



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55859 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ

1

2

(21) u201007893

(22) 24.06.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) СТАХОВСЬКИЙ ЕДУАРД ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
ЯЦИНА ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ, ВІТРУК ЮРІЙ
ВАСИЛЬОВИЧ, КИКОТЬ ВОЛОДИМИР ВОЛОДИ-
МИРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

(57) Спосіб хірургічного лікування нориць, що
включає пошарове ушивання уражених ділянок
вагіни та прямої кишки, який відрізняється тим,
що оперативне лікування виконують одномомент-
но з єдиного доступу через сечовий міхур.

Заявка належить до медицини, а саме - до онкології, і може бути використана в хірургічному лікуванні міхурово-вагінальних та ректо-вагінальних нориць.

Незважаючи на те, що розроблено більше ста способів оперативного лікування ректо-вагінальних та міхурово-вагінальних нориць, досі немає єдиного підходу до вибору оптимального виду операції, зокрема усунення нориць. спричинених унаслідок побічної дії променевої терапії. Застосування хірургічної методики ушивання ректо-вагінальної нориці промежинним доступом [1] є мало ефективним та призводить до їх рецидивування у 40% хворих через нагноєння післяопераційної рани. При ректо-вагінальних норицях часто застосовують метод Huseynova O.[2], який передбачає транс-вагінальне ушивання дефекту, що не дає можливості одномоментного ушивання рани.

За прототип обрано спосіб хірургічного лікування ректо-вагінальної нориці за методом Джавадова Є.А. [Лечение сложных низких и средних ректо-вагинальных свищей / Е.А. Джавадов, А.Д. Халилов, В.Ш. Аббасов [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии : материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. - Уфа, 2007. - С.34-35], який полягає в ушиванні трансректальної нориці промежинним доступом.

Позитивним у прототипі є те, що виконання операції за методом Джавадова Є.А. дає можливість інверсії тканин та окремого пошарового ушивання рани.

Недоліком прототипу є необхідність застосування двох доступів при ушиванні міхурово-піхвової та ректо-вагінальної нориць, що може

призвести до поширення інфекції та нагноєння рани у ранньому післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб хірургічного лікування нориць шляхом пошарового ушивання обох дефектів через міхуровий доступ, що дасть можливість усунути міхурово-вагінальні і ректо-вагінальні нориці. відновити природний акт сечовипускання, утримання сечі та акт дефекації.

Поставлена задача вирішується таким чином:

У хворі під інтубаційним наркозом нижньосереднім лапаротомним розрізом здійснюють пошаровий доступ до передньої стінки сечового міхура. Сечовий міхур розсікають поперечно між двома утримувачами. Під час огляду виявляють норицю на ділянці дна сечового міхура, проводять висічення нориці, окремо відділяють стінку сечового міхура від передньої та задньої стінок піхви. По задній поверхні піхви виявляють норицевий хід у пряму кишку, який відсепаровують та ушивають вузловими вікриловими нитками. Задню та передню стінки піхви ушивають вузловими вікриловими нитками. Під час операції корегують гемостаз. На рану накладають пошарові шви, обробляють її розчином бетадіну і накладають асептичну пов'язку.

Прикладами реалізації заявленого способу лікування є витяги з двох історій хвороби:

І. Хвора Г., 1970 р. н. Історія хвороби №8678. Госпіталізована в н/д відділення пластичної та реконструктивної онкоурології зі скаргами на помірно виражені болі внизу живота, мимовільне виділення сечі з уретри та піхви, виділення калу через піхву. З анамнезу, вважає себе хворою з 2007 р., коли вперше був діагностований рак шийки матки

(13) U
(11) 55859
(19) UA

та виконана операція за Вертгеймом (ПГВ - плоскоклітинний Са шийки матки); у липні 2007р. хвора отримала курс гамма-терапії на ділянку малого таза в дозі 40 гр: у жовтні 2007р. відкрилась міхурово-вагінальна нориця.

Операція з видалення везико-вагінальної нориці була проведена у березні 2008р. На другу добу після операції хвора знову відмітила підтікання сечі з піхви. У травні 2008р. у хворі з'явилися домішки крові в калі, у вересні 2008 р. - відходження калу через піхву.

