



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36901 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ СТВОРЕННЯ ШТУЧНОГО АНУСА

(21) 2000021019

(22) 22.02.2000

(24) 16.04.2001

(33) UA

(46) 16.04.2001, Бюл. № 3, 2001 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагімович, Шаламов Віктор Іванович, Ликов Віталій Олексійович, Полунін Герман Євгенович, Чарчян Едуард Рафаєлович

(73) Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

(57) Спосіб створення штучного ануса, що включає виведення колостоми на передню черевну стінку через окремий розріз, створення штучного затульного апарату з м'язів передньої черевної стінки, який **відрізняється** тим, що отсепааровують і розтинають серозно-м'язовий шар кишки, проводять додатковий розріз в лівій здухвинній області, викроюють м'язово-апоневротичний клапоть із зовнішнього косоного м'яза і розташовують його навколо слизової оболонки кишки з фіксацією одного краю до серозно-м'язового шару кишки, а іншого - до шкіри і слизової оболонки кишки.

Винахід відноситься до медицини, а саме, до абдомінальної хірургії, та може бути використаний при операціях на прямій кишці, при виконанні черевно-промежної екстирпації.

Відомий спосіб створення штучного ануса [1], що включає виведення колостоми на передню черевну стінку через трансректальний розріз, виконання двох зустрічних м'язових клаптів з прямого м'яза живота, які вміщуються навколо кишки. Цей спосіб узятий нами як прототип. При використанні цього способу колостома розташована в безпосередній близькості до лапаротомної рани, що може призвести до нагноєння останньої внаслідок попадання калових мас; м'язові клапті склерозуються, що призводить до функціональної недостатності штучного ануса.

В основу винаходу поставлена задача створення штучного ануса при виведенні довільної колостоми, завдяки чому забезпечується можливість довільного утримання калових мас і газів при напруженні м'язів передньої черевної стінки, що дає можливість зменшити незручності, пов'язані з носінням калоприймача. Поставлена задача вирішується тим, що в способі створення штучного ануса, який включає виведення колостоми на передню черевну стінку через окремий розріз, створюють штучний затульний апарат з м'язів передньої черевної стінки. Згідно з винаходом, отсепааровують і розтинають серозно-м'язовий шар кишки, проводять додатковий розріз в лівій здухвинній області, викроюють м'язово-апоневротичний клапоть із зовнішнього косоного м'яза і розташовують його навколо слизової оболонки кишки з фіксацією одного

краю до серозно-м'язового шару кишки, а іншого - до шкіри і слизової оболонки кишки.

Спосіб здійснюється таким чином:

Після відсікання прямої кишки проводять розріз в лівій здухвинній області довжиною 6-8 см. Із зовнішнього косоного м'яза викроюють м'язово-апоневротичний клапоть 1 на судинній ніжці довжиною до 6 см основою до зовні. Сигмовидну кишку 2 виводять на передню черевну стінку, циркулярним розрізом надсікають серозно-м'язовий шар кишки і розтинають протягом 1,5-2 см. М'язово-апоневротичний клапоть розташовують навколо слизової оболонки кишки 3 і фіксують вузловими швами одним краєм до серозно-м'язового шару кишки 4, іншим - до шкіри і слизової оболонки кишки (фігура).

Наведемо конкретний приклад використання способу. Хвора Р., 56 років, поступила в клініку зі скаргами на біль в області заднього проходу і домішку крові в калових масах, втрату ваги за останні 4 місяці більше 5 кг, загальну слабкість, нездужання.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, живіт помірно здутий. При додатковому дослідженні у хворої: анемія, лейкоцитоз, зі зміщенням формули вліво, збільшення ШОЕ. При ректальному дослідженні в анальному каналі по передньо-правому півколу виявлено пухлину, що звужує просвіт на 2/3, дослідження різко болюче.

Після проведення курсу передопераційної підготовки, яка полягала в інфузійній, антибактеріальній, симптоматичній терапії хворої, виконано черевно-промежну екстирпацію прямої кишки і сформовано затульний апарат за пропонуваною мето-

