



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **97851** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2014 10680**
(22) Дата подання заявки: **30.09.2014**
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.04.2015**
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **10.04.2015, Бюл.№ 7**

(72) Винахідник(и):
Гордійчук Прокіп Іванович (UA),
Клюсов Артем Олександрович (UA),
Гордійчук Микола Прокопович (UA)
(73) Власник(и):
Гордійчук Прокіп Іванович,
вул. Симиренка, 5, кв. 236, м. Київ, 03134 (UA),
Клюсов Артем Олександрович,
вул. Беретті, 5-а, кв. 176, м. Київ, 02222 (UA),
Гордійчук Микола Прокопович,
вул. Симиренка, 5, кв. 236, м. Київ, 03134 (UA)

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ У КОЛОСТОМОВАНИХ ХВОРИХ З ПІСЛЯПРОМЕНЕВИМИ ЗМІНАМИ В ОРГАНАХ І ТКАНИНАХ МАЛОГО ТАЗУ

(57) Реферат:

Спосіб відновлення кишкової безперервності у колостомованих хворих з післяпроменевими змінами в органах і тканинах малого тазу включає попереднє зашивання колостоми, виконання серединної лапаротомії, розсічення злук для ревізії черевної порожнини і отримання доступу до органів малого тазу. Підготовка кукси прямої кишки до накладання анастомозу, висічення колостоми з підготовкою ободової кишки до вибраного способу анастомоза, формування анастомозу, закриття лапаротомної рани, відсічення надлишку зведеної кишки на 12-14 доби. Основний об'єм втручання розподілено на три етапи: I-й етап - вибір місця і відкриття прозору кукси прямої кишки, який здійснюється без її виділення і через усі шари; II-й етап - спосіб конусоподібного формування інвагінації з ободової кишки для зведення на ПХВ зонду і III-й етап - формування інвагінаційного анастомозу, який не потребує відсічення зведеної кишки.

UA 97851 U

Корисна модель належить до медицини, а точніше до хірургії, онкохірургії.

Відомо, що виконання реконструктивно-відновного хірургічного втручання у колостомованих хворих після опромінення, які отримали максимально можливу дозу є вкрай ризикованим у зв'язку з технічними труднощами виділення кукси прямої кишки та високим ризиком виникнення неспроможності анастомозу. Кількісний показник колостомованих хворих складають не лише хворі оперовані з приводу колоректального раку, але і пацієнти, яким виконані оперативні втручання для усунення післяпроменевих ускладнень (коло-ректовезикальні, колоректопихвові нориці), що виникли в процесі лікування злоякісної патології шийки матки, тіла матки, передміхурової залози тощо. За літературними даними, близько 50 % серед колостомованих хворих складають люди працездатного віку. Про актуальність даної проблеми свідчать і наступні факти: в структурі онкологічної захворюваності колоректальний рак знаходиться на першому місці. Не винятком є і Україна, за останнє десятиріччя (2003-2013 рр) показник захворюваності на рак товстої кишки зріс з 32,4 до 44,2 випадків на 100 тис. населення, а у м. Києві відповідно 34,8 до 47,3 випадків. Приріст захворюваності за вказаний період збільшився на чверть. Незважаючи на великий досвід в лікуванні даної нозології, прагнення хірургів до виконання функціонально зберігаючих хірургічних втручань, оперативні втручання у 27-50 % хворих завершуються з формуванням колостоми.

Існує значна кількість способів формування колоректального анастомозу при виконанні реконструктивно-відновного хірургічного лікування у колостомованих хворих, однак, зберігається високий ризик виникнення післяопераційних ускладнень з межами від 26,6 до 60 % та високою летальністю на рівні 5-10,4 %. Пріоритетом в хірургічній реабілітації даної категорії хворих в останні роки є існуюча сучасна концепція, а саме:

- скорочення термінів лікування з зниженням вартості лікувально-діагностичних заходів, яка зумовлює удосконалення усіх етапів лікування колостомованих хворих;
- розробка і удосконалення способів хірургічних втручань з метою зниження розвитку післяопераційних ускладнень;
- розширення показів до відновлення безперервності товстої кишки за рахунок зниження травматичності.

