



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **51095** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЕТАПУ ОПЕРАЦІЇ ТОТАЛЬНОЇ ПРОКТОКОЛЕКТОМІЇ**

1

2

(21) u201003152

(22) 19.03.2010

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) КУЧЕР МИКОЛА ДМИТРОВИЧ, КРИВОРУК
МИРОСЛАВ ІВАНОВИЧ, КРИВОРУК ОРЕСТ МИ-
РОСЛАВОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб виконання реконструктивного етапу операції тотальної проктоколектомії, що включає тотальну проктоколектомію, трансанальну мукозектомію з формуванням тонкокишкового резервуара і накладанням ілеоанального анастомозу, який **відрізняється** тим, що формують тонкокишковий резервуар з дистального відрізка клубової кишки J-подібної форми із заданим об'ємом (125мл на момент операції), на верхівку щойно сформованого резервуара накладають капшуків шов.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до колопроктології, і може бути використана при хірургічному лікуванні неспецифічного виразкового коліту (НВК), родинного аденоматозного поліпозу товстої кишки (РАП).

Стандартний обсяг куративної хірургічної операції у хворих на НВК та РАП - це тотальна проктоколектомія [1]. Такий обсяг втручання цілковито усуває морфологічний субстрат хвороби (слизова оболонка товстої кишки).

Головним недоліком такого хірургічного лікування є постколектотомічний синдром (ПКС), який, в залежності від ступеня його компенсації, супроводжується метаболічними розладами і в цілому негативно позначається на якості життя оперованих пацієнтів [2].

Відомі способи хірургічного коректування ПКС зводяться до виконання реконструктивних операцій, спрямованих на формування різноманітних резервуарів із клубової кишки. Перша група таких операцій містить формування керованої ілеостомі-резервуару [3,4]. Однак, головним негативним моментом таких втручань є їх високий інвалідизуючий ефект - наявність постійної ілеостомі. Друга група операцій - формування тазових тонкокишкових резервуарів та ілеоанального анастомозу (операція Parks') [5]. Такі операції дозволяють уникнути довічної ілеостомії, продовжити час контакту хімусу зі слизовою оболонкою клубової кишки внаслідок наявності сформованого резервуару і використання властивостей утримання (тоничного та вольового) збереженого анального сфінктера. Проте і такі операції мають ускладнення і негатив-

ні наслідки: хронічні ілеїти (pouchitis), кишкові фістули, необхідність частих випорожнень кишківника (частість дефекацій, у середньому, 10-12 разів на добу, у тому числі - 2-3 рази уночі), імперативні поклики до дефекації, нетримання кишкового вмісту, що дуже негативно позначається на якості життя пацієнтів.

З метою профілактики вказаних ускладнень були запропоновані різноманітні (як за формою, так і за об'ємом) конструкції тонкокишкових резервуарів: W-pouch, S-pouch, P-pouch, K-pouch, J-pouch [2].

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється є спосіб оперативного лікування обраний нами за прототип (6), проте і він має суттєві недоліки: високу частість нічного нетримання кишкового вмісту (до 40-50% хворих), імперативні поклики до дефекації (30% хворих), частість дефекацій, яка перевищує 7 разів на добу (30% хворих), неспроможність резервуару, яка потребує повторної операції - видалення резервуару (до 10% хворих), що суттєво погіршує якість життя пацієнтів після оперативного лікування.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування НВК та РАП, який дозволив би зменшити частість післяопераційних ускладнень після виконання реконструктивної проктоколектомії, компенсувати метаболічні наслідки постколектотомічного синдрому, поліпшити якість життя після операції.

Відмінною особливістю корисної моделі, що заявляється, є формування J-подібної форми тонкокишкового резервуару із заданим об'ємом

(19) **UA** (11) **51095** (13) **U**

125мл, з подальшим накладанням ілеоанального анастомозу.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в покращенні функціональних результатів хірургічного лікування хворих на НБК та РАП.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування шляхом тотальної проктоколектомії, трансанальної мукозектомії з формуванням тонкокишкового резервуару і накладанням ілеоанального анастомозу, згідно корисної моделі, формують тонкокишковий резервуар з дистального відрізка клубової кишки J-подібної форми із заданим об'ємом (125 мл на момент операції), на верхівку щойно сформованого резервуару накладають капшуків шов.

Такий початковий об'єм резервуару забезпечує через 6 місяців після початку функціонування резервуару найбільш наближені до природних морфометричні характеристики неоректуму: потенційну функціональну місткість неоректуму близько 220мл, максимальну місткість - 320мл, а пороговий об'єм поклику до дефекації - близько 150мл.

Вищенаведені морфометричні характеристики тонкокишкового резервуару (неоректуму), за умови збереженої функції утримання анального сфінктера (тоничного і вольового), дозволяють досягти оптимальних функціональних результатів для даного контингенту хворих: максимальну кількість дефекацій за добу - 5-7 разів, у тому числі - 0-1 разів уночі, денне і нічне тримання кишкового вмісту, здатність затримувати акт дефекації до 30 хвилин. Подібні функціональні характеристики дозволяють подовжити час тонкокишкового пасажу, а отже, і час контакту хімусу зі слизовою оболонкою тонкої кишки від 30-40 хвилин (без реконструктивного етапу операції) до 3-4 годин, що має вирішальне значення для корекції метаболічних розладів після проктоколектомії. Намагання створити тонкокишкові резервуари більшої місткості (400-500мл) не мали успіху, оскільки за таких умов різко зростала кількість випадків запалення слизової оболонки резервуару (proctitis), що супроводжувалося значним збільшенням частоти дефекацій, рідким вмістом випорожнень з патологічними домішками, поглибленням метаболічних розладів.

