

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК

A61B 17/00 (2020.02); A61B 17/11 (2020.02)

(21)(22) Заявка: 2019131044, 30.09.2019

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
30.09.2019Дата регистрации:
26.11.2020

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 30.09.2019

(45) Опубликовано: 26.11.2020 Бюл. № 33

Адрес для переписки:

450008, г. Уфа, Ленина, 3,

БАШГОСМЕДУНИВЕРСИТЕТ, Патентный
отдел

(72) Автор(ы):

Ибатуллин Артур Альбертович (RU),
Суфияров Ришат Ринатович (RU),
Тимербулатов Махмуд Вилевич (RU),
Гайнутдинов Фазыл Мингазович (RU),
Аитова Лилия Ринатовна (RU),
Эйбов Равшан Рамазанович (RU),
Аминова Элина Мударисовна (RU),
Сабинова Гузель Ильгизовна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Башкирский государственный
медицинский университет" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(RU)(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2266063 C2, 20.12.2005. UZ 4333
C, 31.05.2011. ПЛЕЧЕВ В.В. и др. Новый
способ формирования межкишечного
анастомоза, Креативная хирургия и
онкология, 2011, 1, с.69-74. KIRTI GARUDE et
al. Single Layered Intestinal Anastomosis: A Safe
and Economic Technique, Indian J Surg, 2013
Aug, 75(4), 290-293.

(54) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ОДНОРЯДНОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии. Место пересечения отрезков кишки берут на прямые зажимы Кохера на 2-3 минуты, кишку пересекают вровень с зажимом. После снятия зажима сдавленные края коагулируют, не вскрывая слипшийся просвет. Анастомозируемые отрезки кишки сшивают двумя лигатурами на расстоянии 1 см от края. Затем формируют заднюю губу анастомоза однорядным непрерывным швом без захвата слизистой, захватывая 5-7 мм от края, и с шагом 5-7 мм прошивают подслизисто-мышечно-

серозный и серозно-мышечно-подслизистый слой. При переходе на переднюю губу анастомоза накладывают фиксирующий шов - для этого перпендикулярно оси анастомоза изнутри наружу делают вкол и выкол на одном из отрезков кишки, затем накладывают шов на оба отрезка кишки параллельно оси анастомоза. Затем делают вкол и выкол снаружи внутрь перпендикулярно оси анастомоза на другой отрезок кишки, после этого просвет обоих отрезков кишки раскрывают. Переднюю губу анастомоза формируют также непрерывно без захвата слизистой. При

завершении передней губы анастомоза непрерывный шов продолжают на 5-7 мм за начало анастомоза с захватом серозно-мышечного слоя без захвата слизистой оболочки кишки. Способ обеспечивает создание

однорядного межкишечного анастомоза с минимально суженным просветом, снижение риска развития стриктуры и несостоятельности анастомоза. 1 ил., 1 пр.

R U 2 7 3 7 2 2 2 C 1

R U 2 7 3 7 2 2 2 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC

A61B 17/00 (2020.02); **A61B 17/11** (2020.02)(21)(22) Application: **2019131044, 30.09.2019**(24) Effective date for property rights:
30.09.2019Registration date:
26.11.2020

Priority:

(22) Date of filing: **30.09.2019**(45) Date of publication: **26.11.2020 Bull. № 33**

Mail address:

**450008, g. Ufa, Lenina, 3,
BASHGOSMEDUNIVERSITET, Patentnyj otdel**

(72) Inventor(s):

**Ibatullin Artur Albertovich (RU),
Sufiyarov Rishat Rinatovich (RU),
Timerbulatov Makhmud Vilevich (RU),
Gajnutdinov Fazyl Mingazovich (RU),
Aitova Liliya Rinatovna (RU),
Ejbov Ravshan Ramazanovich (RU),
Aminova Elina Mudarisovna (RU),
Sabirova Guzel Ilgizovna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**federalnoe gosudarstvennoe byudzhethnoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniya "Bashkirskij gosudarstvennyj
meditsinskij universitet" Ministerstva
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (RU)**(54) **METHOD FOR FORMING A SINGLE-ROW INTERINTESTINAL ANASTOMOSIS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine; abdominal surgery.

