



УКРАЇНА

(19) UA (11) 44840 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ МІЖКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ ПО ТИПУ "БІК В БІК"

1

(21) u200906391

(22) 19.06.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, МОТУЗЮК
ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ, СИДОРЧУК ОЛЕГ ІГОРО-
ВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб формування міжкишкового анастомозу
по типу "бік в бік", що передбачає накладання
першого ряду серозно-м'язових вузлових швів при
зведенні петель тонкої кишки у ділянці майбутньо-

2

го анастомозу, далі розсічення скальпелем вздовж лінії швів петлі тонкої кишки на всю її товщину та накладання ряду вузлових швів на "задню губу" та "передню губу" через всі шари, який **відрізняється** тим, що після накладання першого ряду серозно-м'язових вузлових швів електроножем розсікають серозний, м'язовий та підслизовий шари кишок, одночасно з цим виконують електрокоагуляцію підслизових судин, залишаючи при цьому слизовий шар неушкодженим, потім накладають ряд швів з обов'язковим підхопленням слизового шару з обох боків і тільки після цього розсікають слизову оболонку.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використана при формуванні міжкишкового анастомозу по типу «бік в бік».

Накладання міжкишкового анастомозу по типу «бік в бік» являється однією з найпоширеніших процедур в абдомінальній хірургії [1].

Відомий спосіб виконання міжкишкового анастомозу по типу «бік в бік» [1], який обрано за прототип, полягає в наступному: при зведенні петель тонкої кишки у ділянці майбутнього анастомозу накладається перший ряд серозно-м'язових вузлових швів. Далі скальпелем вздовж лінії швів розсікаються петлі тонкої кишки на всю її товщину. Накладається ряд вузлових швів на «задню губу» та «передню губу» через всі шари. Останнім формується ряд серозно-м'язових вузлових швів на «передню губу».

Недоліком наведеного способу є часткова деформація анастомозу, збільшення крововтрати через кровотечу з підслизових судин та збільшення тривалості маніпуляції на відкритій кишці, що збільшує інфікування черевної порожнини кишковим вмістом.

Задачею заявленої корисної моделі є зменшення тривалості маніпуляції на відкритій кишці, що значить зниження ризику інфікування черевної порожнини кишковим вмістом та зменшення крововтрати, причиною якої є кровотеча з підслизових судин.

Технічний результат полягає в зменшенні деформації міжкишкового анастомозу, зменшення ускладнень у післяопераційний період, скорочення строку перебування в стаціонарі.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що передбачає накладання першого ряду серозно-м'язових вузлових швів при зведенні петель тонкої кишки у ділянці майбутнього анастомозу, далі розсічення скальпелем вздовж лінії швів петлі тонкої кишки на всю її товщину та накладання ряду вузлових швів на «задню губу» та «передню губу» через всі шари згідно корисної моделі після накладання першого ряду серозно-м'язових вузлових швів електроножем розсікають серозний, м'язовий та підслизовий шари кишок, одночасно з цим виконують електрокоагуляцію підслизових судин, залишаючи при цьому слизовий шар неушкодженим, потім накладають ряд швів з обов'язковим підхопленням слизового шару з обох боків, і тільки після цього розсікають слизову оболонку.

Спосіб здійснюють наступним чином:

Пацієнту, хворому на рак шлунка при зведенні петель тонкої кишки у ділянці майбутнього анастомозу накладають перший ряд серозно-м'язових вузлових швів, далі розсікають скальпелем вздовж лінії швів петлі тонкої кишки на всю її товщину та накладають ряд вузлових швів на «задню губу» та «передню губу» через всі шари, потім після накладання першого ряду серозно-м'язових вузлових швів електроножем розсікають серозний, м'язовий

(19) UA (11) 44840 (13) U