УКРАЇНА

(19) UA (11) 6536 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під відповідальність власника патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ПОРОЖНИСТИХ ОРГАНІВ У НЕВІДКЛАДНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІЙ ХІРУРГІЇ

1

(21) 20040907778
(22) 24.09.2004
(24) 16.05.2005
(46) 16.05.2005, Бюл. № 5, 2005 р.
(72) Рижій Павло Володимирович
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

2

(57) Спосіб відновлення цілісності порожнистих органів у невідкладній гастроентерологічній хірургії, при якому використовують термомеханічний компресійний пристрій, який відрізняється тим, що зближення стінок порожнистого органа, які суміщаються, здійснюється за допомогою оригінального нікелід-титанового фіксатора.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії.

Шов шлунково-кишкового тракту одне з актуальних питань невідкладної хірургії. Продовжується пошук нових та удосконалення існуючих способів його формування. Серед методів безшовного анастомозування травного тракту на теперишній час приступним та поширеним є компресійний спосіб з використанням сплавів з пам'яттю форми. Прототипом способу є "Формирование компрессионных тонкокишечных анастомозов при помощи устройства с памятью формы" [О.Б.Оспанов Формирование компрессионных тонкокишечных анастомозов при помощи устройства с памятью формы // Хирургия. -1999. -№2. -С.39-43]. Його недоліком є необхідність зближення країв тканин ручним швом в умовах патологічне зміненої стінки травного каналу та складність металоконструкції, яка використовується при створенні кінцевих сполук.

В основу корисної моделі "Спосіб відновлення цілісності порожнистих органів у невідкладній гастроентерологічній хірургії" поставлена задача шляхом використання термомеханічних імплантатів спростити техніку та скоротити тривалість *виконання компресійного шва шлунково-кишкового* тракту. Поставлене завдання здійснюється способом, в якому згідно з корисною моделлю зближення стінок суміщаємих стінок порожнистих органів виконується за допомогою оригінального фіксатора з никелід-титану і формується анастомоз нікелід-титановим компресійним пристроєм для латеральних анастомозів.

Спосіб схематично зображений на кресленні.

Фіг.1 - виконання компресійного анастомозу за допомогою термомеханічних пристроїв: фіксатора 1 і компресійного пристрою 2.

Нікелід-титанові металоконструкції зі сплаву ТН-10 виготовляються НПО медико-інженерної академії при Сибірському фізико-технічному інституті (Росія, м. Томськ). Фіксатор має вигляд шпильки, а імплантат - два витка овальних кілець. Металоконструкції перед операцією зберігаються охолодженими (до +4°С) у розчині антисептика.

Спосіб формування компресійного відновлення цілісності порожнистого органу шлунково-кишкового тракту виконується наступним чином. Отвори, через які занурюється, як фіксатор, так і імплантат, здійснюються на менше ураженій ділянці стінки травного тракту. Під час операції витки імплантату розводяться та при зануренні у просвіт кишки відбувається формовідновлення пристрою. Температура формовідновлення +10 - +35°С. Розміри пристроїв обираються у залежності від мети та умов оперативного втручання. "Робоча" частина фіксатора співвідноситься до розмірів імплантату, який буде використаний. Спочатку нікелід-титановим фіксатором (розведенням крил *шпильки та подальшим формовідновленням)* у межах "здорових" тканин зближуються стінки ділянки травного каналу, що з'єднується. До місця формування анастомозу підводиться імплантат у робочому стані (розведені витки пристрою). Після еластичного стискання компресійний анастомоз сформований. Фіксатор видаляється. Отвори, через які вводились вищеозначені пристрої, вшиваються декількома серозно-м'язевими вузловими

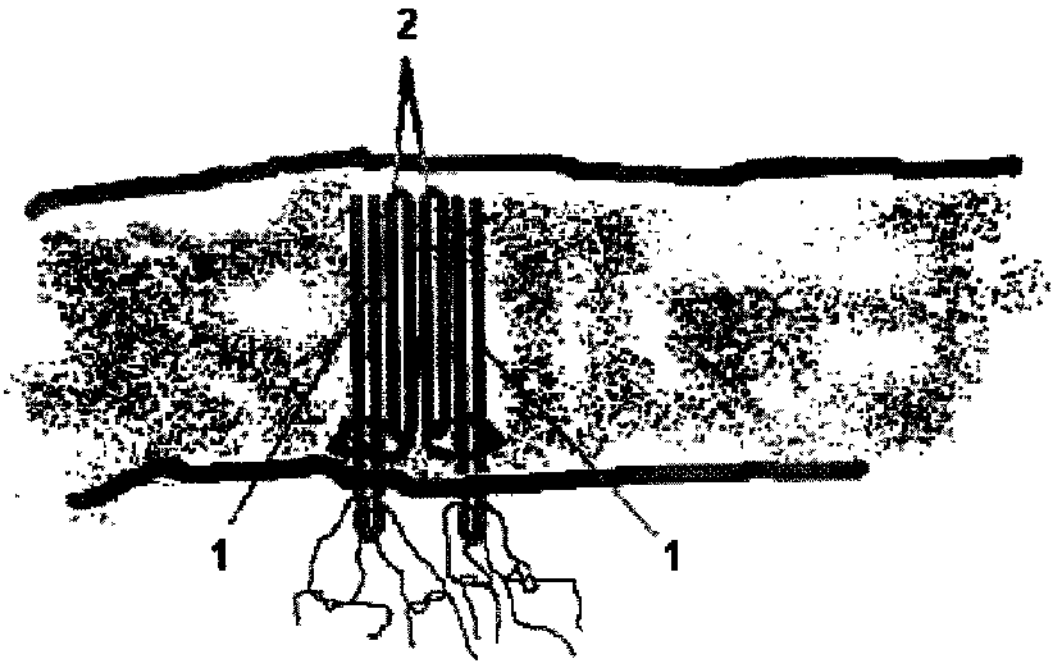
(19) UA (11) 6536 (13) U

швами. На 8-9 добу внаслідок некрозу затиснутих ділянок анастомозу імплантат відторгається та виділяється природним шляхом.

Приклад

Хворий 36 років госпіталізований в клініку через 18 годин після отримання ізольованої закритої тупої травми черевної порожнини з явищами загального перітоніту. Під час операції діагностований травматичний розрив 0,5×2,5см клубової кишки. Края розриву фіксовані термомеханічними фіксаторами. Через окремий отвір в неушкодженій частині кишки (0,2×0,5см) підведений охолоджений компресійний нікелід-титановий імплантат з розведеними витками. Після формовідновлення цілісність кишки у місці пошкодження відновлена. Отвір, який був використаний для введення термомеханічних пристроїв, після видалення фіксатору вшитий двома серозно-м'язевими вузловими швами. Тривалість цього етапу операції 14 хвилин. Санація та дренування черевної порожнини. Післяопераційний перебіг без ускладнень. На дев'яту добу післяопераційного періоду імплантат видалився природним шляхом.

Запропонований спосіб було застосовано у 14 хворих (з травмами кишки у 5, з проривними гастродуоденальними виразками у 9). Використання запропонованого способу дозволяє зменшити тривалість та травматичність операції. Спосіб є гемостатичним.



Фіг. 1

Комп'ютерна верстка Н. Лисенко Підписне Тираж 28 прим.

Міністерство освіти і науки України

Державний департамент інтелектуальної власності, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул Глазунова, 1, м Київ – 42, 01601