



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50834 (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 РЕЗЕКЦІЇ СЕГМЕНТА КИШКИ

1

2

(21) u200913488

(22) 24.12.2009

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, БЕЛОЗЬОРОВ ІГОР ВІКТОРОВИЧ, ГРОМА ВАСИЛЬ ГРИГОРОВИЧ, ЗАХАРЕНКО ГАННА СЕРГІЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб резекції сегмента кишки, який включає оперативне втручання з етапом резекції кишки з пухлиною та відновним етапом з виведенням її привідного відділу у вигляді кінцевої стоми, який **відрізняється** тим, що на першому етапі на бокову стінку живота додатково виводять відвідний кінець кишки паралельно і поряд з привідним відділом, а також зшивають протибрижові краї привідного та відвідного відділів кишки двома швами між собою та розсікають стінки кишки між лініями прошивання.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні захворювань, що потребують резекції сегменту кишки, наприклад, пухлин кишечника та інш.

Відомий спосіб резекції ободової кишки при її пухлинному враженні, описаний в книзі О.О. Шалімова, В.Ф. Сасенко "Хирургия пищеварительного тракта" (див. К. - Здоров'я. - 1987. - С.420 - рис.148). Він включає резекцію ділянки лівої половини ободової кишки і накладання протиприродного заднього проходу, при цьому не відбувається відновлення прохідності кишечника. Після мобілізації лівої половини ободової кишки її резеціюють, дистальний кінець кишки зашивають, занурюють кисетним швом і фіксують до очеревини задньої стінки черевної порожнини, а проксимальний кінець виводять у зроблений на черевній стінці отвір і шивають як протиприродний задній прохід.

Відомий також спосіб резекції товстої кишки, що описаний в статті Schrock T.R., Deveney C.W., Dunphy J.E. Factors contributing to leakage of colonic anastomoses (див. Ann.Surg. - 177. - P.513-518). Він включає два етапи лікування, причому на першому етапі проводять резекцію ділянки ураженої кишки з виведенням проксимального відділку у вигляді кінцевої стоми і формуванням кульги дистального

відділку кишки, а на другому етапі - реконструктивно-відновну пластику товстої кишки.

В описаних рішеннях частково вирішується проблема зменшення ускладнень, які пов'язані з неспроможністю кишкового анастомозу, шляхом виконання двохетапного оперативного втручання. Але їх загальними недоліками є: висока травматичність, (що є наслідком необхідності виведення протиприродного анального отвору), виконання повторної відновної операції в умовах вираженого запального та злукового процесів навколо кишкової стоми, велика кількість гнійних ускладнень, які пов'язані з інфікуванням черевної порожнини під час первинного та вторинного оперативних втручань.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу двохетапної резекції кишки, який би дозволив зменшити травматичність лікування за рахунок виконання другого - відновного - етапу оперативного втручання без виконання лапаротомії.

Поставлене завдання вирішують тим, що в способі, який включає оперативне втручання з етапом резекції кишки з пухлиною та відновним етапом з виведенням її привідного відділку у вигляді кінцевої стоми, згідно з корисною моделлю на першому етапі додатково на бокову стінку живота виводять відвідний кінець кишки паралельно і

UA (19)
50834 (11)
U (13)

поряд з привідним відділком у вигляді "двостволки", а також зшивають протибрижові краї привідного та відвідного відділків кишки двома швами між собою та розсікають стінки кишки між лініями прошивання.

На другому (відновному) етапі черевна порожнина не розкривається. Анастомоз між привідним та відвідним відділками кишки накладається шляхом двократного прошивання лінійним зшиваючим апаратом протибрижових країв кишки та розсіченням стінки кишки між лініями прошивання. Передня губа анастомозу зашивається одним із відомих двох- чи трьохрядних швів та вкривається в підшкірному шарі.

Проведення другого етапу операції без виконання лапаротомії дозволяє суттєво зменшити травматичність лікування, знизити кількість гнійних ускладнень за рахунок виключення повторної лапаротомії та можливості виконання відновної операції в умовах вираженого запального та злукового процесів навколо кишкової стоми.

Заявнику невідоме виконання двохетапної операції на кишці з виконанням другого етапу без лапаротомії.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленнями, на яких зображено:

Фіг.1 - спосіб резекції сегменту кишки, виведення на стінку живота відвідного і привідного кінців кишки,

Фіг.2 - те ж саме, момент зшивання між собою відвідного і привідного кінців кишки,

Фіг.3 - те ж саме, момент накладання анастомозу між відвідним і привідним кінцями кишки та розсічення стінок кишки між лініями прошивання,

Фіг.4 - те ж саме, момент укривання анастомозу.

Докладний опис способу суміщений з прикладами його конкретного виконання.

За запропонованим способом прооперовано 2 хворих, обох без релапаротомії і важких ускладнень, які пов'язані з інфікуванням черевної порожнини при неспроможності анастомозу.

Клінічний приклад

Хворий Н., 47 років, госпіталізований в ургентному порядку через 28 годин з моменту початку захворювання зі скаргами на болі в животі переймopodobного характеру, блювоту кишковим вмістом, затримку відходження газів та відсутність стільця, підвищення температури до 39°C та загальною слабкістю. В ході обстеження встановлено показання до ургентного оперативного втручання з приводу гострої кишкової непрохідності.

