



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71292 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КОМПРЕСІЙНОГО АУТОРЕКАНАЛІЗУЮЧОГО МІЖКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ**

1

2

(21) 20031211815

(22) 18.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Годлевський Аркадій Іванович, Рижій Павло Володимирович, Каніковський Олег Євгенович, Феджага Олег Павлович

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

(57) Спосіб формування компресійного аутореканалізуючого міжкишкового анастомозу, що передбачає зближення стінок привідного та відвідного

відділів кишки серозно-м'язовими швами-трималками і компресію анастомозованих стінок, який **відрізняється** тим, що спочатку виконують проколи стінок привідного та відвідного відділів кишки на відстані 3 мм від місця їх дотикання, вводять через проколи привідного і відвідного відділів попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець з нікеліду титану, якими еластично стискаються стінки анастомозованих сегментів кишки, в кінці накладають серозно-м'язові шви на проколи кишки та по периферії імплантата.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Відомий спосіб формування міжкишкового аутореканалізуючого анастомозу (О.К.Скобелкин, Е.И.Брехов, В.И.Корепанов и соавт. Применение отсроченного реканализирующегося анастомоза в хирургии толстой кишки // Вестник хирургии. 1986. - №6. - С.53-57), при якому після мобілізації ділянки кишки, яку піддають резекції, оральний кінець кишки, що залишається перев'язують лігатурою з боку серозної оболонки. Нижче місця перев'язки кишку пересікають скальпелем. Після передікання біля аборального кінця кишки останній підшивають до обтурованого орального вузловими серозно-м'язовими швами і формують власне анастомоз. Проксимальніше формують розвантажувальну стому, через яку в просвіт привідного відділу заводять двопросвітний дренаж для промивання та аспірації в післяопераційному періоді.

Однак даний спосіб має ряд суттєвих недоліків. Пересікання аборального кінця кишки з подальшим підшиванням його до перев'язаного орального значною мірою нівелює такі переваги компресійних анастомозів перед шовними, як асептичність, та гемостатичність. Як відомо, значна частина хворих, яким показана резекція кишки на момент поступлення в стаціонар мають явища кишкової непрохідності при чому спостерігається надмірна проліферація кишкової флори, виражений набряк кишкової стінки значна невідповідність діаметрів привідного і відвідного відділів кишки. Всі

ці фактори ще більше посилюють зазначені недоліки, невідповідність діаметрів та набряк кишкової стінки обумовлюють іноді значні технічні труднощі при формуванні такого анастомозу. Щільне, нееластичне перекривання просвіту орального кінця кишки шляхом його перев'язки в умовах набряку кишкової стінки робить непередбачуваними розмір некротизованої ділянки та термін її відторгнення.

В основу винаходу "Спосіб формування компресійного аутореканалізуючого міжкишкового анастомозу" поставлена задача шляхом введення імплантата і компресії ним анастомозованих стінок привідного та відвідного відділів кишки забезпечити максимальну асептичність, гемостатичність, спростити техніку та тривалість виконання компресійного анастомозу, забезпечити еластичну дозових компресію анастомозованих ділянок.

Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає зближення анастомозованих стінок привідного та відвідного відділів кишки серозно-м'язовими швами-трималками та їх компресію, в якому згідно з винаходом, спочатку виконують проколи стінок привідного та відвідного відділів кишки на відстані 3мм від місця їх доторкання, вводять через проколи привідного і відвідного відділів попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець з нікеліду титану, якими еластично зискаються стінки анастомозованих сегментів кишки, в кінці накладають серозно-м'язові шви па проколи кишки та по периферії імплантата.

Спосіб формування компресійного ауторекан-

(13) A

(11) 71292

(19) UA

палізуючого міжкпшоікмо анастомозу демонструється наступними кресленнями.

Фіг.1 - загальний вигляд імплантату з нікеліду титану,

Фіг.2 - введення охолодженого і деформованого імплантату в проколи привідного і відвідного відділів кишки,

Фіг.3 по периферії введеного імплантату та проколів кишки накладено серозно-м'язеві шви, тобто завершено формування анастомозу.

Спосіб формування компресійного аутореканалізуючого міжкишкового анастомозу виконують таким чином.

