



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **83827** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 05931	(72) Винахідник(и): Бондар Григорій Васильович (UA), Думанський Юрій Васильович (UA), Башеев Володимир Харитонович (UA), Кияшко Олександр Юрійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 13.05.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2013, Бюл.№ 18	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ КОЛОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ СУБТОТАЛЬНОЇ КОЛОНЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб колопластики після субтотальної колонектомії включає мобілізацію правої і лівої половин ободової кишки. При цьому додатково перед мобілізацією лівої половини ободової кишки здійснюють скелетизацію нижньої брижової артерії, ліву ободову артерію й першу сигмоподібну перетинають у місці відгалуження від нижньої брижової артерії для подовження трансплантата. Інші сигмоподібні артерії зберігають, формують дуплікатурний тонко-товстокишковий анастомоз, петлю подовженої сигмоподібної кишки фіксують до очеревини лівого фланку й шлунково-ободової зв'язки, розташовуючи сигмоподібну кишку на місці лівої половини ободової кишки.

UA 83827 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до онкопроктології, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки.

Відомий спосіб хірургічного лікування раку спадного відділу ободової кишки, за якого здійснюють мобілізацію лівої половини ободової кишки від середньої третини поперечно-ободової до прямої кишки. Виконують перетин нижньої брижової артерії в місці її відходження від аорти й вени (нижній край підшлункової залози) з обов'язковим видаленням лімфатичних вузлів у прикореневій ділянці нижньої брижової артерії. Кишку перетинають, формують трансверзоректальний анастомоз кінець у кінець [1].

Недоліком способу є те, що крім спадної ободової кишки, спосіб припускає видалення всієї лівої половини ободової кишки, у зв'язку з чим додатково мобілізується сигмоподібна кишка й ректо-сигмоїдний відділ, селезінковий вигин разом з поперечно-ободовою кишкою, внаслідок чого значно подовжується тривалість і збільшується травматичність оперативного втручання, а також виключається функціонально важливий у моториці товстої кишки сегмент - сигмоподібна кишка.

Відомий спосіб субтотальної колонектомії, який застосовується при множинних пухлинах правої і лівої половини ободової кишки, взято як найближчий аналог [2]. Відповідно до цього способу виконують мобілізацію правої половини ободової кишки, розсікаючи складку очеревини вздовж ілеоцекального кута й правої половини ободової кишки до правого вигину ободової кишки. Відступивши на 10 см від ілеоцекального кута, за допомогою апарата УКЛ перетинають клубову кишку. Послідовно перев'язують і перетинають клубово-ободові, праві й середні ободові судини.

Затим мобілізують ліву половину ободової кишки, розсікають складку очеревини, мобілізують ліву половину ободової кишки й сигмоподібну ободову кишку. Перев'язують і перетинають шлунково-ободову зв'язку, а далі - ліву ободову й сигмоподібну артерії. Частину ободової кишки, що підлягає резекції, видаляють. Формують ілеоректальний анастомоз, накладаючи його вручну на кшталт кінець у бік або за допомогою апарата на кшталт кінець у кінець.

Відомий спосіб має істотний недолік. Післяопераційні функціональні зміни (виражені порушення обміну речовин і травлення) вимагають медикаментозної корекції, що спричиняє зниження якості життя прооперованих хворих.

В основу корисної моделі поставлено задачу - вдосконалити спосіб колопластики після субтотальної колонектомії, за рахунок чого можна досягти зниження травматичності оперативного втручання без зниження якості життя хворих, а саме завдяки зменшенню меж резекції ободової кишки й розміщенню петлі сигмоподібної кишки на місці лівої половини ободової кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі колопластики після субтотальної колонектомії, яка включає мобілізацію правої і лівої половини ободової кишки, згідно з корисною моделлю, додатково перед мобілізацією лівої половини ободової кишки виконують скелетизацію нижньої брижової артерії, ліву ободову артерію і першу сигмоподібну перетинають у місці відгалуження від нижньої брижової артерії для подовження трансплантата. Інші сигмоподібні артерії зберігають, формують дуплікатурний тонко-товстокишковий анастомоз, петлю подовженої сигмоподібної кишки фіксують до очеревини лівого фланку й шлунково-ободової зв'язки, розташовуючи сигмоподібну кишку на місці лівої половини ободової кишки.

Спосіб здійснюють таким чином. Після ревізії черевної порожнини починають мобілізацію правої половини ободової кишки. Розсікають складку очеревини вздовж ілеоцекального кута й правої половини ободової кишки до правого вигину ободової кишки, перев'язують і перетинають клубово-ободові судини, мобілізують 30,0 см клубової кишки. Перев'язують і перетинають шлунково-ободову зв'язку. Послідовно перев'язують і перетинають праві й середні ободові судини. Далі виконують мобілізацію лівої половини ободової кишки, розсікають складку очеревини, мобілізують спадну ободову кишку, здійснюють скелетизацію нижньої брижової артерії, ліву ободову артерію й першу сигмоподібну перетинають у місці відходження від нижньої брижової артерії для подовження трансплантата, інші сигмоподібні артерії зберігають, видаляють частину ободової кишки, що підлягає резекції, формують дуплікатурний тонко-товстокишковий анастомоз, петлю подовженої сигмоподібної кишки фіксують до очеревини лівого фланку й шлунково-ободової зв'язки, розташовуючи сигмоподібну кишку на місці лівої половини ободової кишки.

Приклад. Хвора П., 73 років, госпіталізована в клініку з діагнозом первинно-множинний метакронний рак висхідного відділу ободової кишки T4N0M0 II стадія, стан після геміколонектомії праворуч у 1994 р., мультицентричне поширення раку поперечно-ободовою кишкою 3N0M0 II стадія, рак поперечно-ободової кишки 1N0M0 I стадія. Діагноз підтверджений

морфологічно. Протипоказань до оперативного лікування не виявлено. Хворій виконано субтотальну колонектомію з колопластиком за вищевказаним способом. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Суб'єктивно хвора почувала себе задовільно. При контрольних оглядах через 3, 6, 12 міс. даних, які б свідчили про продовження хвороби, не виявлено.

Даний спосіб дозволяє відновити анатомічні особливості лівої половини ободової кишки, зберегти функціонально важливий сегмент ободової кишки, запобігти вираженим порушенням обміну речовин і процесу травлення в організмі, сприяє поліпшенню якості життя хворого. Таким способом прооперовано 4 хворих у віці від 36 до 75 років.

Джерела інформації:

1. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев СВ. Опухоли толстой кишки. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - С. 136-139.

2. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - С. 446-447.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб колопластики після субтотальної колонектомії, що включає мобілізацію правої і лівої половин ободової кишки, який **відрізняється** тим, що додатково перед мобілізацією лівої половини ободової кишки здійснюють скелетизацію нижньої брижової артерії, ліву ободову артерію й першу сигмоподібну перетинають у місці відгалуження від нижньої брижової артерії для подовження трансплантата, інші сигмоподібні артерії зберігають, формують дуплікатурний тонко-товстокишковий анастомоз, петлю подовженої сигмоподібної кишки фіксують до очеревини лівого фланку й шлунково-ободової зв'язки, розташовуючи сигмоподібну кишку на місці лівої половини ободової кишки.

Комп'ютерна верстка С. Чулій

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601