



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **19586** (13) **U**
(51) МПК (2006)
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 ОБСТРУКТИВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

(21) u200607736

(22) 10.07.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Буценко Валентин Миколайович, Куніцький
Юрій Леонідович, Зіяд Алтарава

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ.М.ГОРЬКОГО

(57) Спосіб обструктивної резекції товстої кишки,
що включає резекцію товстої кишки разом з пух-
линою, формування зовнішньої товстокишкової

2

нориці, який **відрізняється** тим, що формують
задню губу товсто-товстокишкового анастомозу
"кінець в кінець" в два ряди швів, передню губу
анастомозу - на 2/3 її довжини, зовнішню трубчас-
ту норицю товстої кишки - шляхом підшивання
незашитої частки передньої губи анастомозу до
парієтальної очеревини додаткового розтину на
передній черевній стінці, закривають зовнішню
трубчасту норицю товстої кишки поролоновою
губкою.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме до хірургії і може бути використана при хірур-
гічному лікуванні раку товстої кишки, ускладненого
кишковою непрохідністю, у т.ч. в стадії суб-, і де-
компенсації.

Відомий спосіб резекції товстої кишки при ра-
ку, ускладненому кишковою непрохідністю [1], який
передбачає виконання операції в три етапи, тобто
виконують три операції: 1. Формування нориці слі-
пої кишки (цекостомія) з метою усунення товсто-
кишкової непрохідності; 2. резекцію сигмовидної
кишки з пухлиною, яка привела до кишкової не-
прохідності з відновленням товстокишкової непре-
ривності анастомозом "кінець в кінець"; 3. закриття
цекостоми з метою відновлення пасажу по кишеч-
нику.

Недоліком вищезгаданого способу є те, що
усунення кишкової непрохідності і самої пухлини,
яка привела до неї виконується в три етапи, тобто
складається з трьох самостійних операцій. Дві з
них (друга і третя) виконуються під загальним зне-
болюванням. Кожна з операцій має інтра- і післяо-
пераційні ускладнення, деякі з них (кровотеча,
неспроможність анастомозу, перитоніт) представ-
ляють безпосередню погрозу для життя хворого.

Найбільш близьким за технічною суттю до
способу, що заявляється є спосіб резекції товстої
кишки за Микулічем - Грековим [2], який забезпе-
чує видалення пухлини товстої кишки і усунення
товстокишкової непрохідності і був обраний нами в
якості прототипу. Виконують спосіб Микуліча - Гре-

кова шляхом виведення сигмовидної кишки разом
з пухлиною з черевної порожнини через додатко-
вий розтин на передню черевну стінку, наклада-
ють на межі резекції кишки зажими, зашивають се-
розно-м'язовими швами приводящий і відводящий
кінці товстої кишки, підшивають зшиті приводящий
і відводящий відділи товстої кишки до парієтальної
очеревини і шкіри, відтинають частку товстої киш-
ки над зажимами разом з пухлиною. Зажими за-
лишають закритими на 24 години, потім зажими
знімають. Таким чином формується двоствольна
колостома.

Через термін 6міс. - 1 рік відновлюють товсто-
кишкову непереривність шляхом формування товст-
то-товстокишкового анастомоза "кінець в кінець",
використавши виведену раніше двоствольну коло-
стому.

Недоліком цього способу є те, що він також
включає в себе дві самостійні операції. Перша
операція спрямована на усунення кишкової непро-
хідності і видалення пухлини, друга - спрямована
на відновлення кишкової непереривності шляхом
формування товсто-товстокишкового анастомозу
"кінець в кінець". Обидві операції виконуються під
загальним знеболюванням і несуть в собі погрозу
розвитку вищезгаданих ускладнень. Термін між
першим і другим втручанням становить у серед-
ньому 6-12 місяців. За цей період необхідно доби-
тись відновлення всіх показників гомеостазу. Весь
цей час хворий повинен користуватися калоприй-
мачем, бо існує протидійсний задній прохід.