Найбільш близьким способом формування колоректального анастомозу є запропонована W. Vabcock (1932), методика операції зведення ободової кишки через куксу прямої кишки із залишенням надлишку з наступним його відсічення через 14-21 день. Вказаний спосіб має безліч модифікацій в залежності від ситуації, в яких він використовується [1, 2, 3, 5]. За прототип вибрана модифікація відновлення безперервності кишкової трубки у хворих з колостою (Під ред. В.И. Книша) [4]. Автори описують відновні етапи операції: шивання колостоми, виділення проксимального сегмента кишки з колостою, які не відрізняються від загальноновизнаних. Наведений спосіб передбачає для полегшення виділення кукси введення в пряму кишку тубуса ректоскопа, виділення площадки на стінці прямої кишки з накладанням механічного терміно-латерального анастомозу, при можливості виділення кукси з її циркулярною резекцією і накладанням механічного анастомозу "кінець в кінець". У хворих з короткою куксою і неможливістю виділення площадки на стінці кишки виконують протягування сигмоподібної кишки в куксу прямої кишки, через її стінку або через сформований тунель, відсепарувавши слизово-підслизовий шар кукси прямої кишки, на другому етапі відсікають зведену кишку та накладають вузлові шви.

Недоліком даного способу є те, що при післяпроменевих змінах в органах і тканинах малого тазу спостерігається відсутня диференціація структур, їх набряк, дряблість, підвищена кровоточивість, що є перепорою для виділення кукси прямої кишки чи площадки на її стінці. Використання механічного шва за вказаних причин неможливе із-за високої неспроможності. Формування тунелю має високу ймовірність виникнення кровотечі, як з кукси, так із тазових венозних сплетінь з високим ризиком інших інтраопераційних та післяопераційних ускладнень. Виконання другого етапу у хворих з післяпроменевим ректитом є технічно важко і травматично.

Задачею корисної моделі є одноетапне відновлення кишкової безперервності у колостомованих хворих з післяпроменевими змінами в органах і тканинах малого тазу з зведенням до мінімуму інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що при виконанні реконструктивно-відновного хірургічного лікування у колостомованих хворих є загальнопризнані етапи, які передбачають: попереднє зашивання колостоми, виконання серединної лапаротомії, розсічення вісцероперитонеальних та вісцеральних злук для ревізії черевної порожнини і отримання доступу до органів малого тазу, підготовка кукси прямої кишки до накладання анастомозу, висічення колостоми з підготовкою ободової кишки до вибраного способу анастомоза, формування анастомозу, закриття лапаротомної рани.

Суттєвими ознаками пропонованої корисної моделі, які забезпечать досягнення бажаного результату у приведеній категорії хворих є зміни у виконанні основного об'єму втручання, який розподілено на три етапи: I-й вибір місця і підготовка кукси прямої кишки до накладання анастомозу: після введення в куксу обтуратора ректоскопа, хірург з черевної порожнини, орієнтуючись по крижовій кістці, вибирає площадку для проведення розрізу, з товщиною тканин над головою обтуратора не більше 5-7 мм. Розріз виконується паралельно крижовій кістці, розсікаючи тканини на всю товщину з проникненням в прозір прямої кишки, розріз подовжується до 4-5 см, накладаються 6 довгих держалок по отриманому ободу з прошиванням через товщу тканин з обов'язковим захватом підслизового і слизового шару кишки, держалки беруться на затискачі; II-й етап підготовка інвагіату з ободової кишки для анастомозу: максимально виділивши коlostомовану ободову кишку до апоневротичного шару, кишка між двома УКЛ пересікається, мобілізується з збереженням кровопостачання з надлишком не менше 15 см відстані до запланованого анастомозу. Виконується виділення стінки кінця кишки від брижі по ободу в продовж 2 см, конусоподібне модулювання брижі в продовж 5 см з верхівкою конусу до виділеної стінки кишки з накладанням вузлових швів на краї вісцеральної очеревини брижі. В прозір кишки вводиться ПХВ зонд розміром № 36 і відступивши 1,5 см від верхівки конуса брижі циркулярно, щільно фіксуються по ободу виділену стінку кишки; III-й етап формування інвагінаційного анастомозу: держалками з прямої кишки біля основи інвагіату виконують по ободу серозно-м'язове та вісцеральне прошивання, проводять тракцію за зонд проведений транс-ректоанально, модулюємо щоб інвагіат занурився в порожнину прямої кишки на глибину 3-4 см і співпали по ободу лінії прошивання зведеної кишки з прямою з наступним зав'язуванням швів. Виведений трансанально зонд при помірній тракції фіксують до анодерми.

