



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39747 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТОНКО-ТОВСТОКИШКОВОГО РЕЗЕРВУАРУ

(21) 2001010706

(22) 31.01.2001

(24) 15.06.2001

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагімович, Гюльмамедов Полад Фарманович, Полунін Герман Євгенович, Кухто Галіна Костянтинівна, Томашевський Микола Іванович, Костін Роман Олександрович, Карпенко Юрій Володимирович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб формування тонко-товстокишкового резервуару, що включає в себе субтотальну колектомію, ілеостомію, накладення анастомозу між прямою кишкою і бічною стінкою клубової кишки проксимальніше ілеостоми на 20-25 см, який відрізняється тим, що анастомоз формують після повної ліквідації запальних змін у частині товстої кишки, що залишилася, роздільне послідовне ушивання виведених на передню черевну стінку ілеостоми та сигмостоми проводять через 2-3 місяці.

Винахід належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, й може бути використаний для операцій на кишечнику і, зокрема, для хірургічного лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.

Відомим є спосіб субтотальної колектомії при неспецифічному виразковому коліті, при якому після перетину клубової та сигмовидної кишки уражену ділянку ободової кишки видаляють. Частину сигмовидної ободової кишки, що залишилася, виводять через окремий розріз в лівій здуховинній ділянці у вигляді нориці, накладають ілеостому за методикою Брука. [1]. Однак спосіб субтотальної колектомії з роздільною ілео-сигмостомією вимагає подальшої реконструктивно-відновної операції.

Відомим є спосіб при якому формується трансплантат на судинній ніжці з петлі клубової кишки [2]. Дистальний його кінець низводиться в заднепрохідний канал, проксимальний же ушивається наглухо. Відновлюється цілісність тонкої кишки та її брижі, утворюється ілеостома в правій здуховинній ділянці. Через декілька місяців знову проводять лапаротомію і анастомозують дистальний кінець тонкої кишки з трансплантатом способом «кінець у кінець». Однак у цьому випадку трансплантат з клубової кишки не забезпечує резервуарної функції.

Відомим є спосіб формування резервуару у вигляді анастомозу між петлею тонкої кишки [3], при якому після мобілізації товсту кишку видаляють, проксимально її відсікають у зоні ілео-

цекального клапана, дистально - над середньо-ампулярним відділом прямої кишки. Куксу прямої кишки ушивають. Задню стінку прямої кишки мобілізують до рівня м'язів тазового дна. Між задньою стінкою прямої кишки і передньою поверхнею крижів укладають петлю клубової кишки, що міститься в 25-30 см від дистального кінця, і фіксують її до задньої стінки куksi прямої кишки окремими серозно-м'язовими швами. Над куксою прямої кишки й низведеною петлею клубової кишки ушивають тазову очеревину. Вище рівня тазової очеревини, між відвідною та привідною ділянками клубової кишки накладають міжкишковий анастомоз за типом «бік у бік» шириною 8-10 см, який є резервуаром, що сповільнює пасаж по тонкій кишці. Дистальну ділянку відвідної петлі клубової кишки виводять на передню черевну стінку у вигляді ілеостоми. Однак, під час виконання цього способу додаткове співустя між петлею тонкої кишки тільки незначно сповільнює пасаж по тонкій кишці, не забезпечуючи достатнє всмоктування води і солей та ущільнення калових мас у частині товстої кишки, що залишилася.

Відомим є спосіб формування резервуару з петлі тонкої кишки [4], при якому після тотальної колектомії створюють один з видів ілеоректального або ілеоанального анастомозу на 20-25 см проксимальніше створеного анастомозу, формують петлю з клубової кишки, складаючи її вдвоє. Петля складається з відвідної та привідної частин кишки, бічні стінки яких зшивають двома рядами серозно-м'язових швів протягом 10-15 см, від вершини пет-

лі кишки. Сформовану петлю виводять вершиною в правій здуховинній ділянці й фіксують петлю в цьому положенні, після чого формують ілеостому. Після зрощення створеного ілеоректального анастомозу або ілеоанального анастомозу та поліпшення стану хворого розтинають стичні стінки зшитой тонкої кишки. Практика показала, що відсутність ампули прямої кишки, а також сигмовидної кишки, і призводить до частого рідкого випорожнення і мацерації періанальної шкіри.

Відомим є спосіб субтотальної колектомії [5], при якій видаляється товста кишка, між термінальним кінцем клубової та куксою прямої відразу ж формується анастомоз за типом "кінець у кінець", операцію завершують накладенням розвантажувальної колостоми. Недоліком описаного способу є те, що ілеоректальний анастомоз "кінець у кінець" не сповільнює пасаж кишкового вмісту, тому у цих хворих в післяопераційному періоді спостерігається виснажлива діарея.

