



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **76954** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 10/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 07446	(72) Винахідник(и): Шапринський Володимир Олександрович (UA), Шалигін Сергій Михайлович (UA), Верба Андрій В'ячеславович (UA)
(22) Дата подання заявки: 19.06.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.01.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.01.2013, Бюл.№ 2	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ КУКСИ ПРЯМОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб діагностики кукси прямої кишки включає визначення місцезнаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині. За допомогою освітлювача фіброколоноскопа проводять діафаноскопію і визначають місце знаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині під час операції.

UA 76954 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана під час проведення реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці.

Існує спосіб діагностики низько розташованої кукси прямої кишки, зануреної під тазову очеревину, який полягає у тому, що перед розкриттям тазової очеревини виконують ін'єкцію 30-50 мл 0,25 % розчину новокаїну для гідралічної препаровки оточуючих тканин, а після розсічення тазової очеревини в пряму кишку вводять інструмент, наприклад: зонд чи інший інструмент (Григорьев Е. Г., Нестеров И. В., Пак В. Е. / Хирургия колостомированного больного / Новосибирск. - Наука. - 2001. - 70 с; В. Д. Федорова, Г. И. Воробьева, В. Л. Ривкина / Клиническая оперативная колопроктология / Руководство для врачей. - Москва. - 1994. - С. 174).

Недоліком даного способу є те, що при вираженому спайковому процесі спосіб введення інструмента в пряму кишку, малоінформативний (його важко візуалізувати в порожнині малого тазу), так як нерідко куксу повністю закриває сечовий міхур, а у жінок в спайковий процес може бути залучена піхва, також до кукси прямої кишки може бути інтимно припаяний один або обидва сечоводи - це може призвести до пошкодження вищеперерахованих анатомічних структур під час мобілізації кукси прямої кишки. Також зонд та інші інструменти можуть травмувати куксу.

В основу корисної моделі поставлена задача - забезпечити швидке та безпечне знаходження та виділення кукси прямої кишки зі спайок, уникнути пошкодження сусідніх органів шляхом введення фіброколоноскопа в пряму кишку, помірного роздування кукси прямої кишки та з допомогою освітлювача фіброколоноскопа визначенні місця знаходження кукси прямої кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб діагностики кукси прямої кишки включає місцезнаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині, згідно з корисною моделлю, вводять фіброколоноскоп в пряму кишку, помірно роздувають куксу прямої кишки, та з допомогою освітлювача фіброколоноскопа проводять діафаноскопію і визначають місце знаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині під час операції.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після повноцінної ревізії органів черевної порожнини хворого переводять у положення Тренделенбурга, звільняють від спайок петлі тонкої кишки та переміщують петлі в верхній відділ черевної порожнини, відмежовуючи їх вологою стерильною серветкою. В пряму кишку вводять фіброколоноскоп, помірно роздуваючи куксу прямої кишки, з допомогою освітлювача фіброколоноскопа проводять діафаноскопію, знаходять місце розташування освітлювача фіброколоноскопа зі сторони черевної порожнини. В подальшому проводять ретельне розділення зрощень при виділенні відключених відділів товстої кишки, слідкуючи за збереженням цілісності органів що диференціюються під освітленням колоноскопа.

Клінічний приклад.

Хворий Г., 66 років, госпіталізований у Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону з функціонуючою сигмостою (стан після операції Гартмана з приводу раку сигмоподібної кишки T₄N₀M₀ II Вст. III кл. гр., ускладненого товстокишковою непрохідністю). Після операції Гартмана минуло 4 місяці. Хворому після відповідної підготовки було виконано усунення функціонуючої сигмостоми, лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, вісцероентероліз, накладання десцендо-ректо анастомозу по типу кінець в бік, дренажування черевної порожнини. Під час ревізії органів черевної порожнини в пряму кишку був введений фіброколоноскоп, помірно роздуваючи куксу прямої кишки, з допомогою освітлювача фіброколоноскопа проведена діафаноскопія, знайдено місце розташування освітлювача фіброколоноскопа зі сторони черевної порожнини. В подальшому виконане ретельне розділення зрощень та виділений відключений відділ товстої кишки. Цей спосіб скоротив час пошуку відключеного відділу товстої кишки, при цьому не були пошкоджені сусідні органи. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 11 добу.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб діагностики кукси прямої кишки, що передбачає визначення місцезнаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині, який **відрізняється** тим, що вводять фіброколоноскоп в пряму кишку, помірно роздувають куксу прямої кишки, та з допомогою освітлювача фіброколоноскопа проводять діафаноскопію і визначають місце знаходження кукси прямої кишки в черевній порожнині під час операції.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601