



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59427** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201014372

(22) 01.12.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл. № 9, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВІ
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ПАШАЄВ ДЖЕЙХУН
АЛІ ОГЛИ, ЄВТУШЕНКО ДЕНИС ОЛЕКСАНДРО-
ВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб відновлення цілісності товстої кишки,
що включає накладання швів між проксимальним
та дистальним сегментами товстої кишки з насту-
пним покриванням лінії швів пластиною ТахоКомб,
який **відрізняється** тим, що додаткову пластину
ТахоКомб вшивають між сегментами кишки, фор-
муючи при цьому анастомоз апаратним швом.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до хірургії, і може бути використаною для запо-
бігання неспроможності товстокишкового анасто-
мозу.

Профілактика неспроможності товстокишково-
го анастомозу є важливою задачею практичної
хірургії та має в своєму арсеналі способи, в яких
для запобігання неспроможності товстокишкових
анастомозів в хірургії травного тракту використо-
вують покриття лінії швів аутопластичними мате-
ріалами, такими як сальник, очеревина, біосумісні
клеї та інше.

Так, наприклад, зміцнення лінії швів кінце-
кінцевого міжкишкового анастомозу досягають їх
обмотуванням пасмом брижі, що залишилась від
резектованої ділянки кишки [Пат. № 44499 А, UA,
МПК А61В17/00. Спосіб зміцнення лінії швів кінце-
кінцевого міжкишкового анастомозу. Опубл.
15.02.2002, Бюл. № 2].

Профілактику неспроможності товстокишково-
го анастомозу здійснюють, укриваючи його саль-
ником або жировими підвісками товстої кишки,
розташованими поблизу, шляхом їх прошивання
та щільною фіксацією на кишкових швах [Пат. №
75460, UA, МПК А61В17/04. Спосіб профілактики
неспроможності товстокишкового анастомозу.
Опубл. 17.04.2006, Бюл. № 4].

Відомий спосіб накладання товстокишкового
анастомозу, який включає зіставлення та зшиван-
ня на кишковому ендопротекторі привідного та
відвідного відрізків товстої кишки. При цьому на
анастомоз з боку серозної оболонки наносять шар
фібринового аутоклею [Пат. № 55022 А, UA, МПК

А61В17/11. Спосіб накладання товстокишкового
анастомозу. Опубл. 17.03.2003, Бюл. № 3].

Відомий також спосіб підвищення біологічної
герметичності міжкишкових анастомозів шляхом
формування міжкишкових сполучень нитками з
антимікробними властивостями [Пат. № 32669,
UA, МПК А61В17/068. Спосіб підвищення біологіч-
ної герметичності міжкишкових анастомозів.
Опубл. 26.05.2008, Бюл. № 10].

Профілактику неспроможності товстокишкових
анастомозів здійснюють, використовуючи пласти-
ни ТахоКомб.

Так, наприклад, відомий спосіб формування
товстокишкового анастомозу, який включає накла-
дання швів між проксимальним та дистальним
сегментами товстої кишки. При цьому після накла-
дання швів лінію анастомозу додатково вкривають
пластиною ТахоКомб, імпрегнованою розчином
антибіотика [З. № 2001135912, RU, МПК
А61В17/00. Спосіб формування толстокишеч-
ного анастомоза. Опубл. 20.08.2003].

Даний спосіб відновлення цілісності товстої
кишки є найбільш близьким до того, що заявляєть-
ся, за технічною суттю та результатом, який може
бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу
розширення можливостей використання пластины
ТахоКомб у відновленні цілісності товстої кишки за
допомогою апаратного шва.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-
делі, вирішують тим, що у відомому способі відно-
влення цілісності товстої кишки, який включає на-
кладання швів між проксимальним та дистальним
сегментами товстої кишки з наступним покриван-

(13) **U**
(11) **59427**
(19) **UA**

ням лінії швів пластиною ТахоКомб, згідно з корисною моделлю, додаткову пластину ТахоКомб зшивають між сегментами кишки, формуючи при цьому анастомоз апаратним швом.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений синергізмом апаратного шва та пластин ТахоКомб, одна з яких вшита між проксимальним та дистальним сегментами товстої кишки, а іншою вкрита лінія швів.

Спосіб виконують наступним чином. Сегмент товстої кишки мобілізують. Після цього його резектують та видаляють. Сегменти кишки та пластину ТахоКомб зшивають між собою. Додатково анастомоз ззовні вкривають другою пластиною ТахоКомб.