Відомим є спосіб [6], обраний як прототип, коли після субтотальної колектомії, ілеостомії одночасно накладають анастомоз між прямою кишкою і бічною стінкою клубової кишки, проксимальніше ілеостоми на 20-25 см. Через рік ілеостому знімають, а кінець вшивають у бік її проксимальніше анастомозу. Недоліком пропонованого способу відновлення безперервності з формуванням резервуару є те, що за наявності запальних змін у частині товстої кишки, що залишилася, існує велика загроза неспроможності швів ілеоректального анастомозу.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалення способу формування товстокишкового резервуару, при якому знижується ризик післяопераційних ускладнень пов'язаних з одночасною резекцією товстої кишки і формуванням резервуару шляхом анастомозування з частиною товстої кишки, що залишилася, підвищується можливість більш адекватного лікування частини товстої кишки, що залишилася, після субтотальної колектомії, незалежно від необхідного для цього тимчасового проміжку, забезпечується більш тривала затримка кишкового вмісту у створеному резервуарі, що призводить до зменшення частоти випорожнень у хворих після обширних резекцій товстої кишки.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі формування кишкового резервуару, який включає субтотальну колектомію, ілеостомію, накладення анастомозу між прямою кишкою і бічною стінкою клубової кишки проксимальніше ілеостоми на 20-25 см, згідно з винаходом анастомоз формують після повної ліквідації запальних змін у частині товстої кишки, що залишилася, роздільне послідовне ушивання виведених на передню черевну стінку ілеостоми та сигмостоми проводять через 2-3 місяці.

Спосіб пояснюється малюнками. На фіг.1 формують дві штучних нориці - ілеостому і колостому; на фіг. 2 формують анастомоз "бік у бік" між термінальним відрізком клубової та частиною сигмовидної кишки, що залишилася; на фіг. 3 - роздільне послідовне ушивання ілеостоми й сигмостоми. Спосіб здійснюється таким чином: мобілізують необхідну для видалення уражену ділянку товстої та термінальний відрізок клубової кишки. Перети-

нають кишку в місцях резекції і формують дві штучних нориці - ілеостому і колостому (фіг. 1). Після повної ліквідації запальних змін у частині товстої кишки, що залишилася, формують анастомоз "бік у бік" між термінальним відрізком клубової та частиною сигмовидної кишки, що залишилася (фіг. 2), а раніше виведені на передню черевну стінку ілео- і сигмостома залишаються неушитими, тобто функціонують, чим досягається тимчасове розвантаження анастомозу. Через 2-3 місяці за відсутності протипоказань проводять роздільне послідовне ушивання ілеостоми й сигмостоми (фіг. 3).

