



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **103862** (13) **C2**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВІНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2013 01031</p> <p>(22) Дата подання заявки: 28.01.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 25.11.2013</p> <p>(41) Публікація відомостей про заяву: 25.06.2013, Бюл.№ 12</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.11.2013, Бюл.№ 22</p>	<p>(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Шапринський Володимир Олександрович (UA), Шапринський Євген Володимирович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: UA 62502 А, 15.12.2003 RU 2143234 С1, 27.12.1999 RU 2336036 С1, 20.10.2008 RU 2344769 С1, 27.01.2009 RU 2438600 С1, 10.01.2012 RU 2156611 С1, 27.09.2000 UA 62143 U, 10.08.2011 Алхасов А.Б. / Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей. - дис. ... д.м.н: 14.00.35. - Москва. - 2007. - 276 с., С.22-23 Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х.М., Романов А.В., Кулешов Б.В., Беляева И.Д. / Искусственный пищевод у детей // Хирургия. - №7. - 2003. - С.6-16</p>
--	---

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНТИРЕФЛЮКСНОГО КОЛОГАСТРОАНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії, і стосується способу формування антирефлюксного кологастроанастомозу при проведенні товстокишкової езофагопластики, при якому за рахунок антирефлюксного механізму (клапана) зменшується ризик виникнення рефлюксу, утворення пептичних виразок та стриктур кишкового трансплантата.

UA 103862 C2

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії, і стосується способу формування антирефлюксного кологастроанастомозу при проведенні товстокишкової езофагопластики.

Відомий спосіб формування кінцевобокowego антирефлюксного тонкотовстокишкового співюстя (Деклараційний патент на винахід № 62502A UA, МПК А61В 17/00 від 15.12.2003; 5 Жученко С.П., Шапринський В.О., Дроненко В.Г.). Спосіб полягає у формуванні антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу під час правобічної геміколектомії. До місця анастомозу підводили термінальну частину клубової кишки, на якій робили перший укол, захоплюючи 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару. Другий укол робили за серозно-м'язовий шар товстої кишки, співставляючи серозну оболонку клубової кишки з серозною оболонкою 10 ободової. Третій укол і викол на ободовій кишці робили дистальніше попереднього на відстані ширини просвіту клубової кишки, захопивши 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару, тобто, формувались "губки" в ділянці передньої губи анастомозу зі стінки ободової кишки. Потім накладали другий ряд швів. Аналогічно формували задню губу анастомозу. При цьому з стінки товстої кишки утворюється клапан, повернений у її просвіт.

15 Однак, використання відомого способу спрямоване на профілактику виникнення ускладнень після правобічної геміколектомії: метеоризму, діарейних розладів та ін. Відомий спосіб не може використовуватись при проведенні товстокишкової езофагопластики.

В основу винаходу "Спосіб формування антирефлюксного кологастроанастомозу" поставлено задачу створити антирефлюксний кологастроанастомоз при проведенні 20 товстокишкової езофагопластики, при якому за рахунок антирефлюксного механізму (клапана) зменшується ризик виникнення рефлюксу, утворення пептичних виразок та стриктур кишкового трансплантату.

Поставлена задача досягається способом, що передбачає створення антирефлюксного механізму, який відрізняється тим, що антирефлюксний кологастроанастомоз формують з 25 передньою стінкою шлунка, для чого, до місця майбутнього анастомозу підводять термінальну частину підготовленого товстокишкового трансплантата, на якій роблять перший укол і викол, захоплюючи серозно-м'язовий шар на відстані ширини просвіту самого товстокишкового трансплантату, другий укол роблять за серозно-м'язовий шар товстокишкового трансплантату 30 дистально, захоплюючи 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару, третій укол і викол роблять на шлунку, захопивши 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару та співставляючи серозну оболонку товстокишкового трансплантату з серозною оболонкою шлунка (рисунок), потім скальпелем обережно розтинають стінку шлунка вздовж лінії шва на відстані 0,4-0,5 см від нього і на слизові оболонки товстокишкового трансплантата і шлунка, що повернені у просвіт анастомозу, 35 накладують другий ряд вузлових швів, далі аналогічно формують передню губу анастомозу.

Спосіб здійснюється таким чином.

Вибирають відділи товстої кишки, з яких буде формуватись товстокишковий трансплантат, та мобілізують і готують товстокишковий трансплантат до проведення езофагопластики. Після формування езофагоколоанастомозу приступають до формування антирефлюксного кологастроанастомозу. Анастомоз формують з передньою стінкою шлунка. До місця 40 майбутнього анастомозу підводять термінальну частину товстокишкового трансплантату, на якій роблять перший укол і викол, захоплюючи серозно-м'язовий шар на відстані ширини просвіту самого товстокишкового трансплантату від його кінця, другий укол і викол роблять за серозно-м'язовий шар товстокишкового трансплантату дистально, захоплюючи 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару. Третій укол і викол роблять на шлунку, захопивши 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару та співставляючи серозну оболонку товстокишкового трансплантату з серозною оболонкою шлунка. Таким чином, формуються "губки" в ділянці задньої губи анастомозу зі стінки товстокишкового трансплантату. Потім скальпелем обережно розтинають стінку шлунка 45 вздовж лінії шва, на відстані 0,4-0,5 см від нього. На слизові оболонки товстокишкового трансплантата і шлунка, що повернені у просвіт анастомозу, з метою гемостазу та підвищення герметичності накладують другий ряд вузлових швів. Аналогічно формують передню губу анастомозу: ідентично та дворядним вузловим швом. При цьому зі стінки товстої кишки 50 утворюється клапан, який забезпечує антирефлюксний механізм анастомозу.