SUBSTANCE: point of intersection of intestine segments is taken on direct Kocher's clamps for 2–3 minutes, intestine is leveled with a clamp. After the clamp is removed, the squeezed edges are coagulated without opening the stuck together lumen. Anastomosed segments of the intestine are sutured together by two ligatures at distance of 1 cm from the edge. Posterior lip of the anastomosis is formed with a single-row continuous suture without mucosal capture, grasping 5–7 mm from the edge, and at pitch of 5–7 mm, a submucosal-muscular-serous and seromuscular-submucosal layer is sutured. In the transition to the anterior lip of the anastomosis, a fixing suture is applied—perpendicular to the axis of the anastomosis from the inside to the outside, a pricked out and pricked

out on one of the intestinal segments, then suture is applied on both pieces of the intestine in parallel to the anastomosis axis. Then a prick-in and out-of-the-inside inside perpendicular to an anastomosis axis on another intestine segment, after that the lumen of both intestine sections is opened. Anterior lip of anastomosis is also formed continuously without a mucosa. When the anterior anastomosis lip is completed, the continuous suture is continued at 5–7 mm beyond the beginning of the anastomosis with the serous-muscular layer capture without engorgement of the intestinal mucosa.

EFFECT: method provides creation of single-row intestinal interstitial anastomosis with minimally narrowed lumen, reduced risk of developing stricture and inconsistency of anastomosis.

1 cl, 1 dwg, 1 ex

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть применено при операциях, сопровождающихся формированием межкишечных анастомозов.

Известен способ формирования межкишечного анастомоза, заключающийся в наложении однорядного непрерывного шва [Егиев В.Н. и др. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии // М.: Медпрактика - М. - 2002. Стр 80.].

Данный способ, взятый за прототип, имеет следующие недостатки: перед формированием анастомоза отрезки кишки не фиксируются держалками, затрудняя их правильное сопоставление, особенно при разных диаметрах сшиваемых отрезков, вначале кишка рассекается до слизистой и коагулируется, вызывая большую зону коагуляционного некроза, пересечение кишки в два этапа может создавать излишек или недостаток какого-либо из слоев кишки, непрерывный шов при затягивании сильно суживает просвет. Кроме этого, место перехода из задней губы анастомоза в переднюю является наиболее слабым для несостоятельности, поскольку здесь анастомоз образует острый угол.

Технический результат: правильное сопоставление сшиваемых отрезков, меньший коагуляционный ожог в зоне анастомоза, более надежный гемостаз в зоне анастомоза, отсутствие излишков и избытков слоев кишечной стенки в зоне анастомоза, минимальное сужение просвета анастомоза, снижение риска развития несостоятельности анастомоза.

Изобретение иллюстрируется фигурой, на которой схематично изображен предлагаемый способ формирования однорядного непрерывного межкишечного анастомоза.

Предлагаемый способ формирования однорядного непрерывного межкишечного анастомоза осуществляется следующим образом: место пересечения отрезков кишки берут на прямые зажимы Кохера на 2-3 минуты, после чего кишку пересекают с помощью скальпеля вровень с зажимом. После снятия зажима сдавленные края коагулируют, не вскрывая слипшийся просвет, анастомозируемые отрезки кишки сшивают двумя лигатурами 1 на расстоянии 1 см от края, затем формируют заднюю губу анастомоза однорядным непрерывным швом без слизистой, захватывая 5-7 мм от края, и с шагом 5-7 мм прошивая подслизисто-мышечно-серозный и серозно-мышечно-подслизистый слой, при переходе на переднюю губу анастомоза после завершения подслизисто-мышечно-серозного шва задней губы анастомоза накладывают фиксирующий шов 2 следующим образом: перпендикулярно оси анастомоза изнутри наружу делают вкол и выкол на одном из отрезков кишки, затем накладывают шов на оба отрезка кишки параллельно оси анастомоза, затем делают вкол и выкол снаружи внутрь перпендикулярно оси анастомоза на другой отрезок кишки. После этого просвет обоих отрезков кишки раскрывают. Переднюю губу анастомоза продолжают формировать также без захвата слизистой аналогично формированию задней губы. При завершении передней губы анастомоза непрерывный шов 3 заходит на 5-7 мм за начало шва анастомоза с захватом серозно-мышечного слоя, а уже после этого его завязывают (фигура).

