



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **42877** (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) ПРОЦЕС ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ**

1

2

(21) u200901691

(22) 26.02.2009

(24) 27.07.2009

(46) 27.07.2009, Бюл.№ 14, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВА
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, БЕЛОЗЬОРОВ ІГОР
ВІКТОРОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКОЛАЙОВИЧ,
ХАРЧЕНКО КАТЕРИНА ВОЛОДИМИРІВНА(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ
ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ
НАУК УКРАЇНИ"

(57) Процес профілактики неспроможності кишкового анастомозу, який включає трансанальну інтубацію товстої кишки зондом, що заводять за зону анастомозу, який **відрізняється** тим, що на кишку вище зони анастомозу в місці розташування зонду накладають турнікет, виводять його крізь контрапертуру на передню черевну стінку і підтягують під візуальним контролем до obturaції кишки на зонді, а після формування кишечного анастомозу турнікет вивільнюють.

Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології та може бути використана при операціях на кишечнику для профілактики неспроможності анастомозів.

Відомий спосіб оперативного лікування захворювань товстого кишечника по Гартману (див. Шалімов О.О., Саєнко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта». - К. - Здоров'я. - 1987. - С.441-442). Він включає резекцію відділу товстої кишки з пухлиною, ушивання "наглухо" дистального відділу кишки та формування стоми із проксимального відділу на передній черевній стінці.

Спосіб дозволяє позбавити хворого пухлини та виключити можливість неспроможності кишкового анастомозу шляхом накладання стоми. Негативною стороною цього способу є наявність колостоми після лікування, що значно погіршує якість життя хворого у подальшому.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб оперативного лікування захворювань прямої кишки (див. Шалімов О.О., Саєнко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта». - К. - Здоров'я. - 1987. - С.439-441). Він включає резекцію прямої кишки з одночасним накладанням сигморектоанастомозу. Операцію закінчують трансанальною інтубацією кишечника.

Спосіб дозволяє виконувати резекцію прямої кишки з пухлиною та первинно накладати сигморектоанастомоз "кінець в кінець". Недоліком описаного способу є висока імовірність неспроможності анастомозу, за рахунок механічного впливу на нього у ранньому післяопераційному періоді киш-

кового вмісту.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого процесу, який дозволяє підвищити ефективність лікування захворювань товстого кишечника при формуванні первинного міжкишкового анастомозу шляхом проведення профілактики неспроможності анастомозу ще під час операції.

Поставлене завдання вирішується тим, що в процесі профілактики неспроможності кишкового анастомозу, який включає трансанальну інтубацію товстої кишки зондом, що заводять за зону анастомозу, згідно з корисною моделлю на кишку вище зони анастомозу в місці розташування зонду накладають турнікет, виводять його крізь контрапертуру на передню черевну стінку і підтягують під візуальним контролем до obturaції кишки на зонді, а після формування кишечного анастомозу турнікет вивільнюють.

Накладання турнікету вище зони анастомозу для створення obturaції кишки на зонді після формування міжкишкового анастомозу дозволяє попередити механічне подразнення зони анастомозу кишковим вмістом в ранньому післяопераційному періоді. При цьому весь вміст іде строго по зонду.

Заявнику невідомі рішення, що включають накладання турнікету на кишку вище зони анастомозу та створення її obturaції на зонді для профілактики неспроможності кишкових анастомозів.

Більш докладний опис процесу суміщено з прикладом його конкретного клінічного застосування.

(13) **U**(11) **42877**(19) **UA**

Хворий К., 66 років, поступив до клініки інституту зі скаргами на закрепи. Після обстеження та верифікації діагнозу (рак прямої кишки) за абсолютними показаннями було призначено оперативне лікування - передня резекція прямої кишки. Під час операції після формування міжкишкового сигморектоанастомозу "кінець в кінець" і трансанальної інтубації товстої кишки зондом, заведеним за анастомоз на 20-25см, на межі верхньої і середньої третини зонда на кишку вище зони анастомозу наклали турнікет, який охопив її петлею. Турнікет вивели крізь контраппертуру на передню черевну стінку і підтягнули під візуальним контролем до повної obturaції кишки на зонді, помічаючи на турнікеті необхідний рівень для obturaції лігатурой.

Післяопераційний період протікав гладко, без

ознак неспроможності анастомозу. Весь кишковий вміст у ранньому післяопераційному періоді ішов по трансанальному зонду. Через 7-14діб, після повного формування анастомозу лігатуру зняли і турнікет вилучили.

Пацієнт виписаний у задовільному стані.

Таким чином, використання процесу за корисною моделлю дозволяє підвищити ефективність лікування за рахунок профілактики неспроможності кишкового анастомозу шляхом створення obturaції кишки інтраопераційно за допомогою турнікету, що виведений на передню черевну стінку. Це створює можливість уникнути механічного подразнення кишковим вмістом міжкишкового анастомозу на період його формування.