Перевагами даного способу є те, що при його застосуванні формується антирефлюксний клапан, який запобігає закиду шлункового вмісту у товстокишковий трансплантат, зменшується 55 ризик виникнення рефлюксу, а також утворення пептичних виразок та стриктур кишкового трансплантата.

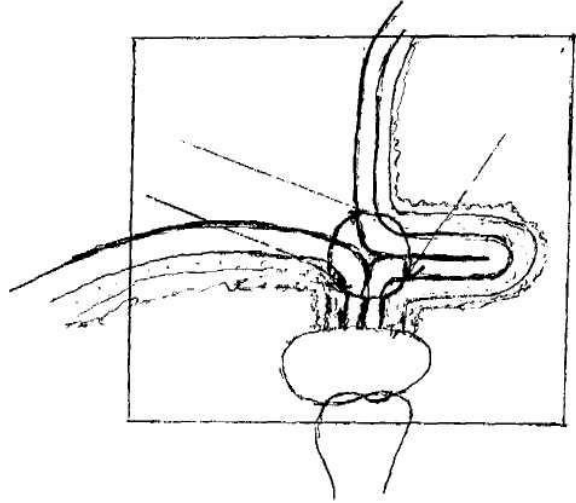
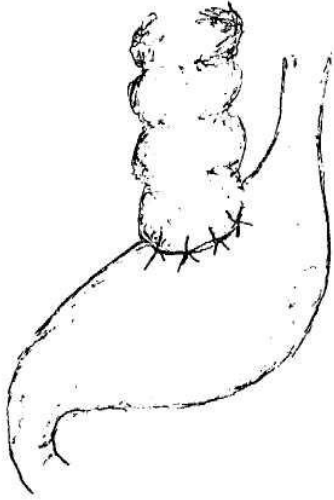
Приклад

60 Хворий, 50 років, госпіталізований в клініку через 6,5 місяців після хімічного опіку стравоходу кислотою з явищами повної його непрохідності, наявною протяжною стриктурою грудного та кардіального відділу. Хворому була запропонована операція - одномоментна тотальна пластика

стравоходу товстою кишкою. Інтраопераційно після виконання лапаротомії вирішено формувати товстокишковий трансплантат з частини висхідної, печінкового кута, поперековоободової і селезінкового кута ободової кишки зі збереженням кровопостачання за рахунок лівої ободової артерії. Мобілізовано вказані відділи товстої кишки та підготовлено товстокишковий трансплантат до проведення езофагопластики. Трансплантат проведено ретростернально на шию та з цервікального доступу виконано формування езофагоколоанастомозу за загальноприйнятою методикою "кінець в кінець". Далі приступили до формування антирефлюксного кологастроанастомозу. Анастомоз формували з передньою стінкою шлунка. До місця майбутнього анастомозу підвели термінальну частину товстокишкового трансплантату, на якій зробили перший укол і викол, захоплюючи серозно-м'язовий шар на відстані ширини просвіту самого товстокишкового трансплантату від його кінця, другий укол і викол зробили за серозно-м'язовий шар товстокишкового трансплантату дистально, захоплюючи 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару. Третій укол і викол зробили на шлунку, захопивши 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару та співставивши серозну оболонку товстокишкового трансплантату з серозною оболонкою шлунка. Таким чином, сформувалися "губки" в ділянці задньої губи анастомозу зі стінки товстокишкового трансплантату. Потім скальпелем розікли стінку шлунка вздовж лінії шва, на відстані 0,4-0,5 см від нього. На слизові оболонки товстокишкового трансплантату і шлунка, що повернені у просвіт анастомозу з метою гемостазу та підвищення герметичності, наклали другий ряд вузлових швів. Аналогічно сформували передню губу анастомозу: ідентично та дворядним вузловим швом. При цьому зі стінки товстої кишки утворився клапан, який забезпечує антирефлюксний механізм анастомозу. На 8 добу після операції виконали рентгенконтрастне скопичне дослідження шлунково-кишкового тракту з сульфатом барію. Рефлюксу контрасту зі шлунка у товстокишковий трансплантат не спостерігалось, а також не було виходу контрасту в ділянці анастомозів за межі шлунково-кишкового тракту. Через 22 доби хворий в задовільному стані був виписаний.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб формування антирефлюксного кологастроанастомозу, що передбачає створення антирефлюксного механізму, який **відрізняється** тим, що антирефлюксний кологастроанастомоз формують з передньою стінкою шлунка, для чого до місця майбутнього анастомозу підводять термінальну частину підготовленого товстокишкового трансплантату, на якій роблять перший укол і викол, захоплюючи серозно-м'язовий шар на відстані ширини просвіту самого товстокишкового трансплантату, другий укол роблять за серозно-м'язовий шар товстокишкового трансплантату дистально, захоплюючи 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару, третій укол і викол роблять на шлунку, захопивши 0,4-0,5 см серозно-м'язового шару та співставляючи серозну оболонку товстокишкового трансплантату з серозною оболонкою шлунка, потім скальпелем обережно розтинають стінку шлунка вздовж лінії шва на відстані 0,4-0,5 см від нього і на слизові оболонки товстокишкового трансплантату і шлунка, що повернені у просвіт анастомозу, накладають другий ряд вузлових швів, далі аналогічно формують передню губу анастомозу.



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