(13) **U**(11) **19586**(19) **UA**

Перебування хворого працездатного віку більш 4 місяців на листі непрацездатності передбачає проведення ЛТЕК і отримання інвалідності. Змушена необхідність користуванням калоприймачем та інвалідність не можуть не відзначитись на фізичному і соціальному стану оперованого хворого.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу обструктивної резекції товстої кишки, в якому забезпечується підвищення ефективності хірургічного лікування кишкової непрохідності ракового походження, скорочування термінів лікування хворих і попередження виникнення післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі обструктивної резекції товстої кишки, що включає резекцію товстої кишки разом з пухлиною, формування зовнішньої товсто-кишкової нориці, згідно корисної моделі формують задню губу товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець" в два ряди швів, передню губу анастомозу - на 2/3 її довжини, зовнішню трубчасту норицю товстої кишки - шляхом підшивання незащитої частки передньої губи анастомозу до парієтальної очеревини додаткового розтину на передній черевній стінці, закривають зовнішню трубчасту норицю товстої кишки поролоновою губкою.

Заявляємий спосіб пояснюється кресленнями:

Фіг. 1. Резекція частки товстої (сигмовидної) кишки разом з пухлиною;

Фіг. 2-3. Формування задньої губи товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець" в два ряди швів;

Фіг. 4-5. Зашивання передньої губи товсто-товстокишкового анастомозу на 2/3 її довжини;

Фіг. 6. Підшивання незащитої частини товсто-товстокишкового анастомозу до парієтальної очеревини додаткового розтину на передній черевній стінці (формування зовнішньої товстокишкової трубчасті нориці). Тампонада нориці поролоновою губкою.

Фіг. 7. Відновлення цілості шкіри над закритою норицею товстої кишки. Спосіб виконують наступним чином: виконують серединну лапаротомію. Встановлюють локалізацію пухлини товстої кишки, яка привела до кишкової непрохідності (наприклад сигмовидна кишка). Виконують розтин брижі сигмовидної кишки в межах її резекції, накладають зажими на проксимальний і дистальний відділи товстої кишки на відстані, передбаченої онкологічними принципами, відсікають над зажимами сигмовидну кишку разом з пухлиною, накладають серозно-м'язові шви на задню губу товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець", знімають зажим з проксимального кінця товстої кишки, аспірують кишкову рідину шляхом введення відсмоктувача, знімають зажим з дистального кінця товстої кишки, накладають вузлові шви на задню губу анастомозу через всі слої ("брудний" шов), формують передню губу товсто-товстокишкового анастомозу на 2/3 її довжини з залишенням незащитої частки на середині передньої губи анастомозу довжиною 1-1,5см, підшивають незащиту частку передньої губи анастомозу до парієтальної очеревини додаткового розтину зліва від опе-

раційної рани і т.ч. формують зовнішню трубчасту товстокишкову норицю. В приводящий відділ товстої кишки через незащиту частку передньої губи анастомозу на відстань 20-30см заводять товстий зонд для декомпресії, який фіксують до шкіри одним швом, дренують і зашивають черевну порожнину. Зонд для декомпресії залишають в приводящому відділі протягом 1-2 суток, потім його видаляють, і зовнішню товстокишкову трубчасту порицю тампують поролоновою губкою. Застосування останньої приводить до створення грануляцій і закриттю нориці до моменту виписки хворого із стаціонару (у середньому через 2-2,5 тижн. після операції). Останнім етапом під місцевим знеболюванням зашивають шкіру вузловими швами над закритою норицею.

При цьому повністю зберігається прохідність товстої кишки, і необхідності виконання повторного втручання немає. Через 12-15 діб підтверджують, що нориця закрилася і під місцевим знеболюванням накладають вторинні шви на шкіру додаткового розтину над закритою норицею.

В клініці хірургічних хвороб стомат. факультету ДонДМУ на базі ЦМКЛ №1 по заявленому способу оперовано 3 хворих. У всіх хворих нориця закрилася від 8 до 14 діб після оперативного втручання і до виписки хворих із стаціонару. Післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих за заявленим способом не спостерігали.

При контрольному огляді через 6 місяців стан хворих задовільний. Терміни тимчасової непрацездатності становили від 4 тижнів до 1,5 місяців.