Спочатку зближують стінки привідного та відвідного відділів кишки серозно-м'язевими швами-трималками та виконують їх проколи на відстані 3 мм від місця доторкання цих стінок (Фіг.2). Через ці проколи вводять у місце передбачуваного анастомозу попередньо охолоджений до +4°C деформований імплантат у вигляді овальних кілець, який має властивість при нагріванні до температури тіла відновлювати форму, яку він мав до охолодження. Імплантат виготовлений з нікеліду титану марки ТН-10, температурний інтервал формовідновлення якого становить +10 - +35°C, вага пристрою 5г, діаметр дроту 1,8мм, внутрішні розміри 28×6мм, стискуєче зусилля становить 800-900г (Фіг.1). Після нагрівання та змикання кілець ними еластично стискаються стінки анастомозованих сегментів кишки, формуючи відтермінований аутореканалізуючий анастомоз, при цьому необхідно сформувати стому проксимальніше анастомозу. Внаслідок порушення кровопостачання та некрозу з розвитком асептичного запалення в місці затиснення кишкових стінок кільцями імплантата, в післяопераційному періоді відбувається відторгнення та відходження некротизованої ділянки разом з імплантатом природнім шляхом. Після введення імплантата, його нагрівання до температури тіла та змикання кілець накладають серозно-м'язеві шви на проколи кишки та по периферії пристрою (Фіг.3).

Використання невеликих проколів для введення імплантата, на відміну від повного поперечного пересікання аборального кінця кишки з подальшим

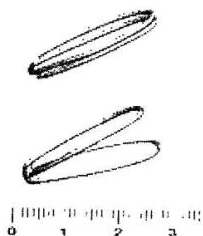
його підшиванням вузловими швами до орального кінця, значно підвищує асептичність, гемостатичність даного способу анастомозування, властивості матеріалу, з якого виготовлено імплантат забезпечують еластичність та дозованість компресії анастомозованих стінок, даний спосіб значно простіший та швидший у техніці виконання, що значно розширює число пацієнтів, яким він може бути застосований.

Запропонований спосіб було застосовано у 17 хворих з гострою кишковою непрохідністю.

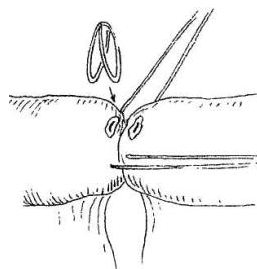
Приклад:

Хворий 48 років госпіталізований в клініку через 136 годин від початку захворювання з діагнозом гостра обтураційна кишкова непрохідність. Під час операції пухлину поперечної ободової кишки розміром 5×7см, яка обумовлює непрохідність. Виконано резекцію 45см кишки з ушиванням її кінців наглухо. Після мобілізації печінкового та селезінкового кутів серозно-м'язевими швами зближено привідний та відвідний відділи, на відстані 3мм від лінії дотикання стінок виконано їх проколи куди введено кільця попередньо охолодженого до +4°C імплантата, кільця якого після охолодження були розведені. Після нагрівання введеного імплантата до температури тіла його кільця самостійно зімкнулись, міжкишкова перетинка не розсікалась, на місці проколів та по периферії імплантата накладено серозно-м'язеві шви, після чого сформовано розвантажувальну цекостому. Санація, дренажування черевної порожнини. На восьму добу післяопераційного періоду, одночасно з відновленням кишкового пасажу, відійшов імплантат природнім шляхом.

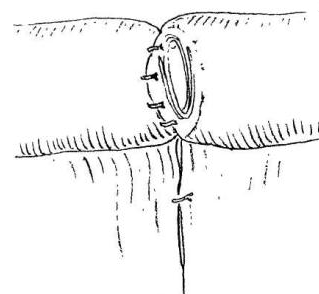
Запропонований спосіб забезпечує еластичну дозовану компресію анастомозованих ділянок, простий в технічному виконанні, підвищує асептичність, гемостатичність, скорочує тривалість формування анастомозу, у значного числа хворих він дозволяє уникнути формування кишкових стом, повторних операцій, скоротити тривалість стаціонарного лікування.



Фіг.1



Фіг. 2



Фіг. 3