



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **37479** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/02**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ЯЄЧНИКІВ З МЕТАСТАТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ ОЧЕРЕВИНИ СЕЧОВОГО МІХУРА**

1

(21) u200808926

(22) 08.07.2008

(24) 25.11.2008

(46) 25.11.2008, Бюл.№ 22, 2008 р.

(72) БОНДАР ГРИГОРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ПСАРАС ГЕНАДІЙ ГЕНАДІЙОВИЧ, UA, НИКИТИНА ОЛЬГА АНАТОЛЬЄВНА, UA, КУПРИЄНКО МИКОЛА ВІКТОРОВИЧ, UA

(73) БОНДАР ГРИГОРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA

(57) Спосіб хірургічного лікування раку яєчників з метастатичним ураженням очеревини сечового міхура, що включає виконання паліативної двосторонньої тубоваріектомії, резекції великого сальника, висічення серозно-м'язового шару сечового

2

міхура, ураженого метастатичним процесом, дренажування черевної порожнини, який **відрізняється** тим, що для закриття великого дефекту серозно-м'язового шару стінки сечового міхура використовують серозну оболонку тіла матки, для чого накладають вузлові шви між збереженою серозною оболонкою сечового міхура по краю резекції та задньою поверхнею матки, після чого огортають сечовим міхуром тіло матки таким чином, щоб слизова оболонка сечового міхура в зоні дефекту його серозно-м'язового шару розташовувалася на серозній поверхні матки, і зав'язують лігатури накладених швів.

Корисна модель належить до медицини, а саме - до онкогінекології, і може бути використана при лікуванні раку яєчників.

При лікуванні хворих з розповсюдженням раком яєчників застосовують комплексний метод лікування, який передбачає застосування хірургічного втручання і повторних курсів хіміотерапії в різній послідовності. При цьому, під час хірургічного втручання прагнуть виконати максимально можливе видалення пухлинної маси, що підвищує ефективність проведеної надалі хіміотерапії. Найпоширенішою операцією при раку яєчника є надпівхова ампутація матки. Однак при наявності розповсюдженого процесу та відсутності видимого ураження пухлинним процесом тіла матки обсяг операції обмежують виконанням двосторонньої тубоваріектомії з видаленням максимально великої кількості метастатичних вузлів. У хворих з ураженням метастазами очеревини сечового міхура роблять висічення ділянки серозно-м'язової оболонки сечового міхура, ураженого пухлинним процесом. Після висічення ділянки стінки сечового міхура виникає необхідність відновлення її цілісності. У випадках, коли висікають одиночні метастази невеликих розмірів, технічних проблем ушивання стінки сечового міхура немає. Однак у хворих з великим ураженням очеревини сечового міхура метастатичним процесом, після висічення його стінки, виникає складність при закритті великого дефекту серозно-м'язової оболонки.

Відомий спосіб ушивання стінки сечового міхура при його пошкодженні під час виконання гінекологічних операцій [Брауде І.Л. Оперативная гинекология. -М.: Медгиз, 1952. -727с.], при якому на пошкоджений м'яз накладають декілька кетгутових швів. При цьому, накладати шви на дефект у м'язовій оболонці треба так, щоб не проколоти слизову оболонку міхура.

Недоліком даного способу є неможливість ушивання стінки сечового міхура при наявності великого дефекту, оскільки накладення швів неминуче призведе до його деформації та зменшення обсягу, що негативно позначиться на результатах лікування. Крім того, можливе прорізування лігатур накладених швів при їх зав'язуванні обумовлено великою відстанню між краями дефекту та натягом тканин.

Відомий спосіб ушивання стінки сечового міхура при його пошкодженні під час гінекологічних операцій [Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. -Л.: Медицина, 1973. -290с.], при якому накладають дворядний шов тонким кетгутом. При цьому перший ряд вузлуватих кетгутових швів накладають на м'язовий шар без проколювання слизової оболонки, а другий ряд заглиблених кетгутових швів накладається на адвентиціально-м'язові шари сечового міхура.

Недоліком даного способу є неможливість ушивання стінки сечового міхура при наявності великого дефекту, оскільки накладення швів не-

(13) **U**(11) **37479**(19) **UA**

минує призведе до його деформації та зменшення обсягу, що негативно позначиться на результатах лікування. Крім того, можливе прорізання лігатур накладених швів при їх зав'язуванні обумовлено великою відстанню між краями дефекту і натягом тканин.

