



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66607** (13) **U**  
(51) **МПК (2011.01)**  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201107728

(22) 20.06.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) ПОЛУНІН ГЕРМАН ЄВГЕНОВИЧ, КОСАР НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА, ТАНАСОВ ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування запальних захворювань товстої кишки, що включає виконання субтотальної колектомії, формування ілео- і сигмостомом, проведення інфузійного катетера в сигмоподібну артерію з подальшим введенням лікарських препаратів, який **відрізняється** тим, що катетер проводять через куксу сигмоподібної артерії поза межами черевної порожнини, в місці її перетину в ділянці кінцевого відділу стомованої кишки.

Корисна модель належить до медицини, а саме до проктології і може бути використана для лікування запальних захворювань товстої кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування запальних захворювань товстої кишки, обраний як прототип, коли виконують операцію - субтотальну колектомію, формують ілео- і сигмостомом. Інфузійний катетер вводять в просвіт сигмоподібної артерії і далі - у верхню ректальну артерію до місця її розгалуження. Вільний кінець катетера разом з куксою артерії заочеревинно виводять через додатковий розтин на бічну поверхню тіла з попереднім накладенням кисетного шва на оточуючу артерію клітковину. Затим вводять лікарські препарати. По закінченні курсу лікування катетер вилучають затягуючи кисетний шов [Патент РФ № 2026088. МКИ А61 М5/00, опубл. 09.01.1995].

Проте, цей спосіб має недоліки: катетеризація артерії виконується внутрішньоочеревинно, що ускладнює контроль за катетером у момент введення лікарських препаратів. Для виведення катетера на передню черевну стінку потрібний додатковий розтин. У разі виникнення ускладнень після вилучення катетера постає необхідність у релапаротомії.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб хірургічного лікування запальних захворювань товстої кишки, який би забезпечив спрощування методики катетеризації сигмоподібної артерії, й зниження ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з використанням внутрішньоартеріального катетера.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування запальних захворю-

вань товстої кишки, який включає виконання субтотальної колектомії, формування ілео- і сигмостомом, проведення інфузійного катетера в сигмоподібну артерію з подальшим введенням лікарських препаратів, згідно з корисною моделлю, катетер проводять через куксу сигмоподібної артерії поза межами черевної порожнини, в місці її перетину в ділянці кінцевого відділу стомованої кишки.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують операцію - субтотальну колектомію, в правій мезогастральній ділянці формують ілео-, а в лівій мезогастральній ділянці - сигмостомом. Черевну порожнину дрениують і шар за шаром ушивають. Затим, поза межами черевної порожнини в брижі стомованої сигмоподібної кишки скелетують артерію. Останню фіксують за допомогою металевих майданчиків з магнітними вставками і пунктують за допомогою спеціального судинного розширювача, після чого в просвіт судини вводять мікрокатетер, який фіксують до судини двома тонкими лігатурами. Вільну дистальну частину мікрокатетера фіксують до шкіри бокової стінки живота окремою лігатурою. Введення препаратів в артерію здійснюють за допомогою насоса для інфузії SEP-10S.

Приклад. Хвора С, 53 років, була прийнята в клініку зі скаргами на часте, до 15 раз на добу, рідке випорожнення з домішкою крові, гною і слизу, схуднення. Хворіє протягом 1,5 року. Захворівання починалося поступово, рецидиви купірувалися завдяки консервативним заходам. Останні два місяці стан різко погіршився, консервативне лікування ефекту не мало, хвору було направлено в клініку. На момент госпіталізації стан важкий, пульс 90/хв., АТ=110/60 мм рт. ст., живіт м'який,

(19) **UA** (11) **66607** (13) **U**

болючий по ходу ободової кишки. При ректороманоскопії впродовж 20 см слизова оболонка кишки різко набрякла, гіперемована, при контакті дещо кровоточить, є запальні поліпи. При фіброколоноскопії слизова оболонка ободової кишки гіперемована, набрякла, з безліччю псевдополіпів, виразок, ерозій, виражена контактна кровотеча, гаустрація і судинний рисунок відсутні. При ірригографії гаустрація товстої кишки не виявляється, просвіт різко звужений, поширений псевдополіпоз. Виставлено діагноз: хронічний рецидивуючий неспецифічний виразковий коліт, тотальне ураження, важкий перебіг. Після передопераційної підготовки хвору прооперовано. Виконано серединну лапаротомію. Під час ревізії органів черевної порожнини ободова кишка набрякла, на серозній оболонці ін'єктвана судинами, пальпаторно стінка кишки ущільнена в усіх відділах. Виконано субтотальну колектомію з виведенням ілео- і сигмостоми. Серединна рана пошарово ушита. Сигмостома фіксована до шкіри окремими вузловими швами на відстані 5 см від краю резекції. У брижі стомованої

сигмоподібної кишки з боку передньої черевної стінки виокремлено артерію, через просвіт якої проведено інфузійний катетер, фіксований до стінки артерії лігатурою. Вільний кінець катетера фіксований до шкіри, У післяопераційному періоді через катетер, за допомогою апарата SEP 10S, здійснювалося введення лікарських засобів для купірування запальних змін у збереженому відрізку товстої кишки, У задовільному стані на 11-й день хвору виписано з клініки для подальшого лікування за місцем проживання.

Перевагами способу, що заявляється є можливість спрощення методики катетеризації сигмоподібної артерії шляхом проведення катетера через куку сигмоподібної артерії поза межами черевної порожнини, в місці її перетину в ділянці кінцевого відділу стомованої кишки; забезпечення контролю за катетером протягом періоду введення лікарських препаратів; зниження ризику виникнення ускладнень після вилучення катетера.