Спосіб здійснюється наступним чином:

Після видалення ободової та прямої кишок (відкритим чи лапароскопічним способом), проводять трансанальну мукозектомію одразу над зубчастою лінією, після чого приступають до формування резервуару з дистального відрізка клубової кишки. Для цього термінальний відділ клубової кишки складають вдвоє у вигляді латинської літери «J», причому довжина складеної петлі має бути не меншою аніж 15см. Петлі фіксують одна до одної серо-серозними швами і накладають тонкокишковий анастомоз «бік-у-бік». Для цього доцільно використовувати лінійні зшиваючі апарати (степлери) типу "PROXIMATE Linear Cutter; Ethicon-Endosurgery, Inc., Piscataway, NJ". На верхівці резервуару (місце згинання кишки) проводять ентеротомію і вводять бранші лінійного степлера в порожнину обох петель. "Вистрілюють" апаратом і створюють лінію тонко-кишкового анастомозу «бік-

у-бік» на довжину степлера (використовують степлери, які мають довжину механічного шва 7,5см та 10см). Для отримання необхідного об'єму резервуару (125мл) довжина лінії анастомозу повинна бути 15см. Тому, звичайно, виконують ще один "постріл" лінійним степлером. На верхівку щойно сформованого тонкокишкового резервуару накладають капшуків шов і вимірюють об'єм резервуару. Для цього привідну петлю перетискають еластичним кишковим жомом на рівні проксимального кінця резервуару, а через ентеротомічний отвір вводять катетер і герметизують резервуар затягуванням капшуків шва. Резервуар наповнюють фізіологічним розчином зі швидкістю 60мл/хв. аж доки внутрішньопорожнинний тиск не досягне 10см водяного стовпа. Ідеальний об'єм наповнення тонкокишкового резервуару - 125мл. Якщо об'єм резервуару виявився недостатнім, то виконують ще один "постріл" лінійним степлером. Після перевірки об'єму резервуару і, водночас, його герметичності накладають тонкокишково-анальний анастомоз трансанально уздовж зубчастої лінії (межі мукозектомії).

Спосіб, що заявляється, ілюструється прикладом.

Приклад 1

Хвора О.К. 1983р.н., діагноз: «неспецифічний виразковий коліт, тотальне ураження, гострий плин хвороби, фулмінантний коліт». Згідно з результатами передопераційного обстеження активність запального процесу у дистальних відділах прямої кишки - 2-го ступня, функція анального сфінктера збережена (показники тоничного і вольового зусилля - в межах норми). Виконана проктоколектомія лапароскопічним способом, екстракорпорально сформований тонкокишковий резервуар за методом, що пропонується, накладений резервуарно-анальний анастомоз. У правій клубовій ділянці виведена тимчасова проєктивна ілеостома, яка була закрита через 3 місяці. Післяопераційний перебіг - без ускладнень. При оцінці результатів хірургічного лікування через 6 місяців після закриття ілеостоми спостерігається повне утримання кишкового вмісту (вдень і вночі), частість актів дефекації - 5 разів на добу, у тому числі, часом, 1 раз - уночі, пацієнтка здатна затримувати акт дефекації протягом 30 хвилин. Якість життя оцінена за допомогою тестової системи "Cleveland Global Quality of Life (CGQL) score" [7], яка спеціально опрацьована для хворих, що перенесли реконструктивну тотальну проктоколектомію. Отримана оцінка у 8,7 балів за цією шкалою (референт-інтервал: від 0 до 10) свідчить про високий рівень якості життя пацієнтки через 6 місяців після завершення хірургічного лікування.

Даний спосіб був апробований на базі КМКЛ №18, кафедри хірургії №1 НМУ ім. О. Богомольця і може бути рекомендований для хірургічного лікування хворих на НБК та РАП, які потребують виконання тотальної проктоколектомії.

Список використаних джерел:

1. Larson D.W., Pemberton J.H. Current concepts and controversies in surgery for IBD. Gastroenterology. 2004; 126: 1611-1619.

2. Жерлов Т.К., Баширов С.Р., Рыжов А.И. Хирургическая коррекция постколэктомических нарушений - Новосибирск: Наука, 2004. - 192с.

3. N.G. Kock. Intra-abdominal reservoir in patients with permanent ileostomy: preliminary observations on a procedure resulting in fecal continence in five ileostomy patients. Arch Surg 1969; 99: 223-31.

4. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев: «Здоров'я» 1990; 176с.

5. Parks AG., Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. Br Med J. 1978 Jul 8;2(6130):85-88.

6. McGuire BB., Brannigan AE., O'Connell P.R. Heal pouch-anal anastomosis. Br J Surg. 2007 Jul; 94(7): 812-23.

7. Fazio VW, O'Riordain MG, Lavery IC, et al. Long term function and quality of life after stapled restorative proctocolectomy. Ann Surg. 1999; 230: 575-584.