Також, для зміцнення стінки порожнистих органів, наприклад, для підвищення надійності міжкишкових анастомозів, використовують зміцнення останніх демукозованим фрагментом тонкої кишки. На думку Мохова Є.М. і Бредихіна Є.П. [Мохов Є.М., Бредихин Е.П. Оценка возможности и перспектив использования демукозированных фрагментов тонкой кишки на сосудистой ножке при операциях на желудке и кишечнике //Клиническая хирургия. -1990. -№2. -С.11-13], демукозовані фрагменти тонкої кишки на судинній ніжці мають високі пластичні властивості. Швидке міцне зрощення фрагмента з підлягаючими тканинами, на думку авторів, дозволяє вважати можливим використання методики прикриття зазначеним фрагментом швів кишки для профілактики їхньої неспроможності. Демукозовані трансплантати на практиці використовувалися для різних цілей - заміщення дефекту дванадцятипалої кишки, зміцнення анастомозів після резекції тонкої кишки, правосторонньої геміколектомії, гастректомії, проксимальної резекції шлунка [Мохов Є.М., Бредихин Е.И. Укрепление тонкотолстокишечных анастомозов демукозированным трансплантатом тонкой кишки //Вестник хирургии. -1990. -№6. -С.115-117]. Поряд з тонкою кишкою, для зміцнення товстокишкового анастомозу використовуються стінки і інші органи. Так, Журнаджянц В.А. і Вальтер В.Г. [Журнаджянц В.А., Вальтер В.Г. Укрепление толстокишечного анастомоза лоскутом из стенки желудка //Вестник хирургии. -1985. -№5. -С.135-136] для підвищення надійності товстокишкового анастомозу використовували серозно-м'язовий клапоть зі стінки шлунка на судинній ніжці.

Відомий спосіб зміцнення стінки порожнистого органа [Мохов Є.М., Бредихин Е.П. Оценка возможности и перспектив использования демукозированных фрагментов тонкой кишки на сосудистой ножке при операциях на желудке и кишечнике //Клиническая хирургия. -1990. -№2. -С.11-13], обраний за прототип, при якому відсікають сегмент тонкої кишки довжиною 5-7 см на ніжці, розсікають кишку по протибрижовому краю, здійснюють його демукозацію, після чого цим демукозованим клаптем тонкої кишки огортають стінку порожнистого органа, наприклад тонко-товстокишкового анастомозу.

Недоліком способу-прототипу є його технічна складність, травматичність, а також збільшення ризику виникнення тяжких післяопераційних ускладнень, нерідко зі смертельним завершенням, зокрема неспроможності швів міжкишкового анастомозу й інфікування черевної порожнини внаслідок тривалої роботи на відкритому просвіті кишки.

Корисна модель вирішує задачу зміцнення стінки сечового міхура при виконанні його великої резекції у хворих з раком яєчників при наявності метастатичного ураження очеревини сечового міхура.

Поставлена задача вирішується тим, що для закриття великого дефекту серозно-м'язового шару стінки сечового міхура використовують серозну оболонку тіла матки, для чого накладають шви між збереженою серозною оболонкою сечового міхура по краю резекції і задньою поверхнею матки, після чого огортають сечовим міхуром тіло матки таким чином, щоб дефект серозно-м'язового шару сечового міхура розташовувався на серозній поверхні матки і зав'язують лігатури накладених швів.

Новим у заявленому способі є те, що для закриття великого дефекту серозно-м'язового шару стінки сечового міхура використовують серозну оболонку матки. Крім того, новим є те, що здійснюють огортання сечовим міхуром усього тіла матки, в результаті чого збільшують площу зіткнення органів і забезпечують можливість закриття великого дефекту стінки сечового міхура.

Сутність способу пояснюється кресленнями 1-2.

На Фіг.1 зображено накладення вузлових швів між серозною оболонкою сечового міхура і задньою поверхнею матки, де:

1 - збережена серозна оболонка сечового міхура;

2 - край резекції серозно-м'язової оболонки сечового міхура;

3 - задня поверхня матки;

4 - вузлові шви, накладені між серозною оболонкою сечового міхура по краю резекції із задньою поверхнею матки;

5 - дефект серозно-м'язового шару сечового міхура.

На Фіг.2 зображено огортання сечовим міхуром матки після зав'язування лігатур, де:

1 - збережена серозна оболонка сечового міхура;

3 - задня поверхня матки;

4 - вузлові шви, накладені між серозною оболонкою сечового міхура по краю резекції із задньою поверхнею матки;

5 - дефект серозно-м'язового шару сечового міхура.

