин за допомогою вузлових однорядних швів.

Технічним результатом корисної моделі є підвищення ефективності оперативних втручань на жовчних шляхах, за рахунок зниження травматичності та часу проведення самої операції, що сприяє благоприємному перебігу процесів репарації у зоні анастомозу.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом простежується наступний: використання запропонованої техніки формування біліодигестивного анастомозу 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 біліодигестивного анастомозу полягає у наступному.

Після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером розкривають холедох поздовжнім розрізом по краю дванадцятипалої кишки. За методикою Юраша-Виноградова розріз дванадцятипалої кишки проводять у поперековому напрямку, за Фінстерером - у поздовжньому, по Флеркену - в поздовжньому та перпендикулярно розрізу на загальній жовчній протоці. Довжина розрізу дванадцятипалої кишки повинна бути менше довжини розрізу холедоха. Анастомоз довжиною 15-20 мм накладають атравматичною голкою. Задню губу анастомозу формують однорядними вузловими серозно-м'язевими швами вузликами досередини, при чому відстань між окремими швами складає 5-6 мм, а глибина захоплення країв тканини не більше 3,5 мм. Зав'язування вузлів проводять з силою до зіткнення країв ділянок, що анастомозуються. Після накладення задньої губи анастомозу продовжують накладення анастомозу з прошиванням передньої губи формуючи однорядні вузлові серозно-м'язові шви вузликами 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.

Відомості, що підтверджують застосування способу.

Запропонований спосіб ілюструється наступним клінічним прикладом. Хвора Б., 64 років (медична карта №2421), госпіталізована у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ 17.03.08 р. у плановому порядку з діагнозом: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз, механічна жовтяниця. Після до обстеження та проведення передопераційної підготовки 21.03.2008 р. хворій проведено оперативне втручання - лапаротомію, під час якої інтраопераційно діагностовано ЖКХ, холедохолітіаз, механічну жовтяницю, холангіт, перихоледохеальний лімфаденіт. У зв'язку з цим проведено холецистектомію та холедоходуоденостомію. Остання здійснена після мобілізації дванадцятипалої кишки за Кохером, після чого було розкрито холедох за Фінстерером у поздовжньому напрямку. Біліодигестивний анастомоз сформовано за запропонованим способом. Як шовний матеріал використано атравматичний шовний матеріал "Вікріл-3/0". Операцію закінчено дренажуванням черевної порожнини. Тривалість операції - 2 години 55 хвилин. Післяопераційний період протікав гладко. Дренаж видалено на 4 добу, а

шкірні шви видалено на 7-8 добу - рана загоюється первинним натягом. Проте післяопераційний період ускладнився загостренням хронічного пієлоциститу, у зв'язку з чим хвора була консультована урологом та проведений курс лікування уросептиками. 04.04.08 р. хвора у задовільному стані виписана на амбулаторне лікування. Оглянута через 3 та 6 місяців після операції, скарг не виказує, диспепсичних явищ не має.

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

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування білідигестивного анастомозу, який включає зшивання дванадцятипалої кишки та загальної жовчної протоки із з'єднанням однорідних тканин за допомогою вузлових однорядних швів, 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 складає 5-6 мм, а глибина захвату країв тканини не більше 3,5 мм.

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