



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **116954** (13) **U**

(51) МПК (2017.01)

A61B 17/00

A61B 17/11 (2006.01)

A61F 2/04 (2013.01)

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 13265	(72) Винахідник(и): Дронов Олексій Іванович (UA), Дронова Вікторія Леонідівна (UA), Коваленко Андрій Петрович (UA), Земсков Сергій Володимирович (UA), Рощина Лариса Олександрівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 26.12.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.06.2017	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.06.2017, Бюл.№ 11	(73) Власник(и): Дронов Олексій Іванович, вул. Омеляновича-Павленка, 19, кв. 75, м. Київ, 01010 (UA), Дронова Вікторія Леонідівна, вул. Омеляновича-Павленка, 19, кв. 75, м. Київ, 01010 (UA), Коваленко Андрій Петрович, вул. Автозаводська, 103, кв. 41, м. Київ, 04140 (UA), Земсков Сергій Володимирович, вул. Антоновича, 150, кв. 13, м. Київ, 03150 (UA), Рощина Лариса Олександрівна, пр. Свободи, 24, кв. 29, м. Київ, 04215 (UA)

(54) СПОСІБ ОРТОТОПІЧНОЇ КИШКОВОЇ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОГО МІХУРА

(57) Реферат:

Спосіб ортотопічної кишкової пластики сечового міхура включає формування резервуара із сегменту тонкої кишки, в який вшивають сечоводи. У випадку враження прямої кишки вихід сечового резервуара вшивають в сформовану товстокишкову стому.

UA 116954 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме хірургії, і може бути використана при операцій видалення сечового міхура та прямої кишки при раковому враженні і виведенні колостоми при тотальній або передній екзентерації таза.

Найближчим аналогом є спосіб ортотопічної кишкової пластики сечового міхура, який включає формування резервуара із сегменту тонкої кишки, в який вшивають сечоводи, при цьому вихід резервуара виводять назовні і фіксують на передній черевній стінці. Цей спосіб по Bricker [Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Корякін О.Б. Рак сечового міхура. - М.: "Вердана", 2001. - С. 154-156].

Недоліками цього способу при одночасному враженні сечового міхура та прямої кишки висока травматичність під час операції та низький рівень якості життя в післяопераційному періоді із-за наявності двох стом.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу ортотопічної кишкової пластики сечового міхура, який за рахунок виведення сечі в сформовану товстокишкову стому забезпечував би зниження травматичності та покращення якості життя в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі ортотопічної кишкової пластики сечового міхура, який включає формування резервуара із сегменту тонкої кишки, в який вшивають сечоводи, згідно з корисною моделлю, у випадку враження прямої кишки вихід сечового резервуара вшивають в сформовану товстокишкову стому.

Вшивання виходу сечового резервуара в сформовану товстокишкову стому забезпечує зниження травматичності операції, тому що не потрібно формувати додатково сечову стому, що також забезпечує підвищення якості життя в післяопераційному періоді.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Операцію виконують під ендотрахеальним наркозом. Серединна лапаротомія, виконують лімфаденектомію, екзентерацію таза, формують товстокишкову стому. Виконують мобілізацію 60 см термінального відділу тонкої кишки, відступивши 20-25 см від ілеоцекального кута. При достатній довжині брижі, як правило, досить перетнути артерію найближчої до стінки кишки судинної аркади, але при цьому намагаються зберігати основні судини, при цьому розсікають брижі на довжину 10 см, що є достатнім для подальших дій. Перетинають стінку кишки під прямим кутом з попередньою перев'язкою судин підслизового шару. Прокіштовує шлунково-кишкового тракту відновлюють накладенням міжкишкового анастомозу між проксимальним і дистальним кінцями кишечника - "кінець в кінець" дворядним вузловим швом так, щоб сформований анастомоз знаходився над брижею мобілізованого кишкового трансплантата. Перша дія - проксимальний кінець трансплантата затискають м'яким затискачем і в просвіт кишечника вводять силіконовий зонд, по якому нагнітають теплий 3 % розчин борної кислоти, для видалення кишкового вмісту. Після цього звільняють проксимальний кінець трансплантата від затискача і розправляють рівномірно його на зонді, формують трубчастий кишковий резервуар. Друга дія полягає в анастомозуванні сечоводів з кишковим резервуаром з антирефлюксним захистом на сечовідних зовнішніх стентах. Третя дія полягає в накладенні анастомозу сформованого тонкокишкового кондуїту тобто сечового резервуара до сформованої товстокишкової стоми циркулярним степлером діаметром від 25 до 29 мм. Четверта дія - для попередження можливого зсуву трансплантата і деформації уретральної трубки окремими швами ниткою, що розсмоктується, виконують фіксацію передньої стінки резервуара до культі лонно-міхурово, лонно-простатичних зв'язок або до окістя лонних кісток.

