



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44621

(13) A

(51) B A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КІНЦЕ-БОКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2001064112

(22) 14 08 2001

(24) 15 02 2002

(46) 15 02 2002, Бюл. № 2, 2002 р.

(72) Мороз Ігор Володимирович, Богачук Сергій Григорович, Покидько Марія Іванівна, Гнатюк Юрій Петрович, Аврамець Олександр Олександрович, Кукла Олексій Михайлович

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

(57) Спосіб формування кінце-бокового анастомозу шляхом пошарового з'єднання стінок кінця привідного органа зі стінками країв розрізу відвідного органа та формування внутрішньопросвітної слизово-підслизової складки, який відрізняється тим, що перед пошаровим з'єднанням стінок привідного та відвідного органів відшаровують і вивертають в антиградному напрямку м'язову оболонку кінця привідного органа та формують її дублікатуру хірургічними швами

Винахід відноситься до медицини, а саме до способів хірургічного лікування, і може застосовуватись для з'єднання порожнистих органів. Відомий спосіб формування антирефлюксного анастомозу, який полягає в тому, що розріз серозно-м'язового шару кишки проводять у поперечному напрямку, а слизово-підслизового шару - у поздовжньому напрямку та після з'єднання стінок кінця одного органу з краями поздовжнього розтину підслизового шару іншого органу по обидві сторони від з'єднання формується поздовжня складка слизово-підслизового шару без порушення циркулярності м'язового шару органу (Деклараційний патент на винахід "Спосіб формування антирефлюксного анастомозу" № 29900 А А61В 17/00, від 15 11 2000).

Але сформований таким чином анастомоз не має сфінктерного механізму, що зумовлює постійне виділення через анастомоз вмісту порожнини його привідного відділу у відвідний.

В основу винаходу "Спосіб формування кінце-бокового анастомозу" поставлено завдання профілактувати післяопераційні ускладнення пов'язані з постійним нерегульованим виділенням через анастомоз вмісту порожнини його привідного відділу у відвідний та недостатністю антирефлюксних властивостей шляхом відшарування і вивертання в антиградному напрямку м'язової оболонки кінця привідного органу та формування її дублікатури хірургічними швами перед пошаровим з'єднанням стінок привідного та відвідного органів анастомозу.

Поставлене завдання досягається тим, що в способі, який включає пошарове з'єднання стінок

кінця привідного органа зі стінками країв розрізу відвідного органу та формуванням внутрішньопросвітної слизово-підслизової складки, згідно з винаходом, перед пошаровим з'єднанням стінок привідного та відвідного органів відшаровують і вивертають в антиградному напрямку м'язову оболонку кінця привідного органу та формують її дублікатуру хірургічними швами.

Спосіб виконують наступним чином:

Кінець 1 привідного органу, наприклад, тонкої кишки розшаровують по периметру в проксимальному напрямку між м'язовою оболонкою 2 та підслизовою основою 3 на відстань в один сантиметр. Після цього м'язову оболонку 2 вивертають назовні в антиградному напрямку і формують хірургічними швами її дублікатуру 4, а надлишок слизової оболонки з її підслизовою основою 3 видаляють (Див. фіг. 1). М'язову оболонку 5 боку 6 відвідного органу, наприклад, товстої кишки розтинають на довжину відповідну половині периметра кінця 1 привідного органу і відшаровують у всі сторони на відстань в один сантиметр. Після цього виконують аналогічний розріз підслизової основи 7 і слизової оболонки відвідного органу. Підслизові основи 3,7 органів з'єднують першим рядом 8 хірургічних швів. Кінець 1 привідного органу з дублікатурою 4 м'язової оболонки 2 занурюють у відвідний орган. Між проксимальним кінцем м'язової дублікатури 4 і краєм 9 відшарування м'язової оболонки 5 відвідного органу формують другий ряд 10 швів. Надлишок м'язової оболонки 5 відвідного органа фіксують до бічних поверхонь привідного органа третім рядом 11 хірургічних швів (див.

