



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53832 (13) U
(51) МПК (2009)
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 ВИЯВЛЕННЯ РОЗТАШУВАННЯ КУКСИ ПРЯМОЇ КИШКИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЯХ У ХВОРИХ З КОЛОСТОМОЮ

1

2

(21) u201002282

(22) 01.03.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) ВОРОВСЬКИЙ ОЛЕГ ОЛЕГОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб виявлення розташування кукси прямої кишки при реконструктивно-відновних операціях у хворих з колостомою, що передбачає мобілізацію

кукси прямої кишки для формування колоректального анастомозу, який **відрізняється** тим, що через анус в просвіт прямої кишки проводять фіброколоноскоп, допомагаючи пальпаторно досягнути кукси прямої кишки, виконують інсуфляцію прямої кишки повітрям, після чого, орієнтуючись на джерело світла фіброколоноскопа, розсікають спадково-рубцеві тканини та очеревину таза і виділяють проксимальну ділянку прямої кишки вздовж її задньої стінки.

Корисна модель відноситься до хірургії товстокишечника і може бути використана при реконструктивно-відновних операціях у хворих з колостомою.

Відомий спосіб виявлення розташування кукси прямої кишки передбачає виділення та відсічення колостоми, лапаротомію з висіченням старого післяопераційного рубця, мобілізацію проксимальної ділянки ободової кишки достатньої для формування колоректального анастомозу, після чого хворому в положенні Тренделенбурга в просвіт прямої кишки через анус вводять перфорований світловод, орієнтуючись на джерело світла мобілізують проксимальний кінець прямої кишки та формують колоректальний анастомоз. [Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Д.И. и др. Хирургическое лечение больных с колостомой // Хирургия. - 2004. - №10. - С. 25-26].

Недоліками відомого способу є те, що для виявлення розташування прямої кишки при рубцево-злуковому процесі та ожирінні в ділянці малого таза потрібно застосовувати спеціальний латексний зонд, в канал якого вставляють перфорований світловод. В основу корисної моделі "Спосіб виявлення розташування кукси прямої кишки при реконструктивно-відновних операціях у хворих з колостомою" поставлено завдання при виявленні розташування кукси прямої кишки серед злуковорубцевого процесу та ожиріння в малому тазі зменшити тривалість даного етапу оперативного втручання, зберегти кровопостачання прямої киш-

ки від судин малого таза, значно зменшити ризик пошкодження судин малого таза та сечовивідної системи.

Це досягається способом, що передбачає мобілізацію кукси прямої кишки для формування колоректального анастомозу, який відрізняється тим, що через анус в просвіт прямої кишки проводять фіброколоноскоп, допомагаючи пальпаторно досягнути кукси прямої кишки, виконують інсуфляцію прямої кишки повітрям, після чого, орієнтуючись на джерело світла фіброколоноскопа, розсікають спадково-рубцеві тканини та очеревину таза і виділяють проксимальну ділянку прямої кишки вздовж її задньої стінки.

Спосіб здійснюється таким чином. Спочатку виконують лапаротомію з висіченням старого післяопераційного рубця. Після ручної та візуальної ревізії органів черевної порожнини, у разі відсутності рецидиву та метастазування захворювання, виконують розсічення злук, відновлення топографо-анатомічного розташування кишечника для можливості формування анастомозу. Після цього приступають до виділення кукси прямої кишки. Хворим надають положення Тренделенбурга, тонкий кишечник відмежовують змоченими у теплом фізіологічному розчині рушниками. Потім лікар-ендоскопіст через анус в просвіт прямої кишки проводить фіброколоноскоп. Одночасно оператор пальпаторно допомагає ендоскопу досягнути кукси прямої кишки та виконує інсуфляцію її повітрям. Після цього хірург, орієнтуючись на джерело світ-

(19) UA (11) 53832 (13) U

ла фіброколоноскопу, розсікає спайково-рубцеві тканини та очеревину тазу, виділяє проксимальну ділянку прямої кишки вздовж її задньої стінки. При цьому зменшується тривалість даного етапу оперативного втручання, зберігається кровопостачання прямої кишки від судин малого тазу, значно зменшується ризик пошкодження судин малого тазу та сечовивідної системи.

Після мобілізації дистальної ділянки товстої кишки приступають до такої ж маніпуляції з проксимальною ділянкою. При виділенні колостоми з боку черевної порожнини навколо кишки розсікають очеревину, тупим та гострим способом відділяють м'язи та проводять в черевну порожнину, відсікають стому, виконують пластику дефекту черевної стінки. При формуванні інвагінаційного колоректального анастомозу надають перевагу модифікації "кінець в бік", де ободову кишку з'єднують з підготовленою "площадкою" задньої стінки прямої кишки.

Приклад. Історія хвороби №3819. Хвора О., 68р., діагноз: Рак низхідного відділу ободової кишки (стан після лівобічної геміколектомії з виведенням трансверзостоми - 10.09.2008р.) Піст., III кл. гр., з ознаками часткової кишкової непрохідності. Післяопераційна злукова хвороба черевної порожнини. Післяопераційні нориці в ділянці післяопераційних рубців. Множинні післяопераційні вентральні грижі.

Поступила 05.10.2009 на оперативне лікування в плановому порядку. Із анамнезу - 10.09.2009

хворій була виконана лівобічна геміколектомія з виведенням трансверзостоми з приводу obturatorної товстокишкової непрохідності обумовленої зльокісною пухлиною низхідної ділянки товстої кишки, що проросла та перфорувала в позаочеревиний простір з ознаками місцевого перитоніту (T4N0M0). 22.10.2009 хворому були виконані операції: 1) висічення колоностоми; 2) лапароскопічна адгезіотомія з низведенням ділянки поперечно-ободової кишки з ручною асистенцією; 3) виділення куksi прямої кишки за запропонованою методикою; 4) нижня лапаротомія, формування термінолатерального трансверзоректального анастомозу; 5) накладання цекостоми; 6) грижепластика поліпропіленовим імплантатом за методом "onlay". 24.11.2009 хвора виписана в задовільному стані із стаціонару. Через місяць хворій під спинномозковою анестезією цекостома була закрита екстраперитонеально.

Експериментально-клінічне впровадження запропонованого способу проведено на базі хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни м. Вінниці на 6 хворих.

Таким чином, при застосуванні запропонованого способу зменшується тривалість даного етапу оперативного втручання, зберігається кровопостачання прямої кишки від судин малого тазу, значно зменшується ризик пошкодження судин малого тазу та сечовивідної системи.