



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48942 (13) U
(51) МПК (2009)
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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ГІРШПРУНГА У ДОРОСЛИХ

1

2

(21) u200910849

(22) 27.10.2009

(24) 12.04.2010

(46) 12.04.2010, Бюл.№ 7, 2010 р.

(72) ДАЦЕНКО БОРИС МАКАРОВИЧ, ТАММ ТАМАРА ІВАНІВНА, КИРИЛОВ ОЛЕКСАНДР ВІТАЛІЙОВИЧ, ХАРЧЕНКО ОЛЕНА ІГОРІВНА

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дорослих, який здійснюють шляхом резекції верхніх відділів прямої кишки з залишенням культі агангліонарного її відділу не більше 6-7 см, видалення розширених (декомпенсованих) відділів ободової кишки, який **відрізняється** тим, що операцію здійснюють в один етап, при цьому після перетинання ободової кишки на межі незміненого

та декомпенсованого її відділів в просвіт кінця частини кишки, що залишається, вводять головку степлера, що знімають та фіксують там за допомогою кисетного шва, після додаткової мобілізації ободової кишки низводять в промежину рану, задню стінку культі прямої кишки тупо відшаровують від передньої поверхні крижі, після цього по анальному каналу проводять циркулярний степлер, стержнем якого саме над сфінктером проводять прокол задньої (мобілізованої) стінки культі прямої кишки, зняту головку степлера, установлену в кінці низведеної кишки і затягнуту кисетним швом, підводять до стержня степлера, що виступає з культі прямої кишки і закріплюють на ньому, формують апаратний колоректальний анастомоз по типу "кінець-у-бік", промежину рану дренують трубочним дренажем, який виводять параанально на промежину.

Корисна модель належить до медицини, а саме, до хірургії, і може бути застосована як метод оперативного лікування хвороби Гіршпрунга у дорослих.

В основі захворювання лежить неможливість або різке зниження евакуаторної діяльності наданального ректального сегменту товстої кишки на підставі уродженої аномалії інтрамурального нервового апарату у вигляді відсутності (агангліоз) або зменшення кількості (гіпогангліоз) гангліїв міжм'язового сплетіння, яке супроводжується значним розширенням просвіту з гіпертрофією та склерозом стінки кишки. Основним клінічним проявом захворювання є утруднення випорожнення товстої кишки саме до повної відсутності самостійного випорожнення.

Відомі способи радикального хірургічного лікування пацієнтів з хворобою Гіршпрунга, які забезпечують відновлення пасажу кишкового вмісту шляхом видалення (виключення) агангліонарної зони та вище розташованих розширених відділів товстої кишки, які декомпенсовані та не здатні здійснювати евакуацію вмісту. Найбільше використання надбали операції Свенсона, Дюамеля та Соаве (Основи колопроктології под. ред. Г.И. Воробьева. - М.: «МИА». - 2006. - с.389), які забезпечують добрі результати у хворих дитячого віку, де ще не сформувались зміни вище агангліонарної

зони. У дорослих діаметр розширеної ободової кишки значно більший, ніж у прямої, формування колоректального анастомозу викликає великі технічні труднощі і нерідко ускладнюється його неспроможністю (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев Проктология. - М.: «Медицина». - 1984. - С.224).

У дорослих найбільш адекватним способом хірургічної корекції хвороби Гіршпрунга є модифікація операції Дюамеля, розроблена співробітниками Державного наукового центра колопроктології МЗ РФ (В.Л.Ривкин и соавт. -Руководство по колопроктологии. - М.: «Медпрактика». - М. - 2004. - С.278).

Суть цієї модифікації, яка є найбільш близькою до способу, що заявляється, складається з двоетапного хірургічного лікування, першим етапом якого є резекція верхніх відділів прямої кишки (агангліонарна зона) з залишенням наданальної її культі не більше 6-7см та видалення вище розташованих змінених (декомпенсованих) відділів ободової кишки. Після цього задню стінку ушитої культі прямої кишки тупо відшаровують від передньої поверхні крижі. Безпосередньо над сфінктером поперечно розсікають задню (мобілізовану) стінку прямої кишки, та через цей розтин низводять по анальному каналу на промежину ободову кишку. Низведену кишку фіксують окремими швами до країв розтиненої прямої кишки.

