



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90215** (13) **U**  
(51) МПК (2014.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	<b>u 2014 00730</b>	(72) Винахідник(и):	<b>Бойко Валерій Володимирович (UA), Тіщенко Олександр Михайлович (UA), Іванова Юлія Вікторівна (UA), Лихман Віктор Миколайович (UA), Меркулов Андрій Олексійович (UA), Шевченко Олександр Миколайович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки:	<b>27.01.2014</b>	(73) Власник(и):	<b>ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	<b>12.05.2014</b>	(74) Представник:	<b>Євтушенко Тамара Григорівна</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	<b>12.05.2014, Бюл.№ 9</b>		

## (54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ У ХВОРИХ З КОРОТКОЮ КУКСОЮ ПРЯМОЇ КИШКИ

### (57) Реферат:

Спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу бік-у-кінець. Зшиваючий апарат заводять в стому основною частиною, виводять шток та перфориють бокову стінку кишки, в куксу прямої кишки заводять голівку зшиваючого апарата, співставляють краї, зшивають, формуючи анастомоз бік-у-кінець, стому резектують за допомогою апарата, кистетним та Z-подібним швами скобки занурюють всередину, анастомоз екстраперитонезують, за лінію анастомозу трансанально заводять зонд.

**UA 90215 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і може бути використаною при відновленні кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки.

Відомий спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана у хворих з короткою та рубцевозміненою куксою прямої кишки, що включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, накладання кисетного шва на привідну кишку, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу, який відрізняється тим, що куксу прямої кишки виділяють від зрощень за допомогою гідравлічного препарування, а на край кукси накладають вузлові шви, щільно охоплюючи стрижень зшиваючого апарата, та по черзі зав'язують їх навколо нього [Пат. № 44767, UA, МПК A61B 17/00. Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана у хворих з короткою та рубцевозміненою куксою прямої кишки / Гюльмамедов П.Ф., Бондаренко О.В., Танасов І.А.; Донецький національний медичний університет ім. М. Горького. - З. № u200905173; заявл. 25.05.2009; опубл. 12.10.2009, Бюл. № 19].

Існує спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана за допомогою циркулярного зшиваючого апарату, при якому виділяють від зрощень стомовану кишку та куксу прямої кишки. Накладають кисетний шов на привідний відрізок кишки та на бокову стінку кукси прямої кишки у ділянці де планується накладання анастомозу. Вводять циркулярний зшиваючий апарат в куксу прямої кишки. Через проріз у прямій кишці у середині кисетного шву виводять голівку апарату і вводять її в привідний відрізок кишки. Обидва кисетних шва зав'язують. Створюють анастомоз кінець у бік [Федоров В.Д., Дульцев Ю.Д. Проктология. - М.: Медицина, 1984. - С. 362-366; Felicien M. (editor) Steichen Stapling Techniques General Surgery with Auto Suture Instruments, Third Edition. - USA, 1988. - P. 202-206].

Даний спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю і результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки.

Задачу, яку поставлено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі відновлення кишкової безперервності з короткою куксою прямої кишки, що включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу бік у кінець, згідно з корисною моделлю, зшиваючий апарат заводять в стому основною частиною, виводять шток та перфорують бокову стінку кишки, в куксу прямої кишки заводять голівку зшиваючого апарата, співставляють краї, зшивають, формуючи анастомоз бік у кінець, стому резектують за допомогою апарата, кисетним та Z-подібним швами скобки занурюють всередину, анастомоз екстраперитонезують, за лінію анастомозу трансанально заводять зонд.

Технічний ефект способу обумовлений синергізмом етапів оперативного втручання.

Спосіб виконують наступним чином: виділяють від зрощень стомовану кишку та куксу прямої кишки. Зшиваючий апарат заводять в стому основною частиною. Виводять шток та перфорують бокову стінку кишки. В куксу прямої кишки заводять голівку зшиваючого апарата. Співставляють краї. Зшивають, формуючи анастомоз бік у кінець. Стому резектують за допомогою апарата. Кисетним та Z-подібним швами скобки занурюють всередину. Анастомоз екстраперитонезують. За лінію анастомозу трансанально заводять зонд.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад:

Приклад

Хворий Х., 71 рік.

Діагноз: рак сигмоподібної кишки Т3N1M0. Гостра товстокишкова непрохідність.

22.04.2013 операція - резекція сигмоподібної кишки за типом Гартмана.

Інтраопераційно - пухлина с/3 сигмоподібної кишки до 6 см у діаметрі, проксимальні відділи товстого кишечника розширені до 8 см, тонкого до 5 см, також відзначений незначний випіт у черевну порожнину.

Гістологія: помірно диференційована аденокарцинома з проростанням усіх шарів і метастази в лімфатичні вузли.

01.10.2013 надходить у плановому порядку для оперативного лікування.

Обстежений - ознак продовження хвороби не виявлено.

При рентгенологічному дослідженні кукса прямої кишки звита до 25 см у довжину.

08.10.2013 операція - відбудовний етап оперативного лікування, сигморекектомія.

Інтраопераційно - у малому тазі виражений спайковий процес, з зусиллям вдається візуалізувати і мобілізувати верхню частину кукси прямої кишки, подальша мобілізація

утруднена через можливе перетинання судин і дистальних відділів сечоводів. Спроба завести зшиваючий апарат у куксу прямої кишки через задній прохід не можлива через травматичність стінки кишки, що може привести до перфорації.

5 Умов для формування ручного анастомозу немає, тому що довжина мобілізованої кукси недостатня.

Прийнято рішення сформувати анастомоз наступним способом: у стому заводимо основну частину зшиваючого апарата, виводимо шток, перфоруємо бічну стінку кишки, у куксу прямої кишки заводимо голівку зшиваючого апарата, зіставляємо краї, зшиваємо, формуємо анастомоз бік у кінець, стому за допомогою апарата УКЛ-60 резектуємо, кисетним і Z-подібними швами скобки занурюємо усередину, анастомоз екстраперитонеуємо, трансанально заводимо зонд за лінію анастомозу.

Операція пройшла успішно.

Післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень, дренаж видалений на 9-у добу, шви зняті на 15-у добу.

15

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб відновлення кишкової безперервності у хворих з короткою куксою прямої кишки, що включає виділення від зрощень стомованої кишки та кукси прямої кишки, введення циркулярного зшиваючого апарата в куксу прямої кишки та створення анастомозу бік-у-кінець, який **відрізняється** тим, що зшиваючий апарат заводять в стому основною частиною, виводять шток та перфорують бокову стінку кишки, в куксу прямої кишки заводять голівку зшиваючого апарата, співставляють краї, зшивають, формуючи анастомоз бік у кінець, стому резектують за допомогою апарата, кисетним та Z-подібним швами скобки занурюють всередину, анастомоз екстраперитонеують, за лінію анастомозу трансанально заводять зонд.

25

---

Комп'ютерна верстка О. Рябо

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601