



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **55328** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА**

1

2

(21) u201006808

(22) 02.06.2010

(24) 10.12.2010

(46) 10.12.2010, Бюл.№ 23, 2010 р.

(72) МАКІЄНКО КАТЕРИНА ГЕННАДІЇВНА, ПОЛУ-
НІН ГЕРМАН ЄВГЕНОВИЧ, ГЮЛЬМАМЕДОВ ФЕ-
РМАН ІБРАГІМОВИЧ(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб відновлення кишкової безперервності
після операції Гартмана, який включає мобілізацію

кукси прямої кишки по задній стінці зі збереженням живильних судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, відокремлення фіксованої до кукси прямої кишки стінки сечового міхура, розтин тазового листка очеревини з боку черевної порожнини під контролем руки хірурга, який **відрізняється** тим, що заповнюють просвіт кукси прямої кишки повітрям шляхом його нагнітання в гумовий ковпачок, зафіксований до кінцевого відділу колоноскопа.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до абдомінальної хірургії та проктології, і може бути використана під час операцій на товстій кишці і, зокрема, для відновлення кишкової безперервності після резекції товстої кишки з ушиттям кукси прямої кишки і виведення одностовбурової колостоми.

Відомий спосіб [1] відновлення кишкової безперервності після операції типу Гартмана, коли в куксу прямої кишки вводять апарат з посиленням освітлення. Далі впорскують 0,25% розчин новокаїну під тазову очеревину, мобілізують всі стінки прямої кишки, накладають шовкові шви-тримачі і готують майданчик для накладення анастомозу. Однак пропонувані маніпуляції не гарантують повної атравматичності в момент відокремлення кукси прямої кишки від стінки сечового міхура.

Відомий спосіб [2] інтраопераційного виявлення кукси прямої кишки, коли в куксу прямої кишки вводять двопросвітний еластичний зонд з оливою, зі струмом світла у центрі. Оливу заповнюють рідиною до досягнення діаметра 2,5 см. Спосіб дозволяє ідентифікувати куксу прямої кишки серед оточуючих органів і тканин малого таза, утримувати куксу в руках при відокремлюванні зі спайкового процесу. Однак використання цього способу потребує виготовлення додаткових приладів, крім того, не враховує можливість індивідуального розміру діаметра прямої кишки, не дає змоги візуального контролю.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, обраного як прототип, є спосіб [3] відновлення

кишкової безперервності після операції Гартмана, котрий включає мобілізацію кукси прямої кишки по задній стінці з збереженням живильних судин, до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, відокремлення фіксованої до кукси прямої кишки стінки сечового міхура, розтин тазового листка очеревини з боку черевної порожнини під контролем руки хірурга і введення в куксу прямої кишки металевго зонда. Недоліком прототипу є неможливість візуального контролю за станом просвіту кукси прямої кишки, значні технічні труднощі при її ідентифікації і мобілізації з боку черевної порожнини, підвищений ризик пошкодження стінки прямої кишки металевим зондом під час її мобілізації.

Завданням корисної моделі є розробка такого способу відновлення кишкової безперервності після операції типу Гартмана, який є нескладним у використанні, не потребує додаткових затрат, забезпечує візуальний контроль за станом просвіту кукси прямої кишки, дозволяє краще ідентифікувати і мобілізувати куксу з боку черевної порожнини, сприяє зниженню ризику післяопераційних ускладнень (травма сечового міхура, кровотеча), скороченню термінів перебування хворого в стаціонарі, зменшенню витрат на лікування.

Поставлене завдання вирішується завдяки тому, що в способі відновлення кишкової безперервності після операції типу Гартмана, що включає мобілізацію кукси прямої кишки по задній стінці з збереженням живильних судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, відо-

(13) **U**
(11) **55328**
(19) **UA**

кремлення фіксованої до кукси прямої кишки стінки сечового міхура, розтин тазового листка очеревини з боку черевної порожнини під контролем руки хірурга, згідно з корисною моделлю, заповнюють просвіт кукси прямої кишки повітрям шляхом його інсуфляції в гумовий ковпачок, зафіксований до кінцевого відділу колоноскопа.

Спосіб здійснюють таким чином.

Мобілізацію кукси прямої кишки проводять по задній стінці з збереженням живильних судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, з тупим відшаруванням фіксованої до кукси стінки сечового міхура, а розтин тазового листка очеревини з боку черевної порожнини виконують під контролем руки хірурга і одночасним візуальним контролем за станом і величиною просвіту кукси прямої кишки, що здійснюється шляхом нагнітання повітря в гумовий ковпачок, зафіксований до кінцевого відділу колоноскопа з одночасним візуальним контролем стану просвіту кукси і можливістю краще ідентифікувати і мобілізувати куксу з боку черевної порожнини.

