



УКРАЇНА

(19) UA (11) 57482 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00
A61M 27/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

(21) u201010825

(22) 08.09.2010

(24) 25.02.2011

(46) 25.02.2011, Бюл.№ 4, 2011 р.

(72) МИЛИЦЯ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ПОСТОЛЕНКО МИКОЛА ДМИТРОВИЧ, МИЛИЦЯ КОСТЯНТИН МИКОЛАЙОВИЧ

(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, МИЛИЦЯ МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ПОСТОЛЕНКО МИКОЛА ДМИТРОВИЧ, МИЛИЦЯ КОСТЯНТИН МИКОЛАЙОВИЧ

2

(57) Спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, що включає пошаровий розріз тканин у правому підребер'ї, пошук та мобілізацію печінкового кута товстої кишки, накладання двустовбурової колостоми, який відрізняється тим, що мобілізацію печінкового кута товстої кишки виконують під час первинної операції з наступним проведенням поліхлорвінілової трубки під мобілізований кут товстої кишки та виведенням її через поодинокий прокол на передню черевну стінку, причому розріз тканин виконують у правому підребер'ї над цією поліхлорвініловою трубкою.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме колопроктології, і може бути використана в лікування неспроможності швів колоректального анастомозу.

Існує багато способів лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, але вони недостатньо ефективні, у деяких випадках приводять до ускладнень, що викликало необхідність у розробці нових способів.

Відомий спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, який полягає у формуванні двустовбурової колостоми, шляхом виконання серединної релапаротомії, формування двустовбурової колостоми однією з типових методик. Виконують інтраопераційну санацію черевної порожнини та її дренажування (Брюсов П.Г. Профилактика несостоятельности сигморектальных анастомозов после передней резекции прямой кишки по поводу рака /П.Г. Брюсов, И.М. Иноят, С.Н. Переходов //Хирургия. - 1996. - № 2. - С. 45-48.).

Спільною суттєвою ознакою аналога і корисної моделі, що заявляється, є накладання двустовбурової колостоми.

Цей спосіб достатньо складний та травматичний, тому що вимагає проведення серединної релапаротомії, яка потребує загального знеболювання. При ревізії черевної порожнини руйнуються зрощення, що посилює інтраопераційну травму, яка послабляє хворого, усугубляє поліорганну не-

достатність, яка призводить до зростання ускладнень та летальності.

Найбільш близьким за технічною суттю та результатом, що досягається, є спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, який полягає у пошаровому розрізі тканин у правому підребер'ї, пошуку та мобілізації печінкового кута товстої кишки, накладанні двустовбурової колостоми та установці дренажів до зони анастомозу (патент РФ № 2005101570/14, Способ лечения несостоятельности толстокишечного анастомоза, Сафронов Д.В., Богомолов Н.И., Пикулина Л.Г., опубл. 03.10.2007, МПК А61В 17/00).

Спільною суттєвою ознакою найближчого аналога і корисної моделі, що заявляється, є пошаровий розріз тканин у правому підребер'ї, пошук та мобілізацію печінкового кута товстої кишки, накладання двустовбурової колостоми.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що вимагає тривалих пошуків і мобілізації товстої кишки в умовах спайкового процесу після первинної операції, та може привести до інтраопераційної травми ділятованої та паретичної товстої кишки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу шляхом накладання двустовбурової колостоми у правому підребер'ї над поліхлорвініловою трубкою, яка виведена через поодинокий прокол на передню черевну стінку та підведена під мобілізований печінковий

(13) U
(11) 57482
(19) UA

кут товстої кишки під час первинної операції, що забезпечує зменшення тривалості, зниження складності і травматичності операції.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, що включає пошаровий розріз тканин у правому підребер'ї, пошук та мобілізацію печінкового кута товстої кишки, накладання двустовбурової колостоми, новим є те, що мобілізацію печінкового кута товстої кишки виконують під час первинної операції з наступним проведенням поліхлорвінілової трубки під мобілізований кут товстої кишки та виведенням її через поодинокий прокол на передню черевну стінку, причому розріз тканин виконують у правому підребер'ї над цією поліхлорвініловою трубкою.