Приклад 1. Хворий К., 69 років (історія хвороби №1152), госпіталізований в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м. Донецька 28.04.05р. через 48 годин від початку захворювання з діагнозом гостра кишкова непрохідність, причиною якої є пухлина лівої половини товстої кишки. Діагноз був підтверджений терміновою ірігоскопією. Після передопераційної підготовки хворому виконана серединна лапаротомія. На операції встановлено, що причиною непрохідності є ракова пухлина сигмовидної кишки. Виконана операція по заявленому способу. Сформована трубчаста товстокишкова нориця із застосуванням поролонової губки закрилася на 14 добу після втручання. Накладені вторинні шви на шкіру. Хворий був виписаний на 16 добу після операції в задовільному стані. Оглянутий через 6 місяців після операції. Скарг немає, набрав у вазі, стул природним шляхом. Працює за своїм фахом. Терміни тимчасової непрацездатності склали 18 днів.

Приклад 2. Хвора М. 45 років (історія хвороби №227), госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м. Донецька 27.01.06р. через 18 годин після початку захворювання з діагнозом гостра кишкова непрохідність, причиною якої є пухлина лівої половини товстої кишки. При ірігоскопії - пухлина низхідного відділу товстої кишки. 27.01.06р. після передопераційної підготовки виконана серединна лапаротомія. На операції встановлено, що причиною кишкової непрохідності є ракова пухлина на межі низхідного відділу і сигмовидної кишки. Виконана операція по заявленому способу. Сформована зовнішня труб-

часта нориця товстої кишки із застосуванням поролонової губки закрилася на 9 добу після втручання. Накладені вторинні шви на шкіру. Хвора була виписана на 13 добу після операції в задовільному стані. Оглянута через 7 місяців після операції. Скарг немає, стул природним шляхом. Працює за своїм фахом. Терміни тимчасової непрацездатності склали 22 дні.

Приклад 3. Хвора П. 45 років (історія хвороби №146), госпіталізована в клініку хірургічних хвороб стомат. факультету ЦМКЛ №1 м. Донецька 12.01.06р. через 26 годин після початку захворювання з діагнозом гостра кишкова непрохідність, причиною якої є пухлина лівої половини товстої кишки. Діагноз був підтверджений терміновою іригоскопією 12.01.06р. після передопераційної підготовки виконана серединна лапаротомія. На операції встановлено, що має місто доліхосігма, в середині третини сигмовидної кишки - злоякісна пухлина, яка явилась причиною кишкової непрохідності.

Виконана операція по заявленому способу. Сформована зовнішня трубчаста нориця товстої кишки із застосуванням поролонової губки закрилася на 11 добу після втручання. Накладені вторинні шви на шкіру. Хвора була виписана на 12 добу після операції в задовільному стані. Оглянута через 6 місяців після операції. Скарг немає, стул -

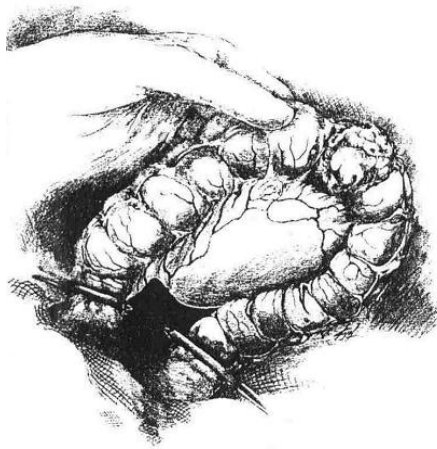
природним шляхом. Працює за своїм фахом. Терміни тимчасової непрацездатності склали 12 днів.

Таким чином, розроблений нами спосіб дозволяє:

