



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **45333** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ДЕКОМПРЕСІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ**

1

2

(21) u200904096

(22) 27.04.2009

(24) 10.11.2009

(46) 10.11.2009, Бюл.№ 21, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВІ  
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР  
МИКОЛАЙОВИЧ, ХАРЧЕНКО КАТЕРИНА ВОЛО-  
ДИМИРІВНА(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-  
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-  
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб декомпресії товстої кишки, який вклю-  
чає трансанальну інтубацію товстої кишки зондом  
шляхом заведення його за зону анастомозу, який  
**відрізняється** тим, що на кишку вище зони анас-  
томозу в місці розташування зонда накладають  
трубчастий турнікет, підхоплюючи в ту ж саму пет-  
лю пасмо великого сальника, виводять турнікет  
крізь контрапертуру на передню черевну стінку і  
підтягують під візуальним контролем до обтурації  
кишки на зонді, а після формування кишечного  
анастомозу турнікет вивільнюють.

Корисна модель стосується хірургічної гастро-  
ентерології та може бути використана при опера-  
ціях на кишечнику для профілактики неспромож-  
ності анастомозів шляхом здійснення декомпресії  
зони анастомозу.

Відомий спосіб декомпресії зони анастомозу  
шляхом проведення цекостомії [див. В.В.Бойко,  
В.К.Логачев, А.А.Вильцанюк, М.А.Хуторянский  
«Інтубация кишечника в ургентной и плановой  
хирургии». - Х.- ОМАПАК.- 2007.- С. 44-45]. Він  
включає резекцію лівої половини ободової кишки,  
формування товстокишкового анастомозу і накла-  
дання цекостоми для декомпресії зони анасто-  
мозу. При цьому вміст кишки частково дренують на-  
ружу крізь кишкову норицю, частково евакуюють  
крізь сформований анастомоз.

Недоліком даного способу є суттєве зниження  
якості життя хворого зі стомою, достатньо довгий  
процес загоєння цекостоми і ускладнення, які ви-  
никають у зв'язку з цим. Крім цього, даний спосіб  
не забезпечує достатнього зниження внутрішньо-  
вого тиску і повного запобігання механічного по-  
дрознення зони анастомозу кишковим вмістом.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті  
і результату, що досягається, є спосіб декомпресії  
товстої кишки при операціях, які супроводжуються  
формуванням товстокишкового анастомозу [див.  
В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин «Клини-  
ческая оперативная колопроктология». - М.- ГНЦ  
проктологии.- 1994.- С. 140-141]. Він включає ре-  
зекцію ураженого відділу товстої кишки, форму-  
вання первинного товстокишкового анастомозу і

заведення трансанально зонду для декомпресії  
зони анастомозу.

Спосіб дозволяє зменшити внутрішньокишко-  
вий тиск в зоні анастомозу і, таким чином, змен-  
шити імовірність ускладнень загоєння міжкишково-  
го співвуста. Негативною ранньому  
післяопераційному періоді крізь зону швів, що мо-  
же призвести до розвитку неспроможності анасто-  
мозу.

В основу корисної моделі поставлене завдан-  
ня створення удосконаленого процесу, який до-  
зволяє підвищити ефективність лікування захво-  
рювань товстого кишечника при формуванні  
первинного міжкишкового співвуста шляхом про-  
ведення декомпресії зони анастомозу ще під час  
операції.

Поставлене завдання вирішують тим, що в  
спосіб декомпресії товстої кишки, який включає  
трансанальну інтубацію товстої кишки зондом  
шляхом заведення його за зону анастомозу, згідно  
з корисною моделлю на кишку вище зони анасто-  
мозу в місці розташування зонду накладають тру-  
бчастий турнікет, підхоплюючи в ту ж саму петлю  
пасмо великого сальника, виводять турнікет крізь  
контрапертуру на передню черевну стінку і підтя-  
гують під візуальним контролем до обтурації кишки  
на зонді, а після формування кишечного анасто-  
мозу турнікет вивільнюють.

Накладання турнікету вище зони анастомозу  
для створення обтурації кишки на зонді дозволяє  
попередити механічне подразнення зони анасто-  
мозу кишковим вмістом в ранньому післяоперацій-  
ному періоді. При цьому весь вміст іде строго по

(13) **U**  
(11) **45333**  
(19) **UA**

зонду. Підхоплення пасма великого сальника в петлю турнікету (і розташування її таким чином між турнікетом і стінкою товстої кишки) дозволяє додатково знизити тиск трубки на стінку кишки.

Заявнику відоме рішення, яке включає накладання турнікету на кишку вище зони анастомозу з метою профілактики неспроможності товстокишкового анастомозу [заявка на корисну модель № u 2009 01691, пр. 26.02.2009]. Але в цьому рішенні є підвищений тиск трубки турнікету на стінку товстої кишки за рахунок безпосереднього торкання між трубкою та стінкою кишки. Це викликає порушення мікроциркуляції в кишковій стінці і не сприяє підвищенню ефективності лікування.

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

Хвора М., 72 років, надійшла до клініки інституту зі скаргами на закрепи, виділення крові при дефекації. 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 20-25 см, на межі верхньої і середньої третини зонда на кишку вище зони анастомозу наклали турнікет, який охопив її петлею і підхопив в петлю прядь великого сальника. Турнікет вивели крізь контраптертуру 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 7-14 діб, після повного формування анастомозу лігатуру зняли і турнікет вилучили.

Пацієнтка виписана у задовільному стані.

Таким чином, використання процесу за корисною моделлю дозволяє підвищити ефективність лікування захворювань товстого кишечника при формуванні первинного міжкишкового співвустя.