



УКРАЇНА

(19) UA (11) 10401 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ТАЗОВОЇ РЕКТОПЛАСТИКИ ПРИ ХВОРОБІ ГІРШПРУНГА**

1

(21) u200503820

(22) 22.04.2005

(24) 15.11.2005

(46) 15.11.2005, Бюл. № 11, 2005 р.

(72) Коноплицький Віктор Сергійович, Погорілий Василь Васильович, Якименко Олександр Григорович, Фомін Олександр Олександрович, Фомина Людмила Василівна

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

2

(57) Спосіб тазової ректопластики при хворобі Гіршпрунга, що передбачає виконання оперативного втручання за методом Соаве, який відрізняється тим, що реконструктивно відновлюють анатомічний рельєф внутрішньої поверхні прямої кишки шляхом створення трьох пар дуплікатур поперекових складок.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для реконструктивних операцій на прямій кишці при хворобі Гіршпрунга.

Відомий спосіб оперативного лікування хвороби Гіршпрунга за методом Соаве, який містить в собі видалення зони агангліозу після демукозації (відділення серозно-м'язевого шару кишки від слизової оболонки останньої) з подальшим формуванням товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець" [Абдоминальная хирургия у детей: Руководство /Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская: АМН СССР. -М.: Медицина, 1988. -С.200].

Недоліком відомого способу є те що, в післяопераційному періоді у хворих спостерігаються часті випороження, часткове неутримання калу, відсутність покликів до акту дефекації. Наведені ускладнення виникають внаслідок інтраопераційного руйнування анатомічного рельєфу внутрішньої поверхні прямої кишки та порушенню її евакуаторної функції.

В основу корисної моделі поставлене завдання зменшити післяопераційні ускладнення за рахунок реконструктивного відновлення анатомофункціональних властивостей прямої кишки.

Поставлене завдання досягається способом, який передбачає виконання оперативного втручання за методом Соаве, в якому згідно з корисною моделлю реконструктивно відновлюють анатомічний рельєф внутрішньої поверхні прямої кишки шляхом створення трьох пар дуплікатур поперекових складок прямої кишки.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Згідно способу лікування хвороби Гіршпрунга виконують серединну лапаротомію. В рану виводять сигмоподібну кишку. Визначають зону агангліозу та ділянку супрастенотичного розширення товстої кишки. Після мобілізації зміненого відділу кишки на відстані 5-6см від перехідної складки очеревини в безсудинній зоні в поперековому напрямку обережно циркулярно розсікають серозно-м'язево-підслизовий шар кишки з подальшим виконанням демукозації на відстань до 2-3см від анального отвору.

При уявному низведенні здорової ділянки низхідного відділу товстої кишки, на відстані 4-5см від внутрішнього анального сфінктера по латеральній і медіальній поверхні, на рівні вплетіння м'яза який підіймає відхідник в повздожній м'язевий шар прямої кишки, на 1/3 діаметру кишки накладають, по три з кожного боку, серозно-м'язеві шви (крок між швами  $1,0 \pm 0,5$ см), таким чином, щоб при їхньому затягуванні формувались дві зустрічні дуплікатури поперекових складок прямої кишки глибиною в 1,5см.

Визначають відстань від верхнього краю внутрішнього сфінктеру до парієтальної очеревини, для того, щоб саме на цьому рівні, після низведення ділянки здорової кишки аналогічним чином сформувати другу пару дуплікатур поперекових складок прямої кишки на 1/3 діаметру кишки.

На рівні проекції симфізу, в зоні крижового згину формують третю пару дуплікатур поперекових складок прямої кишки таким чином, що одна губа розташовувалась по передньо-латеральній

UA (19) 10401 (13) U

поверхні, а друга губа формувалась на 1см вище першої по задньо-латеральній поверхні.

Всі три пари дуплікатур поперекових складок прямої кишки формуються гвинтоподібно відносно вісі кишки.

Приклад

Хворий С., в жовтні 2003р. був прооперований з приводу хвороби Гіршпрунга, підгострої форми. Обсяг оперативного втручання - накладання окремої колостоми.

24.03.04 (історія хвороби №2322) дитині у віці 1 року було виконано оперативне втручання. Оперативне поле оброблене тричі розчином йодонату. З лівобічного транс ректального доступу довжиною до 15см розкрита черевна порожнина. Аганг-

ліонарна зона визначалась на протязі 15см від анального отвору субмукозно виділений футляр за Соаве. Додатково на низведеній кишці сформовані три пари дуплікатур поперекових складок на неректум на сигмоподібній кишці згідно з викладеним вище способом. Післяопераційна рана пошарово зашита окремими вузловатими швами.

16.06.04. хворому проведено оперативне втручання - закриття колостоми, накладання товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець".

Дитина оглянута через 6 та 9 місяців після останньої операції. Розвивається задовільно. Післяопераційні ускладнення відсутні, кал утримує, випорожнення регулярні 1-2 рази на добу, калові маси сформовані.