



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59810 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ НАДЛИШКУ НИЗВЕДЕНОЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201015613

(22) 24.12.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ШУДРАК АНАТОЛІЙ
АНАТОЛІЙОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб реконструкції надлишку низведеної

товстої кишки, що передбачає виконання трансректального відсічення надлишку низведеної товстої кишки з залишенням культі товстої кишки до 1,0 см, який **відрізняється** тим, що додатково проводять біполярну апаратно контрольовану електрокоагуляцію верхнього краю колоректального анастомозу з захопленням передньої стінки низведеної товстої кишки та задньої стінки культі прямої кишки довжиною 1,5 см з одночасним розсіченням коагульованих тканин довжиною 1,0 см.

Корисна модель належить до медицини, а саме проктології, і може бути використана для реконструктивного хірургічного лікування хворих після операцій на товстій кишці, які завершуються низведенням товстої кишки за Дюамелем.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється є спосіб відсічення надлишку низведеної товстої кишки за Дюамелем обраний нами у якості прототипу, що передбачає виконання трансректального відсічення надлишку низведеної товстої кишки з залишенням культі товстої кишки довжиною 1,0 см [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- в післяопераційному періоді часто виникає рубцювання безшовного колоректального анастомозу (в місці проведення низведеної товстої кишки через отвір в задній стінці культі прямої кишки), що спричиняє тенезми, больові відчуття під час дефекації, часті позиви на дефекацію, явища кишкової непрохідності;

- після відсічення надлишку прямої кишки є необхідність проведення багаторазових повторних бужувань ділянки стриктури колоректального анастомозу, що супроводжується вираженим больовим синдромом, потребує повторних госпіталізацій.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічної реконструкції надлишку низведеної товстої кишки, який запобігає рубцюванню безшовного колоректального анастомозу в післяопераційному періоді.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні кількості після-

операційних стриктур безшовного колоректального анастомозу, уникнення необхідності повторних госпіталізацій для проведення бужувань ділянки стриктури анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі відсічення надлишку низведеної товстої кишки за Дюамелем, що передбачає виконання трансректального відсічення надлишку низведеної товстої кишки з залишенням культі товстої кишки 1,0 см, згідно корисної моделі додатково проводять біполярну апаратно контрольовану електрокоагуляцію верхнього краю колоректального анастомозу з захопленням передньої стінки низведеної товстої кишки та задньої стінки культі прямої кишки на протязі 1,5 см, розсічення коагульованих тканин довжиною 1,0 см.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок проведення додаткової електрокоагуляції верхнього краю анастомозу з наступним розсіченням коагульованих тканин значно збільшується просвіт колоректального анастомозу, що запобігає розвитку післяопераційної структури анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином:

Під спинальною або місцевою інфільтраційною анестезією в положенні хворого, як для літотрипсії, проводять дивульсію анального каналу. В анальний канал вводять аноскоп, в просвіт якого виводять низведений надлишок товстої кишки. За допомогою монополярної електрокоагуляції проводять відсічення надлишку низведеної товстої кишки з залишенням культі останньої до 0,8-1,0 см. З допомогою електрокоагуляції проводять гемостаз з відсіченої культі низведеної товстої киш-

(19) UA (11) 59810 (13) U

ки. За допомогою електрохірургічної системи "Erbe" (ERBE Elektromedizin, Німеччина) проводять апаратно контрольовану біполярну електрокоагуляцію верхнього краю безшовного колоректального анастомозу. З цією метою клепи затискача "BICLAMP" заводять таким чином, щоб верхня клепа була в просвіті культі прямої кишки, а нижня клепа - в просвіті низведеної товстої кишки, при цьому між клепами затискача опиняється задня стінка культі прямої кишки та передня стінка низведеної товстої кишки, а клепи затискача розташовані ліворуч від серединної лінії. На всю довжину робочої частини клем затискача "BICLAMP" проводять біполярну апаратно контрольовану електрокоагуляцію до появи відповідного сигналу приладу. Для проведення надійної електрокоагуляції тканин електрокоагуляцію проводять двічі. Потім клепи затискача переміщують у фронтальній площині, таким чином, щоб вони знаходилися правіше від серединної лінії. Аналогічним чином повторюють вищеописану процедуру. Після проведення біполярної електрокоагуляції у верхнього краю анастомозу утворюється площадка шириною 0,7-0,8 см та довжиною 1,5 см суцільно коагульованих тканин. Від просвіту колоректального анастомозу в дистальному напрямку (в межах попередньо коагульованих тканин) виконують розріз довжиною 1 см не доходячи 0,5 см до проксимальної межі прокоагульованих тканин. За необхідності проводять повторний гемостаз. Таким чином, значно збільшується просвіт безшовного колоректального анастомозу без загрози його неспроможності, оскільки операцію виконують не раніше ніж через 1 місяць після операції з низведенням товстої кишки за Дюамелем, коли задня стінка культі прямої кишки та передня стінка низведеної товстої кишки надійно зростаються серозними оболонками.

Виконання оперативного втручання, згідно корисної моделі, має наступні переваги:

- за рахунок виконання додаткової реконструкції безшовного колоректального анастомозу значно збільшується його просвіт, що запобігає появі післяопераційному періоді його рубцювання та утворення стриктур анастомозу;

- за рахунок запобігання післяопераційним стриктурам колоректального анастомозу відпадає необхідність у проведенні багаторазових повторних бужувань стриктури анастомозу та, відповідно, повторних госпіталізацій.

Приклад: хвора Д., госпіталізована до проктологічного відділення 21.11.2008 року з діагнозом:

рак сигмоподібної кишки, Т3N1M0, III стадія, II клінічна група; стан після комбінованого лікування: обструктивна резекція сигмоподібної кишки, кінцева сигмостомія (17.07.2008), резекція позакишкового рецидиву раку сигмоподібної кишки, усунення сигмостоми, низведення низхідної ободової кишки за Дюамелем (20.10.2008), 6 курсів системної ПХТ (FOLFOX). Хворій в плановому порядку під спинальною анестезією 22.11.2008 року виконано оперативне втручання (реконструкція надлишку низведеної товстої кишки за Дюамелем) згідно корисної моделі. Операція пройшла без ускладнень. Хвора в задовільному стані 23.11.2008 року виписана зі стаціонару. На контрольних оглядах до 1,5 року післяопераційних ускладнень не виявлено, сформований безшовний колоректальний анастомоз після реконструкції вільно пропускає дистальну фалангу вказівного пальця, без ознак рубцювання.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 6 пацієнтів. В усіх пацієнтів вдалося отримати добрий результат - післяопераційних стриктур колоректального анастомозу не було, додаткових бужувань ділянки анастомозу хворі не потребували, післяопераційних кровотеч, неспроможності колоректального анастомозу не було. Згідно способу-аналогу прооперовано 12 пацієнтів. У 8 хворих виникла післяопераційна стриктура колоректального анастомозу, що потребувала проведення бужування ділянки стриктури анастомозу: 2 хворих потребували проведення одноразового бужування, 3 хворим проведено до чотирьох процедур і 3 хворих потребували проведення п'яти та більше процедур бужування. У одного хворого на 2 добу після операції виникла неспроможність колоректального анастомозу внаслідок ретракції низведеної товстої кишки, що потребувало проведення повторної операції з виведенням протиприродного заднього проходу.

Спосіб, що заявляється апробований на базі відділенні загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України та кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Література.

1. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. - М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432 с.