Хвора направлена в Національний інститут раку на повторне обстеження та оперативне лікування. Під час дообстеження виявлено ректо-вагінальну та везико-вагінальну норицю та виконана операція: нижньосерединна лапаротомія роз'єднання спайок, цистостомія, пластика везико-вагінальної і ректо-вагінальної нориць. У хворі під інтубаційним наркозом нижньосерединним лапаротомним розрізом було проведено пошаровий доступ до передньої стінки сечового міхура. Сечовий міхур розсічено поперечно між двома утримувачами. Під час огляду була виявлена нориця на ділянці дна сечового міхура 20 мм у діаметрі. Проведено висічення нориці, від передньої та задньої стінок піхви окремо відділили стінку сечового міхура. По задній поверхні піхви виявили норицевий хід до 2 см у діаметрі, у пряму кишку, який відсепарували та ушили вузловими вікриловими нитками. Задню та передню стінки піхви ушили вузловими вікриловими нитками. Під час операції було кореговано гемостаз.

Сечовий міхур вшито неперевним 2-рядним вікриловим швом. У порожнину міхура заведено катетер Нелатона №18; післяопераційна рана пошарово ушита до дренажу в черевну порожнину (1 ПХВ трубка) та паравезикальний простір (1ПХВ трубка). Накладені шви та асептична пов'язка. Крововтрата під час операції - 200 мл.

II. Хвора К.. 1969 р. н. Історія хвороби №1070. Госпіталізована в н/д відділення пластичної та реконструктивної онкоурології. У 1996 р. була прооперована з приводу Са ovarii sinistra; видалена матка з придатками. ПГВ №4055,14070 від 09.12.09: папілярний Са яєчника G1. У 1996р. хворій було призначено 2 курси хіміотерапії (ХТ); у 1997 та 1999рр. - по 1 курсу ХТ з приводу рецидиву; у 2005 та 2006рр. - по 1 курсу ХТ. У 1996 р. хворій була проведена дистанційна променева терапія за методом укладок. У продовж 1997р., 2001р., 2007р. хвора одержала 4 курси променевої терапії. У серпні 2008р. хвора була прооперована з приводу кишкової нориці - виконана трансверзостомія. З серпня 2008р. відмічає підтікання сечі. При проведенні цистоскопії виявлена міхурово-піхвова нориця. Направлена в Національний інститут раку для додаткового обстеження та ліку-

вання. Під час до обстеження виявлено ректо-вагінальну і везико-вагінальну норицю. Хворій була виконана операція : нижньосерединна лапаротомія, роз'єднання спайок, цистостомія, пластика везико-вагінальної і ректо-вагінальної нориці.

Нижньосерединним лапаротомним розрізом висічено старий рубець та виконано пошаровий доступ до черевної порожнини і сечового міхура. При огляді виявлено виражену спайкову хворобу, проведено виділення тонкого, товстого кишківника та великого сальника. Передня стінка сечового міхура розкрита між двома тримачам. При цьому виділилось близько 50 мл прозорої сечі. На відстані 3 см вище вічок у ділянці дна міхура (дещо правіше) виявлено норицевий хід діаметром близько 3-4 см. Проведено висічення нориці. Окремо виділена стінка сечового міхура, передня та задня стінки піхви. По задній поверхні піхви виявлено норицевий хід у пряму кишку діаметром 15 мм, який було висічено та ушито вузловими капроновими нитками. Задня та передня стінки піхви ушити вузловими вікриловими нитками. Під час операції було кореговано гемостаз.

Сечовий міхур вшито неперевним 2-рядним вікриловим швом. У порожнину міхура заведено катетер Нелатона №18; післяопераційна рана пошарово ушита до дренажу в черевну порожнину (1 ПХВ трубка) та паравезикальний простір (ШХВ трубка). Накладені шви та асептична пов'язка. Крововтрата під час операції - 150 мл.

Перебіг післяопераційного періоду у обох хворих - без ускладнень, рани загоїлись первинним натягом, дренажі знято на 10 добу. Тобто, було отримано задовільний функціональний результат. Тривалість динамічного спостереження - відповідно 3,6 та 9 місяців, без ознак рецидивування.

Таким чином, застосування даного способу дає можливість в один етап відновити дефект сечоводів при їх двобічній патології та отримати задовільний функціональний результат у найкоротший термін.

Джерела інформації:

1. Гришин И.Н. Хирургическая коррекция дефектов ректовагинальной перегородки / И.Н. Гришин, Г.П. Кутузов, А.Н. Никифоров // Здоровоохранение Белоруссии. - 1986. - №7. - С.56-59.

2. Huseynova C. Rektovaginal fistullu xestelerde anal sfinkterin funksional gostericilerin teyini / O. Huseynova, E. A. Cavadov, K.D. // Quliyeva Saglamlig. - 2006. - P.158-160.

3. Лечение сложных низких и средних ректовагинальных свищей / Е.А. Джавадов, А.Д. Халилов, В.Ш. Аббасов [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. - Уфа, 2007. - С.34-35.