Приклад: Хворий К., 57 років, історія хвороби №6589, госпіталізований в клініку 11.02.2009. В момент надходження скаржився на наявність колостом. Раніше хворому виконано операцію типу Гартмана в зв'язку з пухлиною середньо-ампулярного відділу прямої кишки. При надходженні: загальний стан хворого задовільний. Периферичні л/вузли не збільшені. У легенях - везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця виразні, ритмічні, пульс 78/хв., АТ=140/100мм рт.ст. Живіт симетричний, не роздутий, пальпаторно м'який, безболісний По середній лінії п/о рубець, що загоївся первинним натягненням. У лівій мезо-гастральній ділянці колостома. Слизова кишки рожева, блискуча, стома функціонує. Печінка побіля краю ребрової дуги, селезінка не збільшена, сечовипускання не порушене, с-м Пастернацького негативний з обох боків. RRS: кукса прямої кишки до 6см. Аналіз крові: Hb - 140г/л, Ер - 4,4Тл, Л - 6,0г/л, ШОЕ - 7мм/год. е - 2, п - 4, с - 68, л - 19, м - 7. КП - 0,9. Загальний білок - 76г/л, цукор крові - 3,8ммоль/л, сечовина - 5,9ммоль/л, загальний білірубін - 12,6ммоль/л. Гр.крові - А(II) Rh+. Аналіз сечі: Питома вага - 1018, реакція - сл.кисла, білків - немає, цукор - немає, епітелій - у невел.кільк., лейкоцити од. в п/зору. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки mts не виявлено. УЗД: дифузні зміни печінки. ЕКГ ритм синусовий, нормальне положення ел.осі серця.

Після проведення передопераційної підготовки і чергового курсу неоад'ювантної хіміотерапії хворого прооперовано. В результаті лапаротомії метастазів не виявлено. У малому тазу помірно виражений спайковий процес. Кукса прямої кишки з боку черевної порожнини не візуалізується. Сечовий міхур фіксований до тазового листка очеревини. Другою бригадою хірургів з боку промежини виконано розтин у вигляді півмісяця по заду пря-

мої кишки, мобілізовано куксу прямої кишки по задній стінці з збереженням живильних судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини, тупо відшаровано фіксовану до кукси стінку сечового міхура, розітнено тазовий листок очеревини з боку черевної порожнини під контролем руки хірурга і введеного в куксу прямої кишки колоноскопа з гумовим ковпачком на окулярі, який помірно заповнюють повітрям, доки кукса прямої кишки не буде чітко ідентифікуватись в черевній порожнині. Далі під візуальним контролем з її просвітом здійснюють мобілізацію, після чого роблять розтин стінки кукси прямої кишки, через утворений дефект, спускають мобілізовану сигмоподібну кишку на промежину і фіксують її до періанальної шкіри окремими швами, порожнину таза дренують через розтин на промежині. Черевну порожнину ушивають шар за шаром. Післяопераційний період протікав без ускладнень, хворого виписано в задовільному стані. Через рік його оглянуто - стан задовільний, тонус сфінктера і волюве зусилля збережені, випорожнення 1-2 рази на добу, оформлене, ознак рецидиву захворювання не помічено.

Переваги способу, що заявляється. Спосіб простий в технічному виконанні, не потребує спеціальної апаратури, матеріальних витрат і обладнання. Спосіб, що заявляється, дозволяє максимально забезпечити оперативне втручання за рахунок використання розроблених авторами технічних прийомів, прозорий гумовий ковпачок, зафіксований наприкінці колоноскопа дозволяє візуально контролювати стан і величину просвіту кукси прямої кишки, а також дає можливість краще ідентифікувати і мобілізувати куксу з боку черевної порожнини, знизити ризик розвитку післяопераційних ускладнень (травма сечового міхура, кровотеча), що забезпечує скорочення термінів перебування хворого в стаціонарі і зменшення витрат на лікування.

Джерела інформації:

1. Гюльмамедов Ф.И. Многоэтапное хирургическое лечение заболеваний толстой кишки. Дисс. На соискание ученой степени доктора мед. Наук. - Донецк. - 1984. - с.252.

2. Патент 2358664 С1 РФ. МПК А61В17/00 Способ интраоперационного выявления культи прямой кишки с помощью двухпросветного зонда с оливой и источником света / Башкирский государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию / Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В.

3. Патент 51068 А Україна. МПК А61В17/00 Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана / Донецький державний медичний університет ім. М. Горького / Ф.І. Гюльмамедов, О.М. Білозерцев, Г.Є. Полунін, П.Ф. Гюльмамедов, Ю.В. Карпенко, О.П. Кухто (Україна). - Заявка №2001128989 від 25.12.2001; Опубл. 15.11.2002 // Бюл.№11.