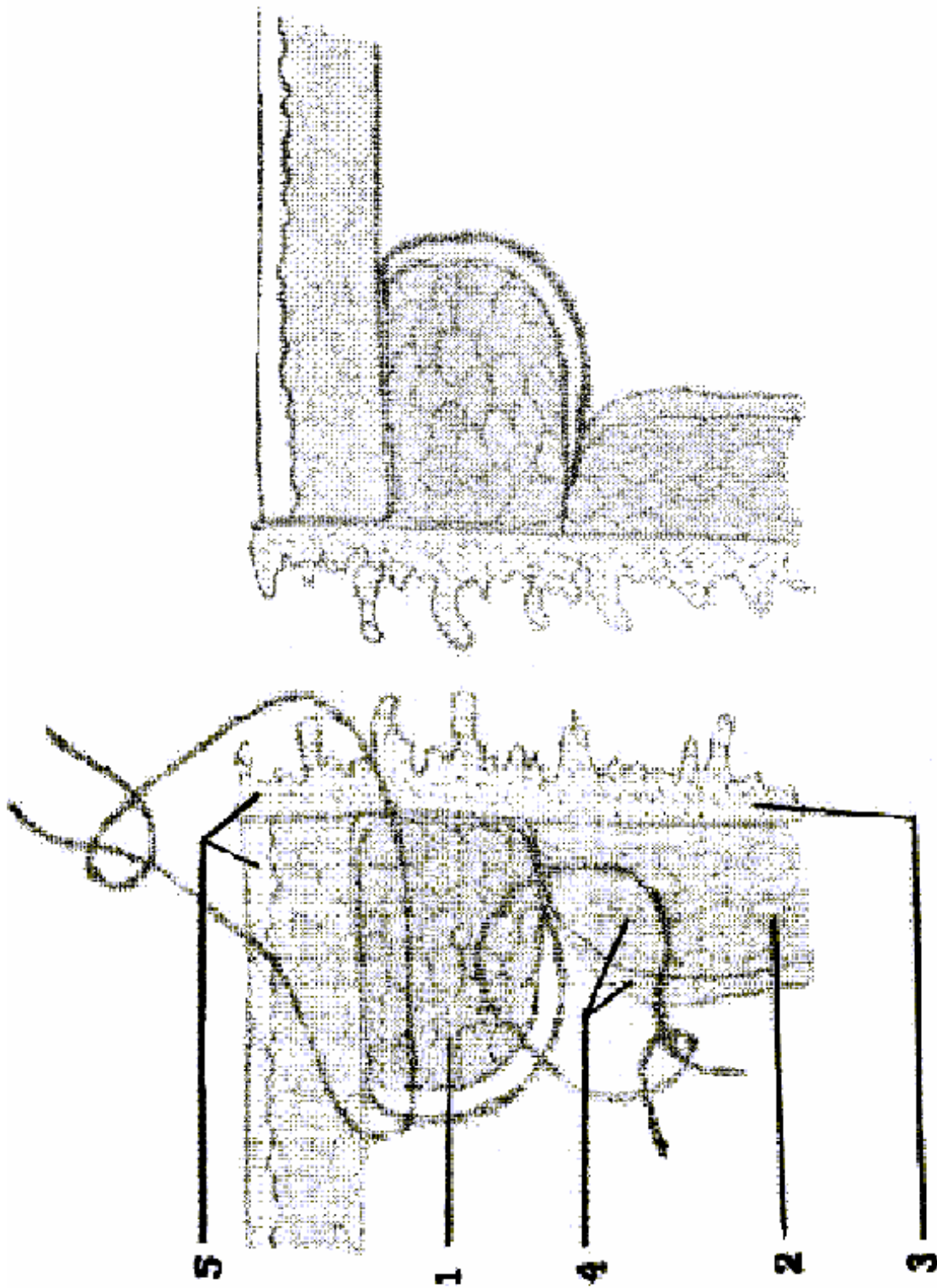
диною. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Гази почали відходити на 3 добу, калові маси – на 5 добу. Рани загоїлися первинним натягненням. Шви знято на 10 добу. У задовільному стані виписана через 12 днів після операції. При огляді через 2 місяці: у хворої сформувався губоподібний повний зовнішній толстокишковий свищ, при довільному напруженні м'язів передньої черевної стінки тиск в дистальному відділі товстої кишки зростає на 54%, у побутових умовах калоприймачем не користується. Стан задовільний, додала увазі 6 кг.

Спосіб пройшов випробування на 6 хворих, яке показало, що застосування запропонованого способу створення штучного затульного апарату

товстої кишки дозволяє довільно втримувати калові маси і частково - гази, звести до мінімуму незручності, пов'язані із застосуванням калоприймача хворими, що перенесли черевно-промежину екстирпацію прямої кишки. Переваги способу формування штучного затульного апарату товстої кишки полягає в можливості одномоментного радикального виконання черевно-промежної екстирпації при раковому захворюванні анального каналу, а також виключення інфікування операційної рани товстокишковою мікрофлорою.

Джерела інформації.

1. Савчик А.Б., Аминев А.М., Качоровский Б.В., Лебедев Ю.А. Противоестественный анус. - Киев: Здоров'я, 1984. - 136 с.



Φιρ.

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
(044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60х84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
(044) 268-25-22

---