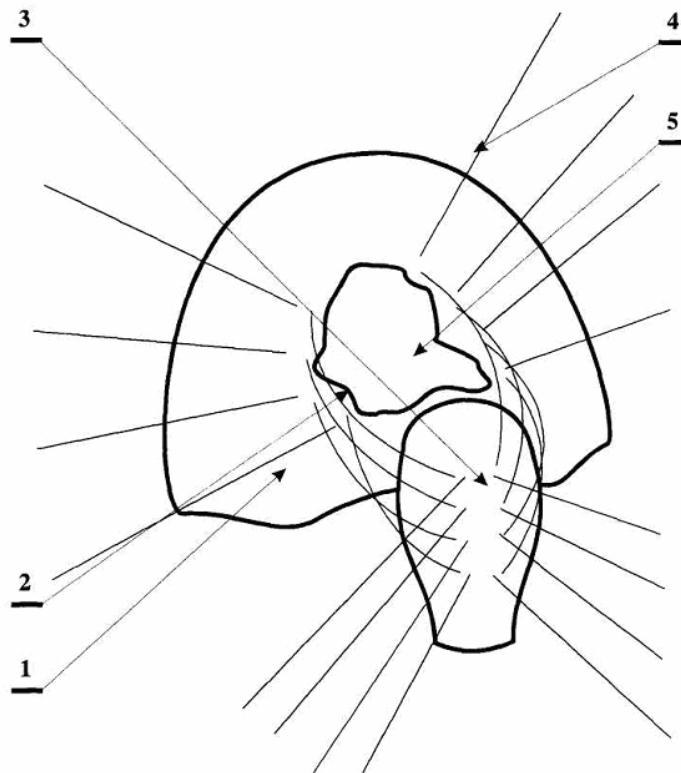
Спосіб здійснюють таким чином. Роблять лапаротомію, ревізію черевної порожнини. При наявності великого пухлинного процесу виконують паліативну двосторонню тубоваріектомію, резекцію великого сальника. У хворих з пухлинним ураженням очеревини сечового міхура здійснюють висічення серозно-м'язової оболонки сечового міхура з подальшим закриттям великого дефекту його стінки маткою за заявленим способом. Для цього між збереженою серозною оболонкою 1 сечового міхура по краю резекції 2 і задньою поверхнею матки 3 накладають вузлові шви 4 таким чином, щоб слизова оболонка сечового міхура 5 в зоні дефекту його серозно-м'язового шару розташовувалася на серозній поверхні матки 3. Після цього зав'язують лігатури накладених вузлових швів 4, огортаючи матку 3 сечовим міхуром. При цьому слизова оболонка сечового міхура 5 виявляється щільно притиснутою до серозної оболонки матки 3 з усіх її боків.

Приклад конкретного застосування способу. Хвора К., 79 років, госпіталізувалась в гінекологіч-

не відділення Донецького обласного протипухлинного центру з діагнозом: рак правого яєчника, III стадія. У відділенні після передопераційної підготовки виконана операція - лапаротомія. До операції в сечовий міхур уведений катетер Фолея. При ревізії встановлена наявність пухлини правого яєчника 14×8×9см, наявність метастатичного ураження очеревини сечового міхура на площі 8×7см, метастатичне ураження великого сальника з розмірами вузлів від 0,5 до 2,5см у діаметрі. Тіло матки макроскопічно не змінено. Враховуючи вік хворої, поширеність пухлинного процесу, відсутність видимих змін тіла матки, вирішено виконати паліативну двосторонню овариєктомію, резекцію великого сальника, резекцію серозно-м'язової стінки сечового міхура, уражену метастатичним процесом, із закриттям утвореного дефекту, за заявленим способом. За звичайною методикою виконані паліативна двостороння тубоварієктомія, резекція великого сальника, висічення в межах здорових тканин серозно-м'язового шару сечового міхура, ураженого метастатичним процесом. Між збере-

женою серозною оболонкою сечового міхура по краю резекції та задньою поверхнею матки наклали вузлові шви таким чином, щоб слизова оболонка сечового міхура в зоні дефекту його серозно-м'язового шару розташовувалася на серозній поверхні матки. Зав'язали лігатури накладених вузлових швів, огортаючи матку сечовим міхуром. У результаті цього слизова оболонка сечового міхура виявилася щільно притиснутою до серозної оболонки матки з усіх її боків. Установили дренаж у порожнину малого таза. Рану черевної стінки вишили за звичайною методикою. Післяопераційний період протікав рівно. Серединний дренаж видалений на 3 добу. Катетер Фолея із сечового міхура видалений на 12 добу. Рана загоїлась первинним натягом. Шви зняті на 12 добу. Дизуричних розладів під час перебування в стаціонарі і через 3, 6, 9, 12 місяців після виписки з відділення не спостерігали.

За даною методикою прооперовано 3 хворих. У всіх випадках післяопераційний період протікав рівно.



Фиг.1

