



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82561** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

|   |  |
|---|--|
| (21) Номер заявки: <b>u 2013 03829</b>  | (72) Винахідник(и):<br><b>Ковальчук Леонід Якимович (UA),<br/>Білозецький Ігор Юрійович (UA),<br/>Мельник Орест Ігорович (UA)</b>                        |
| (22) Дата подання заявки: <b>28.03.2013</b>                                   | (73) Власник(и):<br><b>ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ<br/>МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я.<br/>ГОРБАЧЕВСЬКОГО,<br/>Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001 (UA)</b> |
| (24) Дата, з якої є чинними<br>права на корисну<br>модель: <b>12.08.2013</b>  |  |
| (46) Публікація відомостей<br>про видачу патенту: <b>12.08.2013, Бюл.№ 15</b> |  |

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОВСТО-ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

### (57) Реферат:

Спосіб формування товсто-товстокишкового анастомозу включає хірургічне з'єднання пересічних ділянок товстої кишки. Анастомоз між привідною та відвідною петлями формують під гострим кутом між ними за типом бік в кінець у вигляді термінолатерального товсто-товстокишкового анастомозу, для чого попередньо формують культю привідної кишки, а відвідну кишку зрізають під кутом 45 градусів від брижового краю кишечника, після чого формують анастомоз по тенія лібера привідної петлі окремими вузловими швами з відступом від краю культі привідної петлі на 2-3 см, причому перший ряд формують накладанням швів Матешука через всі шари привідної та відвідної кишок, а другий ряд - у вигляді окремих вузлових серо-серозних швів Ламбера.

UA 82561 U



Корисна модель належить до медицини, зокрема хірургії та онкології, і може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на рак товстої кишки, в тому числі ускладнений кишковою непрохідністю.

Відомий спосіб формування товсто-товстокишкового анастомозу, що полягає у хірургічному з'єднанні пересічених ділянок товстої кишки [1]. За відомим способом, анастомоз між пересіченими ділянками товстої кишки здійснюють за типом конфігурації кінець в кінець шляхом однорядного прошивання через всі стінки кишки з накладанням другого ряду окремих серо-серозних швів.

Недоліком відомого способу є недостатній рівень функціональної спроможності створеного товсто-товстокишкового анастомозу у випадках суттєвої різниці між діаметрами привідної і відвідної петель, наприклад, якщо діаметр привідної петлі значно більший за діаметр відвідної. Вказаний недолік набуває особливого значення за умов запалення та потовщення стінки привідної кишки, що підвищує ризик прорізання швів. Крім цього, через необхідність накладання значної кількості швів формування анастомозу за відомим способом вимагає значних затрат часу, що є обтяжливим при виконанні хірургічного втручання.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом зміни конфігурації анастомозу і технології його формування, спрямованих на оптимізацію його структурно-функціональних властивостей, досягають покращання перистальтики, а отже функції травлення у товстій кишці та на рівні шлунково-кишкового тракту як функціональної системи.

При вирішенні поставленої задачі було взято до уваги те, що евакуаторна функція кишки визначається рівнем природної узгодженості векторів пересування кишкового вмісту вздовж каналу кишки, що перистальтує. Тобто, оптимальність евакуаторної функції кишки досягається за умов мінімізації опору переміщенню кишкового вмісту. І навпаки, при довготривалому існуванні такого опору поступово нарастають явища застою вмісту в кишці з усіма негативними наслідками для організму. За цих умов, оптимальним рішенням усунення надмірного опору кишковому вмісту є зміна конфігурації анастомозу шляхом вибору оптимального кута сходження пересічених ділянок товстої кишки, а саме привідної і відвідної петель.

Беручи до уваги наведене, у відомому способі формування товсто-товстокишкового анастомозу, що полягає у хірургічному з'єднанні пересічених ділянок товстої кишки, згідно з корисною моделлю, анастомоз між привідною та відвідною петлями формують під гострим кутом між ними за типом бік в кінець у вигляді термінолатерального товсто-товстокишкового анастомозу, для чого попередньо формують культю привідної кишки, а відвідну кишку зрізають під кутом 45 градусів від брижового краю кишечника, після чого формують анастомоз по тені лібера привідної петлі окремими вузловими швами з відступом від краю культі привідної петлі на 2-3 см, причому перший ряд формують накладанням швів Матешука через всі шари привідної та відвідної кишок, а другий ряд - у вигляді окремих вузлових серо-серозних швів Ламбера.

Перелік фігур креслень.