Колоректальний анастомоз формують наступним чином. На проксимальну куксу анастомозованої кишки накладають кисетний шов. Упорну голівку циркулярного зшиваючого апарата розміщують в проксимальній куксі. Шов затягують. Дистальний кінець анастомозованої кишки прошивають. Зшиваючий апарат проводять через задній прохід до дистального відділу анастомозованої кишки. Проклюють прошиту раніше дистальну куксу прямої кишки. На упорній голівці апарата закріплюють першу пластину ТахоКомб. Зводять анастомозовані кінці кишки та зшивають їх, вшиваючи при цьому пластину. Видаляють апарат з просвіту кишки. Лінію швів вкривають ззовні другою пластиною ТахоКомб.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади:

Приклад 1. Хворий І., 68 років, госпіталізований зі скаргами на періодичне здуття живота, часті запори, іноді проноси, загальну слабкість, зниження апетиту. Вищезгадані скарги турбують приблизно 4 місяці.

Об'єктивно: Язик вологий, живіт симетричний, декілька збільшений у розмірах, більш за рахунок ожиріння, приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болісний у лівій здухвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Гази відходять. Рег гестум декілька збільшені зовнішні гемороїдальні вузли, просвіт прямої кишки без патології.

У лабораторних показниках відмічається помірна анемія (Hb-108 г/л), інші показники в межах норми.

При колоноскопії - на відстані 11 см від анусу визначається пухлиноподібне утворення 2×2 см, горбисте, звужуюче просвіт кишки, виконано біопсію (висновок: низькодиференційована аденокарцинома).

При УЗД та КТ органів черевної порожнини метастазів не виявлено.

Таким чином встановлено діагноз: Рак середньоампулярного відділу товстої кишки Т3N0M0.

Хворому проведено оперативне втручання у плановому порядку. Під загальним наркозом виконана нижньосередина лапаротомія. При ревізії в ділянці середньоампулярного відділу товстої кишки визначається пухлиноподібне утворення 3×3 см, горбисте, щільне, циркулярно звужуюче просвіт кишки, лімфовузли брижі не збільшені, метастазів в печінці не виявлено. Виконана мобілізація

середньоампулярного відділу товстої кишки, резекція ділянки товстої кишки. Колоректальний анастомоз сформували за допомогою циркулярного зшиваючого апарата. На проксимальну куксу анастомозованої кишки наклали кисетний шов, упорну голівку апарата розмістили в кишці, шов затягнули. Дистальний кінець анастомозованої кишки прошили. Зшиваючий апарат провели через задній прохід до дистального відділу анастомозованої кишки, прокололи прошиту раніше дистальну куксу прямої кишки. На упорній голівці зшиваючого апарата закріпили пластину ТахоКомб. Звели кінці кишки. Сформували анастомоз. Видалили апарат з просвіту кишки. У ділянку анастомоза встановили рукавично-трубковий дренаж. Цілісність тазової очеревини відновили. Лапаротомну рану пошарово зашили.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. При контрольному огляді анастомоз спроможний.

Приклад 2. Хвора Л., 64 роки, госпіталізована зі скаргами на періодичні виділення крові з випорожненнями, схуднення на 5-6 кг, загальну слабкість, стомлюваність, зниження апетиту. Вищезгадані скарги турбують приблизно 2 місяці.

Об'єктивно: Хвора декілька зниженого харчування, шкіра та видимі слизові звичайного кольору. Язик вологий, живіт симетричний, приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болісний у лівій здухвинній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Гази відходять. Рег гестум патології не виявлено.

Лабораторні показники в межах норми.

При колоноскопії - на відстані 10 см від анусу визначається пухлиноподібне утворення 2,5×3 см, горбисте, циркулярно звужуюче просвіт кишки, виконана біопсія (висновок: низько диференційована аденокарцинома).

При УЗД та КТ органів черевної порожнини метастазів не виявлено.

Таким чином встановлено діагноз: Рак середньоампулярного відділу товстої кишки Т3N0M0.

Хворій проведено оперативне втручання у плановому порядку. Під загальним наркозом виконана нижньосередина лапаротомія. При ревізії в ділянці середньоампулярного відділу товстої кишки визначається пухлиноподібне утворення 3,5×4 см, горбисте, щільне, циркулярно звужуюче просвіт кишки, лімфовузли брижі не збільшені, метастазів в печінці не виявлено. Виконана мобілізація середньоампулярного відділу товстої кишки, резекція ділянки товстої кишки. Колоректальний анастомоз сформували за допомогою циркулярного зшиваючого апарата. На проксимальну куксу анастомозованої кишки наклали кисетний шов, упорну голівку зшиваючого апарата розмістили в кишці, шов затягнули. Дистальний кінець анастомозованої кишки прошили. Зшиваючий апарат провели через задній прохід до дистального відділу анастомозованої кишки, прокололи прошиту раніше дистальну куксу прямої кишки. На упорній голівці закріпили пластину ТахоКомб. Звели анастомозовані кінці кишки. Сформували анастомоз. Видалили апарат з просвіту кишки та лінію швів вкрили ззовні другою пластиною ТахоКомб. В ділянку

анастомоза встановили рукавично-трубковий дренаж. Цілісність тазової очеревини відновили. Лапаротомну рану пошарово зашили.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. При контрольному огляді анастомоз спроможний.