Приклад: Хворий А., 43 років. Звернувся в хірургічне відділення в порядку планової допомоги з діагнозом рак прямої кишки, стан після комбінованого лікування. В анамнезі у хворого до моменту надходження діагноз встановлений 6 років тому. За час спостереження виконані: операції резекції прямої кишки, сигмостомія. Виконано курс системної і один курс дистанційної променевої терапії. На момент надходження у хворого виявили рецидив захворювання - клінічно зморщений сечовий міхур (ефективний обсяг сечового міхура не більше 50 мл), виражений больовий синдром, частота сечовипускань до 25 разів на добу. Діагноз підтверджений гістологічно. Проведені інструментальні методи обстеження: УЗД органів черевної порожнини, КТ органів малого таза, ізотопну остеосцинтиграфію, рентгенографію органів грудної клітини - даних за віддалені метастази не отримано. З огляду на рецидив захворювання, зміни, що розвинулися в сечовому міхурі, що значно погіршувало якість життя хворого, вирішено виконати радикальну операцію - тотальну екзентерацію таза з лімфаденектомією. Хворому виконана ортотопічна пластика сечового міхура.

Операцію виконали під ендотрахеальним наркозом. Доступом серединної лапаротомії, виконали лімфаденектомію, екзентерацію таза, сформували товстокишкову стому. Виконали мобілізацію 60 см термінального відділу тонкої кишки, відступивши 20-25 см від ілеоцекального

- кута. Прохідність шлунково-кишкового тракту відновили накладенням міжкишкового анастомозу між проксимальним і дистальним кінцями кишечника - "кінець в кінець" дворядним вузловим швом так, щоб сформований анастомоз знаходився над брижею мобілізованого кишкового трансплантата. Сформували тонкокишковий трансплантат із послідуочим анастомозуванням сечоводів з кишковим резервуаром з антирефлюксним захистом на сечовідних зовнішніх стентах. Сформували анастомоз сформованого тонкокишкового кондуїту, тобто сечового резервуара, до товстокишкової стоми циркулярним степлером діаметром від 25 мм. Для попередження можливого зсуву трансплантата і деформації уретральної трубки окремими швами ниткою, що розсмоктується, виконували фіксування передньої стінки резервуара до окістя лонних кісток. Операція проведена без технічних складнощів, без ускладнень в ранньому післяопераційному періоді. Сечовідні катетери видалені на 10-у добу. До 3-х місяців після операції зберігалось нічне нетримання сечі (при тому, що хворий строго виконував всі рекомендації). В подальшому відновилося адекватне сечовипускання. Хворий повернувся до колишньої роботи. При етапному обстеженні через 12 місяців відзначено досягнення ємності кишкового резервуара до 400 мл при максимальній швидкості потоку сечі 20 мл/хв.
- Запропонований спосіб лікування застосований у п'яти хворих, всі чоловіки. Троє хворих оперовані багатоетапним способом, і двом хворим операція виконана за один етап. Тривалість спостереження сягає 18 місяців. Найбільш частим ускладненням є порушення еректильної функції, відзначено у 4-х хворих. У всіх хворих відмічається задовільна якість життя, при наявності однієї загальної стоми. В той же час при лікуванні п'яти хворих за способом-аналогом у всіх випадках була необхідність формування як цистостоми, так і сформованої товстокишкової стоми.
- Таким чином, порівняння із аналогом показує, що запропонований спосіб забезпечує зниження травматичності операції та підвищення якості життя хворого в післяопераційному періоді.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб ортотопічної кишкової пластики сечового міхура, при якому виконують формування резервуара із сегменту тонкої кишки, в який вшивають сечоводи, який **відрізняється** тим, що у випадку враження прямої кишки вихід сечового резервуара вшивають в сформовану товстокишкову стому.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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