



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14538 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНУ

1

(21) u200511433

(22) 02.12.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагімовіч, Гюльмамедов Полад Фармановіч, Кухто Олексій Павлович, Кухто Галина Констянтинівна, Полунін Герман Євгенійович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

2

(57) Спосіб хірургічного лікування хвороби Крону, який включає субтотальну колектомію, ілеостомію, накладання анастомозу між верхівкою прямої і бічною стінкою клубової кишки, який **відрізняється** тим, що анастомоз формують проксимальніше ілеостоми на 40-45см, додатково формують "малу черевну порожнину" за допомогою залишеного великого сальника, ілеостому ушивають через 2-3 місяці шляхом формування J-подібного резервуара методами лапароскопічної хірургії.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до абдомінальної хірургії, і може бути використаною для операцій на кишківнику і, зокрема, для хірургічного лікування хвороби Крону, при ураженні товстої, клубової і ілеоободової кишки.

Відомий спосіб тотальної колектомії при хворобі Крону, при якому після перетину клубової і прямої кишки на межі мобілізації, уражену частину ободової кишки видаляють, в правій клубовій області формують ілеостому по методу Брука [1], куксу прямої кишки ушивають і занурюють підбрюшинно, так звана методика повної колектомії [2]. Проте, спосіб колектомії з ілеостомією вимагає подальших реконструктивно відновних операцій. Ретельне вивчення клубової кишки перед формуванням анастомозу свідчать про відсутність там порушень під час відновної операції. Після операції в новому термінальному відділі ілеум відзначені характерні для БК зміни при ілеоскопії з біопсією в межах від 4-х до 30см. Загострення в новому термінальному відділі клубової кишки залежить від фекального потоку. Пошкодження кишки язвами повертається в новий термінальний відділ клубової кишки вже протягом перших місяців. Рецидиви в перший рік після резекції тонкої і товстої кишки з'являються більш ніж у 10% пацієнтів, ендоскопічне - у 73%, найчастіше в перші 3 місяці, в перші 3 роки рецидив неминучий у 85% пацієнтів.

Відомий спосіб субтотальної колектомії з ілеоректальним анастомозом [3], цю операцію виконують одночасно і лише у важких хворих розділяють на 2 етапи. Мобілізацію товстої і клубової кишок здійснюють, як і при колектомії, після видалення препарату під ректосигмоїдним вигином формують

анастомоз по типу кінець в кінець між кінцем клубової і куксою прямої кишок. Хворі після таких операцій потребують постійного нагляду через розвиток можливого загострення запалення в куксі прямої кишки або інших ускладнень. Важливо і те, що ілеоректальний анастомоз не уповільнює пасаж кишкового вмісту і у хворих після операції спостерігається виснажуюча діарея і зміни в періанальній зоні.

Відомий спосіб [4], вибраний як прототип, коли після субтотальної колектомії, ілеостомії одночасно накладають анастомоз між прямою кишкою і бічною стінкою клубової кишки, проксимальніше ілеостоми на 20-25см. Через рік ілеостому висікають і формують анастомоз кінець в бік клубової кишки, проксимальне анастомозу. Недоліки способу:

- анастомоз накладається на термінальний відділ клубової кишки, де найбільш вірогідне виникнення активного запального процесу в найближчому післяопераційному періоді, що приведе до неспроможності швів анастомозу, необхідності повторної операції з рerezекцією тонкої кишки, збільшується небезпека розвитку синдрому мальабсорбції;

- відновлення кишкової безперервності при 2 етапі хірургічного лікування шляхом повторного формування міжкишкового анастомозу в термінальних відділах клубової кишки знову приведе до загострення термінального ілеїта і повторних важких післяопераційних ускладнень;

- ця методика не дає переваг при лікуванні прогнозованих післяопераційних ускладнень і прогнозованих ускладнень хвороби Крону;

(19) UA (11) 14538 (13) U

- відновлення кишкової безперервності, другий етап хірургічного лікування, виконується шляхом широкої лапаротомії, видалення анастомозіруємих ділянок кишки, тому він є травматичним, виконується у віддалені терміни, може викликати повторне загострення хвороби Крону.