Фіг. 1 Схема підготовки привідної петлі товстої кишки

Фіг. 2 Схема підготовки відвідної петлі товстої кишки

Фіг. 3 Сформований термінолатеральний товсто-товстокишковий анастомоз.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після виконання оперативного доступу, ревізії органів черевної порожнини та встановлення показів до резекції товстої кишки виконують видалення частини товстої кишки. Формують культю привідної кишки, попередньо звільнивши її від вмісту (фіг. 1) і готують до анастомозування відвідну петлю (фіг. 2). Зіставляють ділянки товстої кишки таким чином щоб кут між привідною та відвідною петлями становив 45 градусів. Відступивши 2-3 см від кінця сформованої культі привідної петлі прикладають зрізану під кутом 45 градусів відвідну петлю і відступивши 0,5-0,7 см від тені лібера привідної петлі окремими серо-серозними швами Ламбера накладають перший ряд задньої губи анастомозу таким чином щоб кут між привідною та відвідною петлями в ділянці культі оральної петлі становив 45 градусів. Після цього розсікають з гемостазом тені лібера привідної петлі товстої кишки через всі шари довжиною до 4-5 см, відступивши від першого ряду швів 0,5-0,7 см. Крайні нитки залишають як тримачі. Решту ниток зрізають. Далі накладають окремі серо-м'язеві шви Матешука на задню губу даного анастомозу. Крайні нитки залишають як тримачі. Решту ниток зрізають. Проводять формування передньої губи анастомозу окремими вузловими швами. Перший ряд формують окремими вузловими серо-м'язевими швами по Матешуку. Другий ряд серо-серозних швів Ламбера (фіг. 3). Анастомоз накладається атравматичними монофіламентними нитками. Черевну порожнину дрениують.

Враховуючи особливість формування відвідної петлі (зріз кишки під кутом 45 градусів від брижового краю), анастомоз теж сформовано під кутом 45 градусів по відношенню до осі привідної петлі в ділянці її культі, що сприяє більш фізіологічному просуванню калових мас по кишечнику та анастомозу, чим покращується перистальтика та функція травлення та попереджуються ускладнення. Приклад 1.

Приклади.

Пацієнт Л., 56 років, госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом: Кишкова непрохідність, стадія субкомпенсації.

Провели серединнонижньосерединну лапаротомію. При ревізії виявили ознаки кишкової непрохідності, роздуту визхідну та поперечноободову кишки, нижче перепони товста кишка спавша. Перепона розташована на рівні сигмовидної кишки. При пальпації перепони виявили утвор схожий на "цвітну капусту" щільної консистенції, що звужує просвіт кишки до 1 см, не виключали, що це є ракове ураження. Регіонарні лімфатичні вузли не змінені, м'якоеластичної консистенції розміром до 0,6 см, віддалених метастазів не виявили. Іншої патології із сторони органів черевної порожнини не виявили. Перев'язали та пересікли нижньобрижову артерію. Провели видалення ураженої частини товстого кишечника відступивши 10 см в дистальному напрямку від ураженої кишки та 20 см в проксимальному напрямку. Виконали видалення регіонарних лімфатичних вузлів. Провели формування кукси привідної кишки двохранними вузловими швами. Сформували відвідну петлю товстої кишки під кутом 45 градусів від брижового краю. Наклали міжкишковий термінолатеральний товсто-товстокишковий анастомоз окремими вузловими швами. Ушили вікно в брижі товстої кишки. Черевну порожнину дренажували в ділянці анастомозу та малого тазу. Пошарово ушили рану. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. В ранній післяопераційний період ускладнень не виявили.

Пацієнт обстежений через 1 місяць, змін з сторони анастомозу не виявили. Самопочуття пацієнта задовільне.

Приклад 2.

За запропонованим способом прооперовано 12 пацієнтів із кишковою непрохідністю у стадії субкомпенсації та декомпенсації. У всіх хворих, які перебували в клініці, післяопераційний період протікав без ускладнень. Випадків недостатності анастомозу чи інших ускладнень з сторони черевної порожнини за час перебування на стаціонарному лікуванні не було. Прооперованих хворих було своєчасно виписано із стаціонару в задовільному стані.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє надійно запобігти розвитку ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень. Попередити недостатність анастомозу і розвиток калового перитоніту.

Джерела інформації:, які слід взяти до уваги:

1.Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия кишечника. - К.: "Здоров'я", 1977.-248 с.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування товсто-товстокишкового анастомозу, що полягає у хірургічному з'єднанні пересічних ділянок товстої кишки, який **відрізняється** тим, що анастомоз між привідною та відвідною петлями формують під гострим кутом між ними за типом бік в кінець у вигляді термінолатерального товсто-товстокишкового анастомозу, для чого попередньо формують культю привідної кишки, а відвідну кишку зрізають під кутом 45 градусів від брижового краю кишечника, після чого формують анастомоз по тенія лібера привідної петлі окремими вузловими швами з відступом від краю культі привідної петлі на 2-3 см, причому перший ряд формують накладанням швів Матешука через всі шари привідної та відвідної кишок, а другий ряд - у вигляді окремих вузлових серо-серозних швів Ламбера.



Fig. 1



Fig. 2

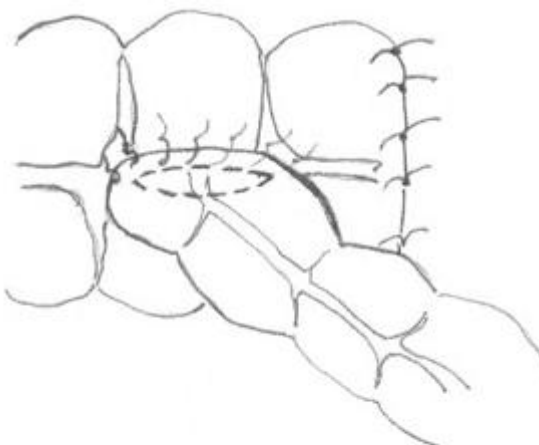


Fig. 3

---

Комп'ютерна верстка М. Мацело

---

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