(19) UA (11) 48942 (13) U

Другий етап операції проводять через 18-21 день. Відсікають «залишок» низведеної ободової кишки та формують колоректальний анастомоз «кінець-у-бік» шляхом підшивання вузловими кетгуттовими швами країв розтину прямої кишки по всьому периметру низведеної кишки.

Описаний спосіб має ряд пов'язаних між собою недоліків, обумовлених наявністю значного за часом (3 тижні) періоду між першим та другим етапом операції. Евакуація кишкового вмісту в цей період здійснюється по низведеній кишці на промежину, що створює ряд проблем по догляду за хворим і є важким для самого пацієнта. Також мають значення економічні витрати, пов'язані із забезпеченням перебування хворих до моменту другої операції.

В основу корисної моделі покладено задачу удосконалення способу хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дорослих, в якому за рахунок зміни характеру виконання операції виключається необхідність проведення повторної операції.

Поставлена задача вирішується в способі хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дорослих, який здійснюють шляхом резекції верхніх відділів прямої кишки з залишенням культі агангліонарного її відділу не більше 6-7см, видалення розширених (декомпенсованих) відділів ободової кишки, згідно з корисною моделлю, операцію здійснюють в один етап, при цьому після перетинання ободової кишки на межі незміненого та декомпенсованого її відділів в просвіт кінця частини кишки, що залишається, вводять голівку степлера, що знімають та фіксують там за допомогою кисетного шва, після додаткової мобілізації ободову кишку низводять в промежину рану, задню стінку культі прямої кишки тупо відшаровують від передньої поверхні крижі, після цього по анальному каналу проводять циркулярний степлер, стержнем якого саме над сфінктером проводять прокол задньої (мобілізованої) стінки культі прямої кишки, зняту голівку степлера, установлену в кінці низведеної кишки і зтягнуту кисетним швом, підводять до стержня степлера, що виступає з культі прямої кишки і закріплюють на ньому, формують апаратний колоректальний анастомоз по типу «кінець-у-бік», промежину рану дрениують трубочним дренажем, який виводять параанально на промежину.

За рахунок формування анастомозу по типу «кінець-у-бік» за допомогою циркулярного степлера досягається лікування хвороби Гіршпрунга одним етапом. Відпадає необхідність виконання другої операції, а саме резекції надлишку ободової кишки, виведеної через розтин стінки прямої кишки на промежину, що виконується через 3 тижні, протягом яких у пацієнта функціонує виведена на промежину ободова кишка, що негативно відбивається на психіці пацієнта та потребує додаткових економічних витрат по лікуванню та догляду до другої операції, а також забезпечення її виконання та подальшого лікування.

Сутність корисної моделі пояснює Фіг.1-2, де на Фіг.1 зображено завершення етапу підготовки до формування степлерного анастомозу. На Фіг.2 - сформований надсфінктерний анастомоз запропонованим способом.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Після стандартної мобілізації прямої кишки разом із зміненими відділами ободової кишки проводять пересічення прямої кишки з залишенням її культі (агангліонарна зона) не більше 6-7см.

В препарат, що видаляється, окрім верхніх відділів прямої кишки (агангліонарна зона) включається в змінені (розширені) відділи ободової кишки з різко стовщеною стінкою. Після перетинання ободової кишки на межі незміненого та декомпенсованого її відділів в просвіт кінця частини кишки, що залишається, вводять голівку степлера, що знімають та фіксують там за допомогою кисетного шва. Після додаткової мобілізації ободову кишку низводять в промежину рану (Фіг.1).