(13) A

(11) 44621

(19) UA

фiг 2) Додатковими швами 12 з'єднують бiчні поверхнi обох органiв (Див фiг 3)

Етапи формування анастомозу зображенi на фiг 1-3

- 1 - кiнець привiдного органа
- 2 - м'язова оболонка привiдного органа
- 3 - підслизова основа привiдного органа
- 4 - дублюатура м'язової оболонки привiдного органа

органа

- 5 - м'язова оболонка вiдвiдного органа
- 6 - бiк вiдвiдного органа
- 7 - підслизова основа вiдвiдного органа
- 8 - перший ряд хiрургiчних швiв
- 9 - край вiдшарування м'язової оболонки вiдвiдного органа

- 10 - другий ряд швiв
- 11 - третiй ряд хiрургiчних швiв
- 12 - додатковi шви

Приклад виконання способу (виписка з медичної карти № 2588 стаціонарного хворого)

10 02 2001р у хiрургiчне вiддiлення Вiнницької обласної клінічної лікарні поступив хворий К 1926р н з діагнозом Пухлина товстої кишки

15 02 2001р хворому К під ендотрахеальним знеболенням виконане оперативне втручання Лапаротомія, правостороння геміколектомія, ілеотрансверзоанастомоз, дренажування черевної порожнини

Виписка з протоколу операції

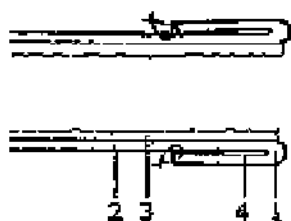
Після мобілізації висхідної, поперечно ободової та клубової кишок в печінковому куті виявлена тверда, малорухома пухлина розмірами - 6 x 6см. Після перев'язки магістральних судин, які кровопостачали вказані відділи кишківника, виконана правостороння геміколектомія. Сформовано ілеотрансверзоанастомоз за запропонованим способом

Кiнець (1) клубової кишки розшарували по периметру в проксимальному напрямку між м'язовою оболонкою (2) та підслизислою основою (3) на вiдстань в один сантиметр. Після цього м'язову оболонку (2) вивернуто назовні в антиградному напрямку і хiрургiчними швами сформовано її дублюатуру (4), а надлишок слизової оболонки з її підслизислою основою (3) видалено (Див фiг 1). М'язову оболонку (5) боку (6) товстої кишки розiтнено на довжину вiдповiдну половині периметра кiнця (1) клубової кишки і вiдшаровано у всi сторони на вiдстань в один сантиметр. Після цього виконано аналогічний розрiз підслизислої основи (7) і слизової оболонки товстої кишки. Підслизислi основи (3,7) органiв з'єднано першим рядом (8) хiрургiчних швiв. Кiнець (1) клубової кишки з дублюатурою (4) м'язової оболонки (2) занурено у товсту кишку. Між проксимальним кiнцем м'язової дублюатури (4) і краєм (9) вiдшарування м'язової оболонки (5) вiдвiдного органу сформовано другий ряд (10) швiв. Надлишок м'язової оболонки (5) товстої кишки фiксовано до бiчних поверхонь клубової кишки третiм рядом (11) хiрургiчних швiв (див фiг 2). Додатковими швами (12) з'єднано бiчні поверхнi обох органiв (Див фiг 3).

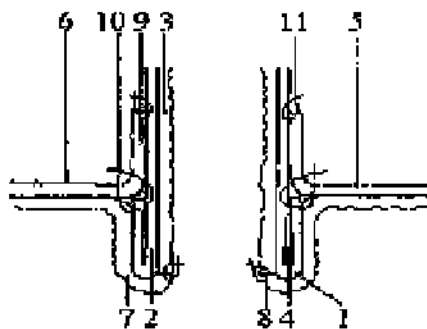
Правий боковий канал і зона анастомозу дренажовані. Черевна порожнина пошарово зашита.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Перистальтика вiдновилась 18 02 2001р. Гази вiдiшли 20 02 2001р. Самостійне випорожнення 24 02 2001р. Операційна рана загоїлась без ускладнень. 2 03 2001р хворий в задовільному стані виписаний для проходження курсу хiмiотерапії в онкологічному диспансері.

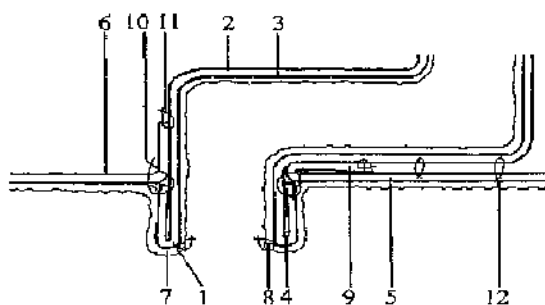
Запропонований спiсiб досить простий і може виконуватись у будь-якому хiрургiчному вiддiленнi.



Фiг. 1



Фiг. 2



Фiг. 3