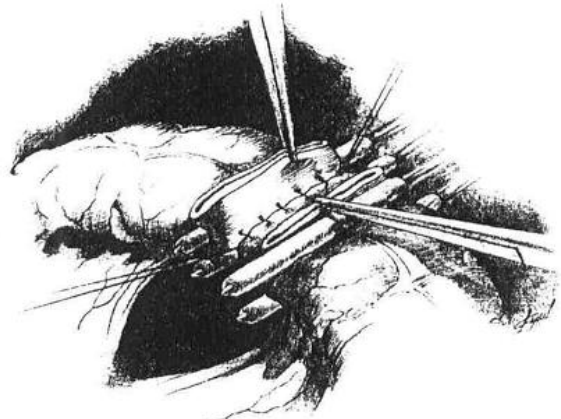
1. видалити злоякісну пухлину товстої кишки і усунути кишкову непрохідність, яку вона викликала;
2. закрити кишкову норицю до моменту виписки хворого із стаціонару (в середньому на 12-15 добу після оперативного втручання);
3. досягнути виконання пп. 1, 2 за одним етапом;
4. позбавити хворого від необхідності повторної операції з метою відновлення кишкової неперервності і таким чином уникнути вірогідності виникнення післяопераційних ускладнень;
5. добитися ранньої фізичної і соціальної реабілітації хворого (відсутність необхідності користуватися колопримачем, довга тривалість на листі непрацездатності, отримання інвалідності) і т.ч. сприяти поліпшення якості життя оперованих хворих.

Джерела інформації

1. Войленко В.Н. и др. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. -М.: Медицина, 1965. -С.395.
2. Рижих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. - М., 1969. - С. 274-278.



Фиг.1



Фиг.2

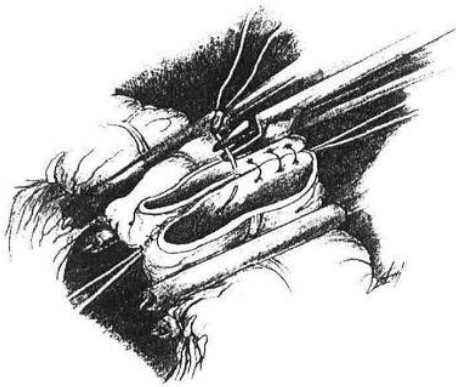


Fig. 3

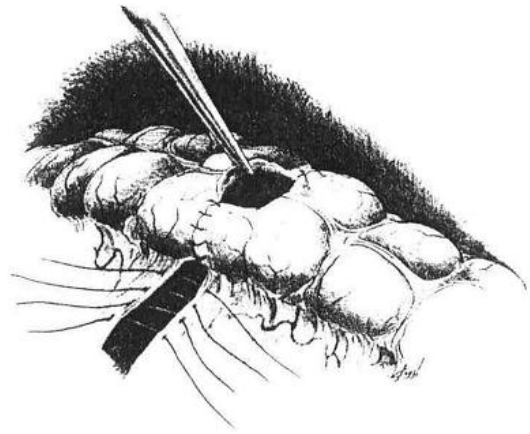


Fig. 5

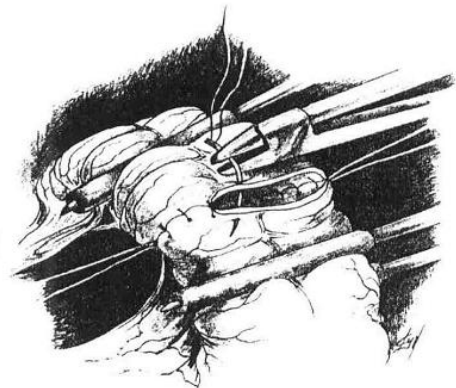


Fig. 4

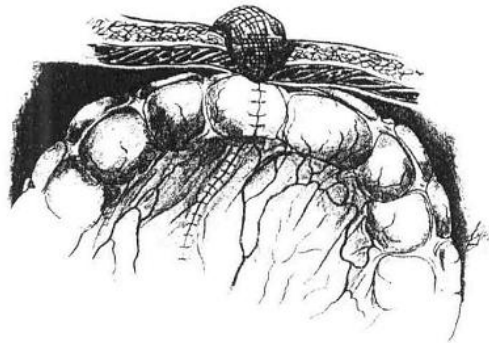


Fig. 6

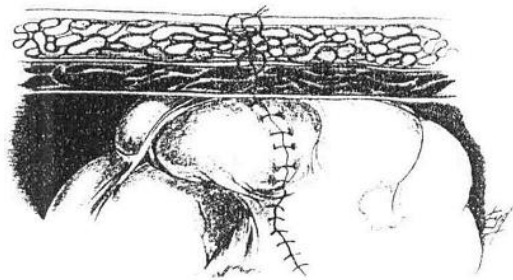


Fig. 7