За рахунок того, що під час первинної операції виконується мобілізація печінкового кута товстої кишки, під яку проводиться поліхлорвінілова трубка, що виводиться через поодинокий прокол на передню черевну стінку, пошаровий розріз передньої черевної стінки виконують розміром 3-4 см точно над мобілізованим печінковим кутом товстої кишки, що значно зменшує час операції. Спосіб не потребує тривалих пошуків і мобілізації печінкового кута товстої кишки в умовах спайкового процесу після первинної операції, що значно зменшує операційну травму та тривалість операції. Зникає можливість інтраопераційної травми ділятованої та паретичної товстої кишки, при проведенні поліхлорвінілової трубки під останньою. Можливе виконання операції під місцевим знеболюванням без використання міорелаксантів. Таким чином, не виконують ендотрахеальний наркоз, який значно послаблює хворого, посилює поліорганну недостатність, призводить до зростання післяопераційних ускладнень та росту летальності.

Таким чином, спосіб ефективний при лікуванні неспроможності колоректального анастомозу. При використанні цього способу забезпечується зменшення тривалості, зниження складності і травматичності операції.

Спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу здійснюють таким чином.

Під час первинної операції - резекції прямої кишки, після накладання колоректального анастомозу, виконують мобілізацію печінкового кута товстої кишки, з проведенням під нею поліхлорвінілової трубки, та виведенням останньої через поодинокий прокол на передню черевну порожнину у правому підребер'ї. Мобілізований печінковий кут товстої кишки повертається у вільну черевну порожнину таким чином, щоб проведена поліхлорвінілова трубка не перешкоджала транспорту хімісу по товстій кишці. Вільна черевна порожнина ретельно відгороджується великим сальником, щоб туди не потрапили петлі тонкої кишки і не вивали кишкову непрохідність.

При виникненні неспроможності колоректального анастомозу, операцію проводять використовуючи місцеву анестезію. Після обробки операційного поля антисептичними розчинами, виконують пошаровий розріз тканин передньої черевної стінки у правому підребер'ї над місцем виходу поліх-

лорвінілової трубки. Виведення мобілізованого печінкового кута товстої кишки в рану, за допомогою тракції за поліхлорвінілову трубку і накладання двустовбурової колостоми проводять за однією з типових методик.

Приклад.

1. Хвора С. 62 років, госпіталізована у хірургічне відділення 9 БМКЛ з діагнозом - рак верхньоампулярного відділу прямої кишки Т3N0M0, ускладнений кровотечею. Після повноцінного обстеження та комплексної передопераційної підготовки 17.03.10 р. виконана операція – лапаротомія, передня резекція прямої кишки, з мобілізацією печінкового кута товстої кишки, проведення під неї поліхлорвінілової трубки та виведенням останньої через поодинокий прокол на передню черевну порожнину у правому підребер'ї.

На 5 добу у хворої з'явилися ознаки неспроможності колоректального анастомозу.

Використовуючи місцеву анестезію, після обробки операційного поля антисептичними розчинами, зроблено пошаровий розріз тканин передньої черевної стінки у правому підребер'ї над місцем виходу поліхлорвінілової трубки. За допомогою тракції за поліхлорвінілову трубку виведений в рану мобілізований печінковий кут товстої кишки та накладена двустовбурова колостома за типовою методикою.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Двустовбурова колостома функціонує добре. Хвора виписана із відділення на 10 добу після виникнення неспроможності швів колоректального анастомозу.

2. Хворий Б. 56 років, госпіталізований у хірургічне відділення 9 БМКЛ з діагнозом - рак середньоампулярного відділу прямої кишки Т3N1M0, ускладнений кровотечею. Після повноцінного обстеження та комплексної передопераційної підготовки 16.06.10 р. виконана операція - лапаротомія, передня резекція прямої кишки, з мобілізацією печінкового кута товстої кишки, проведення під неї поліхлорвінілової трубки та виведенням останньої через поодинокий прокол на передню черевну порожнину у правому підребер'ї.

На 6 добу у хворого з'явилися ознаки неспроможності колоректального анастомозу.

Використовуючи місцеву анестезію, після обробки операційного поля антисептичними розчинами, виконаний пошаровий розріз тканин передньої черевної стінки у правому підребер'ї над місцем виходу поліхлорвінілової трубки. За допомогою тракції за поліхлорвінілову трубку виведений в рану мобілізований печінковий кут товстої кишки та накладена двустовбурова колостома за типовою методикою.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Двустовбурова колостома функціонує добре. Хворий виписаний із відділення на 10 добу після виникнення неспроможності швів колоректального анастомозу.

Таким чином, спосіб лікування неспроможності швів колоректального анастомозу, що заявляється, забезпечує зменшення тривалості, зниження складності і травматичності операції.