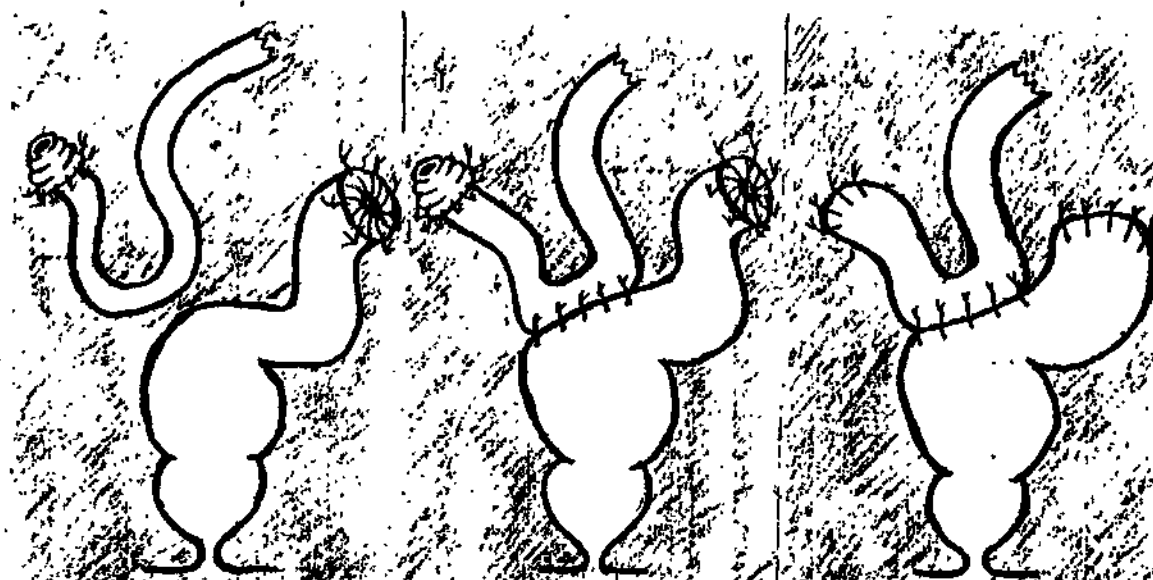
Приклад. Хвора Н., 34 років, вступила зі скаргами на періодичні переймоподібні болі в нижніх відділах живота, нестійке випорожнення, прогресуюче схуднення до 15 кг, загальну слабкість, періодичне підвищення температури до 38,6°C, що супроводжується ознобами. При вступі: загальний стан хворої середньої тяжкості. Правильної будови тіла, зниженого харчування. Шкіра і видимі слизові звичайного забарвлення. Периферичні л/вузли не збільшені. Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс 88/хв., А/Т 110/70 мм рт.ст. Язик вологий. Живіт симетричний, не роздутий, пальпаторно - м'який, помірно болючий по ходу товстої кишки. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка і селезінка не збільшені. Сечовипускання не порушене, с-м Пастернацького негативний з обох боків. РРС: на 20 см візуально визначається гіперемована, набрякла з великою кількістю виразок округлої форми до 2-3 мм у діаметрі. Аналіз крові: Hb - 118 г/л; Ер - 2,8 Т/л; Л - 7,0 г/л; СОЕ - 40 мм/ч; е - 1; п - 12; з - 56; л - 30; м - 5. ЦП - 0,9. Загальний білок - 58 г/л. Цукор крові - 4,7 ммоль/л; сечовина - 7,9 ммоль/л; загальний білірубін - 11,0 ммоль/л. Гр.крові - В(III) Rh+. Аналіз сечі: Пит вага - 1015, реакція - сл. кисла, білків - немає, цукор - немає, епітелій - у нев. к-ті, лейкоцити 4-5 в п/зр, ер. 0-0-1 в п/зр. Протягом 2-х тижнів отримувала консервативну терапію, однак без ефекту. Клінічний діагноз: неспецифічний виразковий коліт, хрон.форма, субтотальне ураження. Хвору оперовано у зв'язку з неефективністю консервативної терапії. Операційне поле трічі оброблене йодонатом. Середина лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини. При цьому встановлено, що в порожнині малого таза є до 300 мл прозорої асцитичної рідини. Наявні збільшені лімфатичні вузли по ходу брижі тонкої і товстої кишки. Під час ревізії - вся ободова кишка уражена запальним процесом. Виконано субтотальну колонектомію з резекцією термінальної ділянки клубової кишки, на передню черевну стінку виведені роздільно ілеостома і сигмостома. Надалі хвора отримала курс місцевої і загальної протизапальної терапії. Через 3 місяці сформовано тонко-товстокишковий анастомоз «бік у бік». Через 8 діб після операції хвору виписано в задовільному стані. Надалі ушиті роздільно ілео- і сигмостома. Оглянута через рік: стан задовільний, випорожнення 1-2 рази на добу, оформлене, ознак рецидиву захворювання не відзначено.

Переваги заявлюваного способу. Технічна простота виконання без застосування спеціальної апаратури і обладнання, що дорого коштують

Спосіб, що заявляється, дозволяє включити в резервуар сигмовидну і пряму кишку, що залишилася, що сприяє ущільненню кишкового вмісту, зменшенню частоти випорожнень. Зводиться до мінімуму можливість розвитку післяопераційних ускладнень (нездатність анастомозу, виникнення абсцесів черевної порожнини, прогресування спайкового процесу, нагноєння рани, флегмона передньо-бічної черевної стінки), що приводить до скорочення термінів перебування хворого в стаціонарі, зменшення витрат на лікування.

Джерела інформації, що бралися до уваги:

1. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев: Здоров'я - 1990. - С. 472.
2. Ръжих А.Н. Атлас операций на прямой и толстой кишке. М., 1968. - С. 172-173.
3. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев: Здоров'я - 1990. - С. 124-126.
4. Юдин И.Ю. Атлас операций на прямой и толстой кишке. М.: Медицина, 1968. - С. 172 - 173.
5. Дробни Ш. Хирургия кишечника // Budapest, 1983. - С. 312.
6. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев: Здоров'я - 1990. - С. 473.



Фіг. 1

Фіг. 2

Фіг. 3

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 - 72 - 89 (03122) 2 - 57 - 03