Запропонована корисна модель пояснюється кресленням, де на Фіг. 1 I-й етап - вибір місця і відкриття прозору кукси прямої кишки, де показано: 1 - промоторіум; 2 - сечовий міхур; 3 - прозір відкритої прямої кишки; 4 - спосіб накладання держалок, на Фіг. 2 II-й етап - інвагіат з ободової кишки для анастомозу: 1 - циркулярна фіксація зонда в прозорі кишки; 2 - ПХВ зонд; 3 - виділена ділянка кишки від брижі; 4 - конусоподібне модулювання брижі, а на Фіг. 3 III-й етап - сформований інвагінаційний анастомоз: 1 - прозір зведеної кишки; 2 - інвагіат в порожнині прямої кишки; 3 - сечовий міхур; 4 - порожнина прямої кишки; 5 - ПХВ зонд; 6 - фіксація зонда до анодерми.

Запропонований спосіб виконується наступним чином.

Після попереднього зашивання колостоми, виконують серединну лапаротомію, при потребі розсікаються вісцеро-перитонеальні та вісцеральні злуки для проведення ревізії черевної порожнини і виявлення регіонарних чи віддалених метастазів, ревізія органів малого тазу. Трансанально в куксу прямої кишки вводять обтуратор ректоскопа, а хірург з черевної порожнини, орієнтуючись на крижову кістку, вибирає площадку для проведення розрізу, з товщиною тканин над головою обтуратора не більше 5-7 мм. Розріз виконують паралельно крижовій кістці, розсікаючи тканини на всю товщину з проникненням в прозір прямої кишки, розріз подовжується до 4-5 см, накладаються 6 довгих держалок по отриманому ободу з прошиванням через товщу тканин з обов'язковим захватом підслизового і слизового шару кишки, держалки беруться на затискачі. Виділяють ободову кишку, яка несе колостому, максимально до апоневротичного шару місця фіксації стоми, кишку між двома УКЛ пересікають, виконують мобілізацію кишки з збереженням кровопостачання і з необхідним надлишком її довжини щонайменше 15 см до відстані запланованого анастомозу. Переконавшись у адекватному кровопостачанні виділеної ободової кишки формують інвагіат, від краю виділяють стінку кишки від брижі в продовж 2 см, модулюють конусоподібно брижу в продовж 5 см з верхівкою до виділеної стінки кишки з накладанням вузлових швів на краї вісцеральної очеревини брижі. В прозір кишки вводять ПХВ зонд розміром № 36 і, відступивши дистально 1,5 см від верхівки конуса брижі циркулярно, щільно фіксують його по ободу виділеної стінки кишки. По ободу на основу конуса сформованого інвагіату накладають серозно-м'язові та вісцеральні шви нитками держалками з прямої кишки. Фіксований зонд в ободові кишці проводять через отвір прямої кишки та через анальний канал. Виконують тракцію за зонд, модулюючи, щоб інвагіат занурився в порожнину прямої кишки на глибину 3-4 см і співпали по ободу лінії прошивання зведеної кишки з прямою і зав'язують нитки. Виведений трансанально зонд при помірній тракції фіксують до анодерми. Виконують перитонізацію, висічення колостоми та зашивання дефекту, дренажування черевної порожнини, укладка петель тонкої кишки у фізіологічно вигідному положенні, пошарове зашивання лапаротомної рани, асептична пов'язка.