Під час операції виявлена абсцедуюча пухлина сліпої кишки з переходом на висхідну ободову, гостра кишкова непрохідність загальний фібринозно-гнійний перитоніт. Виконана правобічна геміколектомія. Операція завершена виведенням привідної ілеостоми та відвідної трансверзостоми паралельно у вигляді "двостволки".

Через 6 місяців хворий повторно госпіталізований в клініку. При обстеженні даних за рецидив захворювання не виявлено. Планово хворий оперований: без розтину черевної порожнини виконано анастомоз між привідним та відвідним відділками

ми кишки шляхом двократного прошивання лінійним зшиваючим апаратом протибрижових країв кишки. Далі виконане розсічення стінки кишки між лініями прошивання.

Передня губа анастомозу після мобілізації зашита з допомогою лінійного апарату двохранним швом, з наступним серо-серозним узловим швом та вкрита в підшкірному шарі. Шов шкіри.

Хворий виписаний в поліклініку для подальшого лікування у онкохірурга на 4 добу без ускладнень. При контрольних оглядах через 3 та 6 місяців - анастомоз функціонує задовільно. Скарг немає.

При огляді звертала на себе увагу напруга м'язів передньої черевної стінки в епігастрії, більше справа, там же позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Нижні відділи живота безболісні. В анамнезі виразкова хвороба дванадцятипалої кишки на протязі 10 років. В клінічному аналізі крові: гемоглобін - 78г/л, еритроцити - $2,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - 12×10^9 /л, палочкоядерні - 26%, сегментоядерні - 43%, лімфоцити - 20%, моноцити - 10%, еозинофіли - 1%, ШОЕ-28мм/год.

При оглядовій рентгенографії черевної порожнини в підпечінковому просторі прикмети абсцесу до 5см в діаметрі з горизонтальним рівнем рідини. Запідозрена прикрита перфорація виразки дванадцятипалої кишки з утворенням підпечінкового абсцесу та кровотечею.

Фіброгастроскопія: в шлунку темна кров зі згустками. В цибуліні дванадцятипалої кишки на задньоверхній стінці кальозна виразка з кровоточивими краями до 1,5см в діаметрі. В дно виразки введено рідкий водорозчинний контраст з 10мл 3% перекису водню. Наступна рентгенографія черевної порожнини: сполучний контрастований канал довжиною до 7см між просвітом цибуліни дванадцятипалої кишки та порожниною підпечінкового абсцесу.

Таким чином встановлено діагноз: Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею та перфорацією виразки з утворенням підпечінкового абсцесу, відмежованого від вільної черевної порожнини.

Спосіб виконується наступним чином. Після верхньосередньої лапаротомії без розрізання підпечінкового абсцесу виділяється пілородуоденальна зона. Черевна порожнина відмежовується салфетками та виконується локальне вирізання кровоточивої виразки з пілородуоденопластикою та селективною ваготомією. Після максимального відмежування області гноя від черевної порожнини салфетками останній розрізається. Видаляється гнійний вміст (безперервне промивання та відсмоктування), висікаються деструктивні тканини та піогенна капсула. Виконується дренажування гноя двохранною трубкою. Формується дренажний канал з паєм великого чіпця навколо дренажів. Область гноя відмежовується від черевної порожнини великим чіпцем та поперечно-ободовою кишкою. Додаткове дренування рукавично-трубчатими дренажами підпечінкового простору та правої клубової ділянки. Поперечно-ободова кишка підшивається до парієтальної очеревини по внутрішній поверхні, тим самим повніс-

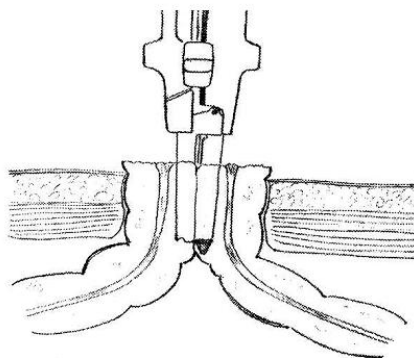
тю відмежовується область гнояка від нижнього поверху черевної порожнини. Інтраназально вводиться двохпросвітний зонд, один кінець якого знаходиться в шлунку для декомпресії, а інший на 20см нижче дуоденоюнального переходу для декомпресії шлунку та зондового харчування. Через

12 годин після операції починали годувати хворого через назогастральний зонд.

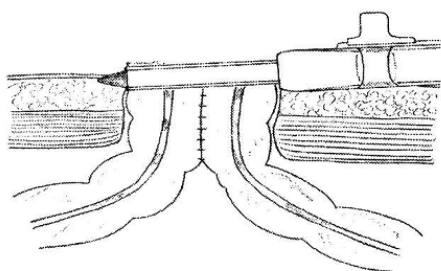
Післяопераційний період без ускладнень. На 13 добу хворий в задовільному стані виписаний з клініки.



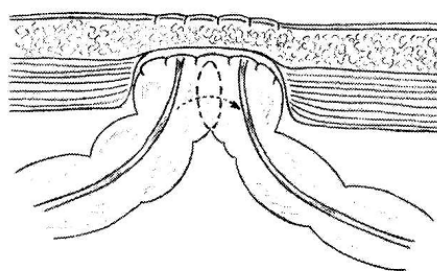
Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4