



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **43764** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ У-ПОДІБНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200904068

(22) 27.04.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШАПРИНСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛОГАЧОВ ВІТАЛІЙ КЛАВДІЙОВИЧ, ШАПРИНСЬКИЙ ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб формування У-подібного анастомозу, що включає накладання міжкишкового анастомозу, який **відрізняється** тим, що анастомоз накладають по типу: кінець проксимального відділу тонкої кишки в бік дистального, а сам кінець дистального виводять у вигляді тонкокишкової стоми.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і стосується формування У-подібного ентеро-ентеро анастомозу дворядним кишковим швом одною ниткою.

Відомий спосіб формування У-подібного міжкишкового анастомозу на проксимальній кишковій стомі [Пат. №67255 "Спосіб тимчасової тонкокишкової стоми" Саєнко В.Ф., Білянський Л.С.], який полягає у накладанні анастомозу за показами при гострій низькій тонкокишкової непрохідності в умовах локального перитоніту. Суть його формування полягає в тому, що дистальний кінець тонкої кишки глушиться, накладається міжкишковий анастомоз по типу бік в бік, а проксимальний кінець кишки виводиться у вигляді тонкокишкової стоми на передню черевну стінку. Анастомоз формується дворядними вузловими швами.

Проте, при застосуванні відомого способу формування У-подібного міжкишкового анастомозу на проксимальній кишковій стомі є майже повний викид тонкокишкового вмісту через проксимальну кишкову стому, що взагалі не дозволяє накладати цей анастомоз при непрохідності на високому рівні, коли там дебіт кишкового вмісту складатиме біля 5-6л за добу. Крім того, порушується пошарове співставлення тканин, що зшиваються, вузли зав'язуються зовні, що може призводити до проникнення інфекції, низької біологічної і фізичної герметичності.

В основу корисної моделі поставлено завдання створення способу формування У-подібного ентеро-ентеро анастомозу, який можна, було б накладати при високій гострій непрохідності тонкої кишки навіть в умовах локального перитоніту, при якому відсутній високий викид тонкокишкового

вмісту через стому, який підвищує біологічну герметичність шва і забезпечує пошарове співставлення тканин, які зшиваються.

Поставлене завдання вирішується тим, що після резекції нежиттєздатної ділянки тонкої кишки накладають анастомоз по типу кінець проксимального (привідного) відділу тонкої кишки в бік дистального, а сам кінець дистального відділу виводять у вигляді тонкокишкової стоми.

Спосіб здійснюється наступним чином.

В умовах високої гострої непрохідності тонкої кишки на фоні локального перитоніту після резекції нежиттєздатної ділянки тонкої кишки накладають анастомоз по типу: кінець проксимального (привідного) відділу тонкої кишки в бік дистального (відвідного), а сам кінець дистального відділу виводять у вигляді тонкокишкової стоми, для декомпресії лінії швів анастомозу. Формування анастомозу виконують із застосуванням "Способу формування дворядного кишкового шва одною ниткою" (пат.18511) з використанням вікрилу 2/0. Через стому проводять інтубаційний зонд №15 у дистальному напрямку для подальшого ентерального харчування.

При формуванні запропонованого анастомозу майже зберігається пасаж хімусу по кишковій трубці, викид тонкокишкового вмісту через стому не є великим, а формування співустя за допомогою дворядного кишкового шва одною ниткою з використанням вікрилу 2/0 дозволяє забезпечити його вищу фізичну та біологічну герметичність. Запропонований спосіб дозволяє накладати анастомоз за показами при високій гострій непрохідності тонкої кишки в умовах локального перитоніту.

(19) **UA** (11) **43764** (13) **U**

Приклад. Хворий В., 48 років, госпіталізований в клініку через 3 доби від початку захворювання з діагнозом: висока гостра спайкова непрохідність тонкої кишки, розповсюджений перитоніт. Під час операції на відстані 90см від зв'язки Трейца виявлено некроз тонкої кишки довжиною до 20см, гнійний перитоніт. Враховуючи наявність перитоніту, хворому було виконано резекцію 70см тонкої кишки з наступним формуванням запропонованого 2-

подібного ентеро-ентеро анастомозу на відстані 40см від зв'язки Трейца. Через стому у дистальному напрямку заведено інтубаційний зонд №15 для подальшого ентерального харчування. Санация, дренажування черевної порожнини.

В післяопераційному періоді проводили інфузійну, антибактеріальну терапію, декомпресію та ентеральне харчування. На 12 добу хворий в задовільному стані виписаний додому.