У основі корисної моделі поставлене завдання удосконалення способу формування тонко-ректального резервуару, зниження ризику післяопераційних ускладнень, пов'язаних з травматичністю і небезпечкою загострення основного захворювання при одночасній резекції ободової кишки з формуванням резервуару, враховуючи можливість виконання оперативного втручання на фоні активного і важкого перебігу основного захворювання і закономірного загострення запального процесу в найближчому післяопераційному періоді [5].

Поставлена задача розв'язується тим, що в способі хірургічного лікування хвороби Крону, який включає субтотальну колектомію, ілеостомію, накладенні анастомозу між верхівкою прямою і бічною стінкою клубової кишки, згідно корисній моделі, анастомоз формують проксимальніше ілеостоми на 40-45см, додатково формують «малу черевну порожнину» за допомогою залишеного великого сальника, ілеостому ушивають через 2-3 місяці, шляхом формування J-подібного резервуару методами лапароскопічної хірургії.

Спосіб ілюструють:

Фіг.1 - резекція ураженої товстої кишки.

Фіг.2 - формування 1-стовбурної ілеостоми і анастомоз кінця в бік проксимальніше термінального відділу клубової кишки.

Фіг.3 - формування «малої черевної порожнини» шляхом фіксації великого сальника в лівому фланке живота навкруги ілеостоми.

Фіг.4 - лапароскопічне ушивання ілеостоми.

Фіг.5 - ушита тонка кишка.

Спосіб здійснюється таким чином: мобілізують необхідний для видалення уражений відділ товстої і клубової кишки (фіг.1). Перетинають кишку в області резекції і формують анастомоз «кінець в бік» між верхівкою прямої і петлею клубової кишки на відстані 40-45см від краю резецированої клубової кишки. Ця відстань необхідна для попередження загострення в зоні сформованого анастомозу внаслідок післяопераційного загострення хвороби Крону. Формують одностовільну «хоботкову» ілеостому з кінцевого відділу клубової кишки, щоб вона була найбільш проксимальною точкою конструйованого резервуару (фіг.2). Залишеним після субтотальної колектомії великим сальником формують «малу черевну порожнину» (фіг.3). Для цього після проведення стомірованої кишки через контрапертуру, великим сальником «вкривають» всі петлі кишківника, що залишилися. Сальник фіксують вузловими швами в бічних фланках. Через 2-3 місяці після стихання запальних змін у відділах кишківника і нормалізації функції анастомозу, що залишилися, проводять лапароскопічне ушивання одностовільної ілеостоми (фіг.4). Троакари вводять в 4 крапки: в припупкової області вводять 11мм троакар, через який вводиться лапароскоп з відеокамерою. В правому і лівому підребр'ях вводять 5- і 11-мм троакари, при цьому 11мм троакар

вводять з боку протилежної раніше накладеної ілеостоми. В подальшому через нього проводять пелостомий ранорозширювач або затиск Беккока. Через 5-мм троакар проводиться робочий затиск. Троакар 12мм для зшиваючого апарату ENDO-GIA-60 встановлюють із сторони, протилежної ілеостомі. З боку черевної порожнини проводять мобілізацію кишки, несучої свищ. Бранши зшиваючого апарату проводять під і над кінцевим відділом стомірованої кишки біля передньої черевної стінки, з боку черевної порожнини. Опускаючи фіксатор і стуляючи бранши апарату добиваються прошивання дистального і проксимального відділів кишки, що перетинається, 3 рядами танталових дужок з кожної сторони. Дистальний відділ висікають з передньої черевної стінки з подальшим ушиванням дефекту передньої черевної стінки (фіг.5).

Переваги способу:

- анастомоз формується на більш проксимальном відділі тонкої кишки, де мало вірогідний розвиток загострення. Це запобігає розвитку неспроможності швів анастомозу і подальших важких післяопераційних ускладнень:

- залишена дистальніше анастомозу, термінальна частина клубової кишки після нормалізації функції анастомозу, практично залишається зовні пасажу кишкового вмісту, тобто не піддається «фекальній агресії», а ілеостома, що залишилася, «розвантажує» цю ділянку, що полегшує лікування подальших загострень,

- термінальна частина клубової кишки, де після операції найбільш вірогідний розвиток загострення, доступна можливості більш адекватного місцевого лікування,

- формування «малої черевної порожнини» навкруги термінального відділу клубової кишки сприяє відокремленню можливих наслідків хірургічних ускладнень в найближчому і віддаленому післяопераційному періодах,

- досягнення стійкої ремісії при адекватному лікуванні дозволяє скоротити термін соціальної і трудової реабілітації і відновити кишкову безперервність через 2-3 місяці після радикальної операції, оскільки відновний етап відрізняється мінімальною травматичністю і може бути проведений відразу після досягнення ремісії, з мінімальним ризиком подальших загострень.