Приклад: Хвора З., історія хвороби за № 13717, 38-м років, госпіталізована в абдомінальне відділення Київського міського клінічного онкологічного центру для реконструктивно-відновного хірургічного лікування з діагнозом: Рак шийки матки St II, Стан після променевого лікування - 75

Гр. (2012 р.), одностовбурна колостома (2012 р.) Кл.гр. III. З анамнезу в березні 2012 р завершений курс променевої терапії за класичним фракціонуванням (РОД - 1,8-2,2 Гр.; СОД - 75 Гр.). У липні цього-ж року у хворої виникла ректо-піхвова нориця, виконано хірургічне лікування: Передня резекція прямої кишки з формуванням одностовбурної колостоми. В січні 2013 р. хвора обстежена, згідно з стандартом, до нозологічного захворювання, за результатами обстежень продовження хвороби не виявлено, кукса прямої кишки до 6 см з ознаками після променевого ректиту. Хворій виконано реконструктивно-відновне хірургічне втручання за вище представленим способом. Післяопераційний період протікав гладко, на сьому добу зонд видалено з прорізаною лігатурою, випорожнення відновлено, виписана на 12 добу на амбулаторне спостереження. При повторному огляді через 3 місяці ускладнень не виявлено, випорожнення кероване два рази на добу. Клінічна апробація способу проведена в клініці, оперовані 7 хворих, з них 4 жінки і 3 чоловіка. Післяопераційної летальності не було, післяопераційні ускладнення виникли у одного хворого, які були ліквідовані консервативно.

Таким чином, запропонований спосіб є надійним і одним із можливих при виконанні реконструктивно-відновного хірургічного лікування у хворих з післяпроменевими змінами органів і тканин малого тазу.

Джерела інформації:

[1] Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза // Вестник хирургии. - 1998. - № 6. - С.34-39.

[2] Бондарь Г.В., Псарас Г.Г., Бондаренко Н.В. Способ восстановления кишечной непрерывности у больных с короткой культей прямой кишки после операции Гартмана // Патент RU 2274420 С1. - Опубл. 20.04.2005.

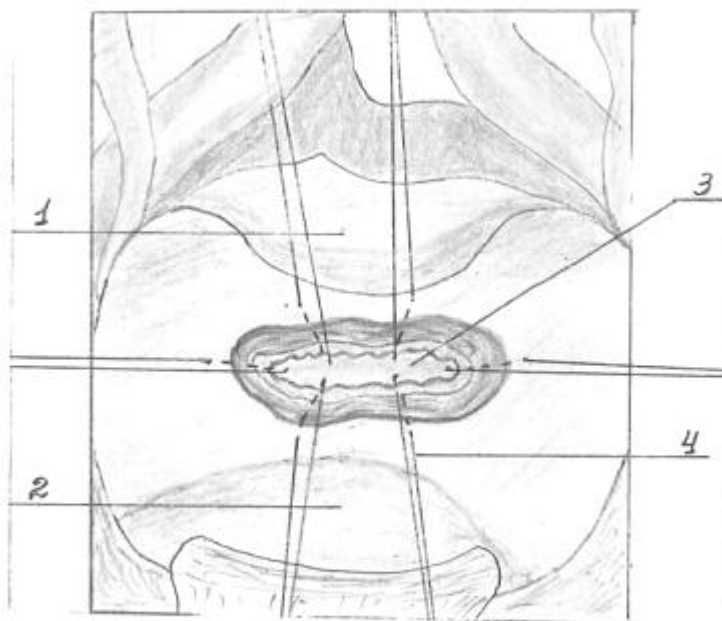
[3] Воробьев Г.И., Рудин Э.П., Жученко А.П. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана // Хирургия. - 1985. - № 2. - С. 54-57.

[4] Рак ободочной и прямой кишки / Под ред. В.И. Кныша. - М.: Медицина, 1997. - 304 с.