Предлагаемый способ позволяет снизить риск развития стриктуры и несостоятельности анастомоза.

Данный способ применен у 9 больных с заболеваниями толстой и тонкой кишки.

Клинический пример:

Больной Д. 55 лет поступил в плановом порядке с жалобами на наличие стомы. Из анамнеза известно, что больной ранее находился на стационарном лечении в онкологическом диспансере с диагнозом: рак среднеампулярного отдела прямой кишки, была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с формированием

превентивной трансверзостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. После чего больному проведено 6 курсов химиотерапии. Больной был обследован, данных за рецидив заболевания не выявлено. В связи с этим было рекомендовано восстановление кишечной непрерывности. На операции окаймляющим разрезом трансверзостомы была иссечена из передней брюшной стенки. Выделены и подготовлены для наложения анастомоза приводящая и отводящая кишки. Место пересечения отрезков кишки взяли на прямые зажимы Кохера на 2-3 минуты, после чего кишку пересекли с помощью скальпеля вровень с зажимом, после снятия зажима сдавленные края коагулировали. Не вскрывая слипшийся просвет, анастомозируемые отрезки кишки сшили двумя лигатурами на расстоянии 1 см от края. Заднюю губу анастомоза сформировали однорядным непрерывным швом, производя вкол на расстоянии 5 мм от коагулированного участка и выкол непосредственно перед ним, таким образом захватывая серозно-мышечно-подслизистый слой. С шагом 5 мм прошивая подслизисто-мышечно-серозный и серозно-мышечно-подслизистый слой, при переходе на переднюю губу анастомоза после завершения подслизисто-мышечно-серозного шва задней губы анастомоза наложили фиксирующий шов следующим образом: перпендикулярно оси анастомоза изнутри наружу сделали вкол и выкол на одном из отрезков кишки, затем наложили шов на оба отрезка кишки параллельно оси анастомоза и затем сделали вкол и выкол снаружи внутрь перпендикулярно оси анастомоза на другой отрезок кишки. После этого просвет обоих отрезков кишки раскрыли. Переднюю губу анастомоза сформировали также без захвата слизистой аналогично формированию задней губы. При завершении передней губы анастомоза непрерывный шов наложили на 5 мм за начало шва анастомоза с захватом серозно-мышечного слоя, а уже после завязали. Окно брыжейки ушили узловыми швами. Кишку с анастомозом погрузили в брюшную полость.

Операционную рану послойно зашили. Послеоперационный период протекал без осложнений, энтеральный прием жидкой пищи был начат на 1 сутки, стул получен на 2 сутки. Заживление раны первичное. Шов с операционной раны снят на 7 сутки.

(57) Формула изобретения

Способ формирования однорядного межкишечного анастомоза, включающий формирование однорядного непрерывного шва, отличающийся тем, что место пересечения отрезков кишки берут на прямые зажимы Кохера на 2-3 минуты, кишку пересекают вровень с зажимом, после снятия зажима сдавленные края коагулируют, не вскрывая слипшийся просвет, анастомозируемые отрезки кишки сшивают двумя лигатурами на расстоянии 1 см от края, затем формируют заднюю губу анастомоза однорядным непрерывным швом без захвата слизистой, захватывая 5-7 мм от края, и с шагом 5-7 мм прошивают подслизисто-мышечно-серозный и серозно-мышечно-подслизистый слой, при переходе на переднюю губу анастомоза накладывают фиксирующий шов, для этого перпендикулярно оси анастомоза изнутри наружу делают вкол и выкол на одном из отрезков кишки, затем накладывают шов на оба отрезка кишки параллельно оси анастомоза, затем делают вкол и выкол снаружи внутрь перпендикулярно оси анастомоза на другой отрезок кишки, после этого просвет обоих отрезков кишки раскрывают, переднюю губу анастомоза формируют также непрерывно без захвата слизистой, при завершении передней губы анастомоза непрерывный шов продолжают на 5-7 мм за начало анастомоза с захватом серозно-мышечного слоя без захвата слизистой оболочки кишки.