- формування J-образного тонко-ректального резервуару забезпечує тривалішу затримку кишкового вмісту, що знімає синдром виснажуючої діареї і хімічного опіку промежини.

- мала травматичність відновного етапу практично знімає дискусійне питання про те чи слід виконувати одномоментні операції при важкому активному перебігу хвороби Крону. Ризик таких операцій набагато вищий, ніж пропонується методика,

- рецидивуючий перебіг хвороби Крону і у віддаленому післяопераційному періоді, завдяки запропонованій корисній моделі, дозволяє уникнути ререзекції, отже, попереджає найважче ускладнення в хірургічному лікуванні хвороби Крону - розвиток синдрому мальабсорбції після неодноразових резекцій тонкої кишки.

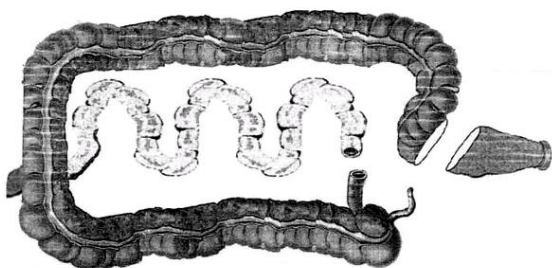
Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Золлінгер Р., Золлінгер Р., Атлас хирургічних операцій. 1996 - Москва "Міжнародний медичний клуб" С.130-139.

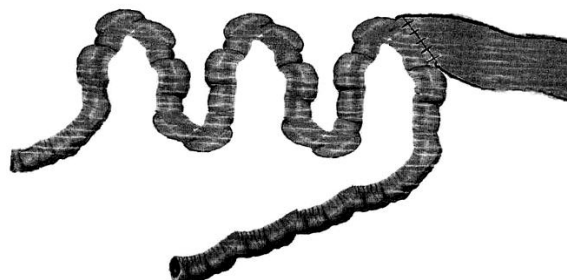
2. Дробні І.Л., Хирургія кишківника. 1983 - Будапешт С.312.

3. Шалімов А.А., Сасенко В.Ф., Хирургія травного тракту. 1990 - Київ "Здоров'я" С.473.

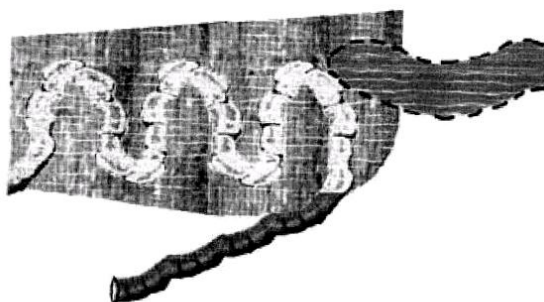
4. Гюльмамедов Ф.І., Гюльмамедов П.Ф., Полунін Г.Є Деклараційний патент 39747 А Спосіб формування тонко-товстокишкового резервуару. 5. Rutgeerts P., Geboes K., Yagfeifien G., Kerremans R., Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. 1999 - Gastroenterology, 99, 950-963.



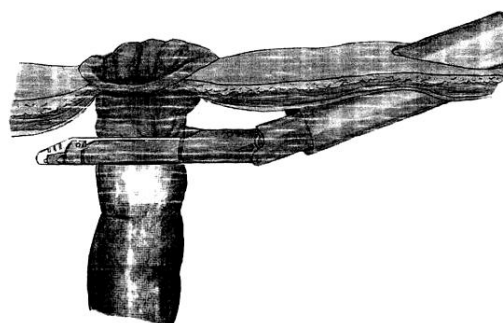
Фиг.1



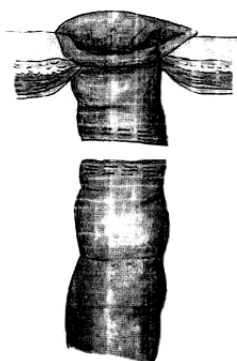
Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5