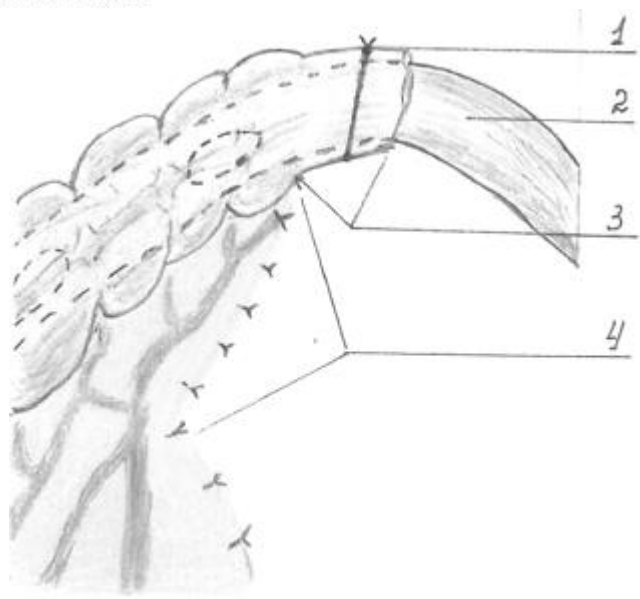
[5] Саламов К.Н., Жученко А.П., Москалев А.И. Выбор метода восстановления естественного пассажа по толстой кишке после операции Хартманна при "короткой" культе прямой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - № 1. - С. 56-61.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

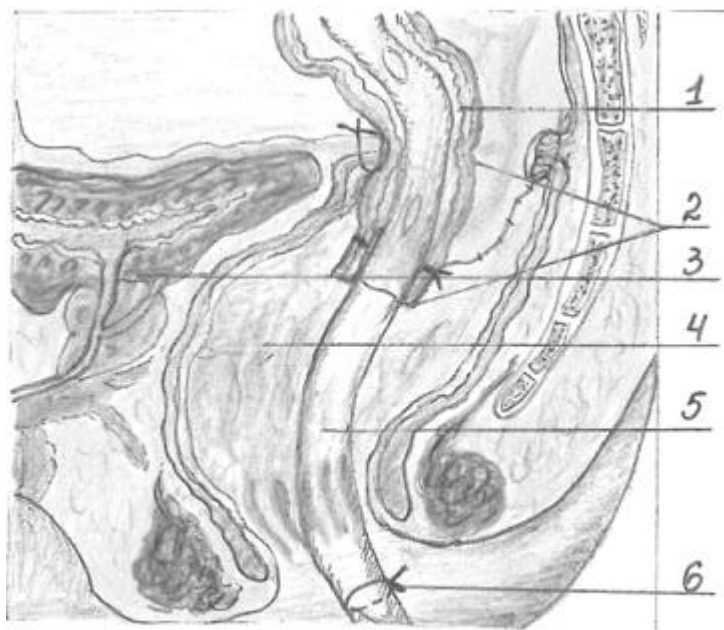
Спосіб відновлення кишкової безперервності у колостомованих хворих з післяпроменевими змінами в органах і тканинах малого тазу, що включає попереднє зашивання колостоми, виконання серединної лапаротомії, розсічення злук для ревізії черевної порожнини і отримання доступу до органів малого тазу, підготовка кукси прямої кишки до накладання анастомозу, висічення колостоми з підготовкою ободової кишки до вибраного способу анастомоза, формування анастомозу, закриття лапаротомної рани, відсічення надлишку зведеної кишки на 12-14 доби, який **відрізняється** тим, що він є одноетапним, а основний об'єм втручання розподілено на три етапи: 1-й етап - вибір місця і відкриття прозору кукси прямої кишки, який здійснюється без її виділення і через усі шари; II-й етап - спосіб конусоподібного формування інвагінації з ободової кишки для зведення на ПХВ зонду і III-й етап - формування інвагінаційного анастомозу, який не потребує відсічення зведеної кишки.



Фіг. 1 I-й етап - вибір місця і відкриття прозору кукси прямої кишки



Фіг. 2 II-й етап - інвагінат з ободової кишки для анастомозу



Фіг. 3 III-й етап - сформований інвагінаційний анастомоз

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

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

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