Задню стінку культі прямої кишки тупо відшаровують від передньої поверхні крижі. Після цього по анальному каналу проводять циркулярний степлер, стержнем якого саме над сфінктером (1,5-2см вище зубчастої лінії) проводять прокол задньої (мобілізованої) стінки культі прямої кишки (Фіг.2). зняту голівку степлера, установлену в кінці низведеної кишки і зтягнуту кисетним швом, підводять до стержня степлера, що виступає з культі прямої кишки і закріплюють на ньому. Типово формують апаратний колоректальний анастомоз по типу «кінець-у-бік» (Фіг.2). Промежину рану дрениують трубочним дренажем, який виводять параанально на промежину.

Приклад. Хворий З., 49 років, поступив в плановому порядку 1.06.09р. з діагнозом хронічний колостаз. Скарги на майже постійні болі в животі, здуття живота, затримку випорожнення та газів. Після послаблюючих рідкий кал з труднощами виділяється через «крапову» сигмостому, випорожнення після повторних клізм 1 раз в 3-4 тижні.

В анамнезі: затримкою випорожнення страждає з дитинства, постійно приймає послаблюючі та робив клізми. Неодноразово оперований з приводу obturatorної кишкової непрохідності. При операціях з товстої кишки видаляли калові каміння, в 1998 році при черговій операції накладена пристінкова сигмостома, яка набула різкого рубцювання (стеноз).

При дослідженні з використанням інструментальних методик (УЗД, ректороманоскопія, сфінктерометрія, іригоскопія, рентгеноконтроль пасажу бар'я по кишківнику) діагноз хвороби Гіршпрунга у дорослих підтверджений.

При операції 17.06.09: в черевній порожнині - виражений спайковий процес. Ободова кишка, починаючи від ректосигмоїдного куту нерівномірно розширена, сигмовидна кишка - з пристінковою колостоמוю. Найбільш виражені зміни ободової кишки, які представлені у вигляді широкої (до 15см в діаметрі) товстостінної трубки з повною відсутністю гаустр та вмістом великих розмірів калових каменів.

Аналогічного характеру, але декілька менш виражені зміни спостерігаються в області печінкового куту та прилежачого сегменту висхідної кишки. Незміненими залишились тільки сліпа кишка та прилежача до неї нижня третина висхідної кишки.

Проведена резекція верхніх відділів прямої кишки з залишенням її культі не більше 6см, вида-

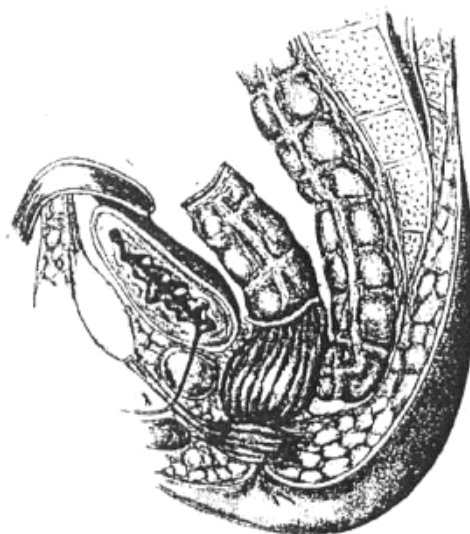
лення змінених (декомпенсованих) відділів ободової кишки з залишенням сліпої кишки, яка низведена в анальний таз, формування за допомогою циркулярного степлера надсфинктерного цекоректального анастомозу по типу операції Дюамеля, як це описано вище.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. По трубочному дренажу, виведеному позачеревинно з промежнинної рани через розтин в правій здухвинній області протягом 5 діб мало місце скрутне серозно-кров'янисте відокремлення.

Таким чином, запропонований спосіб одноетапного хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дорослих виключає необхідність другої операції, яка виконується через 3 тижні після першої, протягом яких у пацієнта функціонує виведена на промежину ободова кишка, що негативно впливає на психіку пацієнта, потребує економічних витрат по лікуванню та догляду, а також забезпеченню другої операції та подальшого лікування.



Фиг. 1



Фиг. 2