



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **39523** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ УРАЖЕННІ ЙОГО ПУХЛИНОЮ ПРЯМОЇ КИШКИ**

1

2

(21) u200812815

(22) 03.11.2008

(24) 25.02.2009

(46) 25.02.2009, Бюл.№ 4, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
КРИВОРІТЬКО ІГОР ВАДИМОВИЧ, UA, ГРОМА
ВАСИЛЬ ГРИГОРОВИЧ, UA, ЄВТУШЕНКО ДЕНИС
ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA(57) Спосіб відновлення сечового міхура при ура-
женні його пухлиною прямої кишки, що включає

формування резервуара, відновлення цілісності
кишечнику та імплантацію сечоводів, який **відріз-
няється** тим, що ємність залишків сечового міхура
збільшують попередньою пластикою клаптем клу-
бової кишки, цілісність кишки відновлюють енте-
роентероанастомозом, сечоводи імплантують про-
тягуванням через тонку кишку в підслизовому
шарі, формують нові устя сечоводів, в проксима-
льні відділи яких вводять інтубатори, які фіксують
та виводять з епіцистостою на передню поверх-
ню черевної стінки.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії, і може бути використана для від-
новлення сечового міхура при ураженні його пух-
линою прямої кишки.

Відомий спосіб відновлення сечового міхура
після його резекції при його ураженні пухлиною
прямої кишки включає формування резервуару з
ілеоцекального відділу, при формуванні якого мо-
білізують сліпу кишку, потім висхідну кишку про-
шивають зшиваючим апаратом та пересікають з
зануренням її проксимального кінця у кисетний
шов. Клубову кишку пересікають на відстані 10-
12см від ілеоцекального відділу. Неперервність
кишечнику відновлюють шляхом накладання ілео-
асцендоанастомозу кінцем в кінець. У сформова-
ний резервуар імплантують сечоводи разом із ка-
тетерами, які введені в їх просвіт, на відстані 3 см
один проти одного. Обидві трубки виводять зовні
на передню черевну стінку через додатковий роз-
різ у правій паховій ділянці та формують ілеостому
після ушивання лапаротомної рани. Операцію за-
кінчують формуванням колостоми у лівій паховій
ділянці та ушиванням рани промежини [Атлас он-
кологических операций. В.И. Чиссов, А.Х. Трахте-
нберг, А.И. Пачес. - Москва - 2008].

В основу корисної моделі покладено задачу
розширення арсеналу способів реконструкції се-
чового міхура після його часткової резекції.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-
делі, вирішують тим, що у відомому способі відно-
влення сечового міхура при ураженні його пухли-

ною прямої кишки, який включає формування
резервуару, відновлення цілісності кишечнику та
імплантацію сечоводів, згідно з корисною модел-
лю, ємність залишків сечового міхура збільшують
попередньою пластикою клаптем клубової кишки,
цілісність кишки відновлюють ентоентероанас-
томозом, сечоводи імплантують протягуванням
через тонку кишку в підслизовому шарі, формують
нові устя сечоводів, в проксимальні відділи яких
вводять інтубатори, які фіксують та виводять з
епіцистостою на передню поверхню черевної
стінки.

Позитивний ефект корисної моделі полягає в
профілактиці формування рефлюксів, постійного
контакту стоми із сечено, інфікування верхніх сече-
вих шляхів та нирок.

Спосіб виконують наступним чином.

Проростання пухлиною малого тазу поза зо-
ною впадання сечоводів потребує висічення сече-
вого міхура в мережі здорових тканин, ушивання
дефекту двошрядними швами з формуванням епі-
цистостоми. Для забезпечення достатньої ємності
сечового міхура виконують тонкокишкову пласти-
ку, для чого на «живлячій» судинній брижовій ніжці
виділяють ділянку клубової кишки розміром
15×15см. Використовують однопетлеву пластику,
для чого петлю кишки розтинають по протибрижо-
вому краю, клапоть вшивають в стінку сечового
міхура, цілісність кишки відновлюють ентоенте-
роанастомозом по типу "кінець в кінець" або "кі-
нець у бік". У випадку, який потребує більш широ-

(13) **U**(11) **39523**(19) **UA**

кої кишкової вставки, використовують методики V- або W-пластики. В цих випадках тонку кишку зшивають у вигляді двох або трьох петель, при цьому двохрядні шви формують по протибрижовому краю, кукси тонкої кишки занурюють у кисетний та Z-подібний шви. Сечоводи вшивають методом протягування через тонку кишку в підслизовому шарі. Нові устя сечоводів формують нитками № 4,0-6,0, які розсмоктуються. В проксимальні їх відділи вводять інтубатори, які фіксують тими ж швами та виводять з епіцистостою на передню поверхню черевної стінки.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад

Хвора С, 50 років, поступила у стаціонар з діагнозом рак прямої кишки T4N1M0. Хвора прооперована у плановому порядку. Виконана нижньосрединна лапаротомія. При ревізії виявлена пухлина ректосимічного відділу прямої кишки з інвазією у верхівку сечового міхура, розмір пухлини 8×10×10 см, переважно екзофітного росту. Мат-

ка та яєчники не уражені пухлинним процесом. Мобілізована сигмоподібна кишка та верхньоампулярний відділ прямої кишки, перехідний лист очеревини та верхівка сечового міхура, сечоводи взяті на трималки - діаметр їх нормальний. Виконана резекція прямої кишки з верхівкою сечового міхура, цілісність кишкового тракту відновлено за допомогою компресійного анастомозу. Частина сечового міхура, яка залишилась після резекції пухлини, була представлена трикутником Л'єто та неушкодженими боковими стінками сечового міхура довжиною до 2 см. У зв'язку з малим об'ємом сечового міхура, виконана тонкокишкова його пластика: на судинній брижовій ніжці виділена ділянка клубової кишки розміром 15×15 см. Використали однопетлеву пластику - петлю кишки розрізали по протибрижовому краю, клапоть вшили в стінку сечового міхура, цілісність кишки відновили ентероанастомозом по типу "кінець в кінець". Рану ушили. Проведена комплексна терапія. На 15 добу хвора у задовільному стані виписана з клініки.