



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64173** (13) **U**  
(51) МПК (2011.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 17/11** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ДУОДЕНОЄЮНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

(21) u201106120  
(22) 16.05.2011  
(24) 25.10.2011  
(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.  
(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, СОХАНЬОВА ІРИНА ЛЕОНІДІВНА, ЄВТУШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРОВИЧ  
(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

2

(57) Спосіб формування дуоденоєюнального анастомозу після резекції сегмента порожньої кишки, що включає мобілізацію кишки від прилеглих тканин, резекцію частини кишки в межах неушкоджених ділянок та накладання дуоденоєюнального анастомозу за типом кінець у кінець або кінець у бік за допомогою двохрядного шва, який **відрізняється** тим, що проксимальний та дистальний сегменти дуоденоєюнальної зони тонкої кишки зшивають над зв'язкою Трейца.

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використаною для відновлення цілісності кишкового тракту після видалення сегмента кишки з ураженою частиною дуоденоєюнального переходу.

При накладанні тонкокишкових анастомозів в ургентній хірургії натяг в зоні накладених швів може призвести до розвитку неспроможності тонкокишкових анастомозів. Ускладнення у таких хворих у післяопераційному періоді досягають 15,7 %.

Відомий спосіб відновлення цілісності дуоденоєюнального переходу після резекції сегмента порожньої кишки, який включає мобілізацію кишки від прилеглих тканин, резекцію частини кишки в межах неушкоджених ділянок та накладання дуоденоєюнального анастомозу за типом кінець у кінець або кінець у бік за допомогою двохрядного шва нижче зв'язки Трейца (Ю. Л. Шальков, В. В. Леонов. Кишечные швы и анастомозы в хирургической практике. - Харьков: Коллегиум, 2008. - 192 с).

Даний спосіб формування дуоденоєюнального анастомозу є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим.

Основним недоліком цього способу є значний натяг у зоні анастомозу, що може бути ризиком розвитку неспроможності швів у зоні анастомозу.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі поставлено задачу профілактики ризику розвитку неспроможності швів зони анастомозу.

Задачу, яку поставлено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі фор-

мування дуоденоєюнального анастомозу після резекції сегмента порожньої кишки, який включає мобілізацію кишки від прилеглих тканин, резекцію частини кишки в межах неушкоджених ділянок та накладання дуоденоєюнального анастомозу за типом кінець у кінець або кінець у бік за допомогою двохрядного шва, згідно з корисною моделлю, проксимальний та дистальний сегменти дуоденоєюнальної зони тонкої кишки зшивають над зв'язкою Трейца.

Позитивний ефект корисної моделі, а саме профілактика неспроможності зони анастомозу, обумовлений тим, що дуоденоєюнальний анастомоз формують над зв'язкою Трейца, що забезпечує мінімальний натяг тканин у зоні анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином: Мобілізують дуоденоєюнальний перехід. Після резекції частини тонкої кишки з дефектом у межах неушкоджених ділянок проксимальний та дистальний сегменти дуоденоєюнальної зони зшивають двохрядним швом з формуванням дуоденоєюнального анастомозу за типом кінець у кінець або кінець у бік. При цьому анастомоз формують над зв'язкою Трейца, досягаючи таким чином мінімального натягу тканин у зоні анастомозу.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад. Хвора В., 38 років. Госпіталізована в ургентному порядку зі скаргами на наявність колостомі. При огляді звертала на себе увагу наявність колостомі за Майдлем. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 110 г/л, еритроцити -  $2,3 \times 10^9$ /л,

(13) **U**  
(11) **64173**  
(19) **UA**

лейкоцити -  $12 \times 10\%$ , паличкоядерні - 13 %, сегментоядерні - 60 %, лімфоцити - 24 %, моноцити - 5 %, еозинофіли - 2 %, ШОЕ - 12 мм/год. Рентген: у черевній порожнині вільний газ.

Виконано операцію за способом, що заявляється. Мобілізували дуоденоєюнальний перехід. Після резекції частини тонкої кишки з дефектом у

межах неушкоджених ділянок проксимальний та дистальний сегменти дуоденоєюнальної зони зшили дворядним швом. Сформували дуоденоєюнальний анастомоз за типом «кінець у бік» над зв'язкою Трейца. Хворій проведена комплексна терапія. На 13 добу хвора в задовільному стані виписана з клініки.