



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40878 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРАВСТОРОННЬОЇ ГЕМІКОЛЕКТОМІЇ

(21) 2000095395

(22) 20.09.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Мороз Ігор Володимирович, Богачук Сергій Григорович, Півторак Володимир Ізяславович, Костюк Григорій Якович

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

(57) Спосіб правосторонньої геміколектомії, що виконується шляхом видалення сліпої, висхідної

та правої половини поперечної ободових кишок, проведенням поперечно-ободової кишки через отвір у брижі тонкої кишки з формуванням тонкотовстокишкового анастомозу та відновленням печінкового вигину товстої кишки, який **відрізняється** тим, що зберігають природну фіксацію кінцевого відділу клубової кишки та ілеоцекальної заслінки, проводять формування тонкотовстокишкового анастомозу кінець в бік і анатомофізіологічну реконструкцію ілеоцекального кута у правій клубовій ямці.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може використовуватись при виконанні поширеної резекції правої половини товстої кишки з формуванням тонко-товстокишкового анастомозу в абдомінальній хірургії.

Відомий спосіб резекції правої половини товстої кишки (по А. Tourret), який передбачає видалення 15-20 см кінцевого відділу клубової кишки, сліпої, висхідної та більшої частини поперечної ободової кишок із пересіченням а.colica media, проведенням поперечноободової кишки через брижу тонкої кишки та формуванням клубово-ободового анастомозу у правому боковому каналі живота (Симич П. Хирургия кишечника. - Бухарест: Мед. издательство, 1979. - С. 305 - 306).

Але вказаний спосіб не передбачає збереження важливих морфофункціональних одиниць шлунково-кишкового тракту, що входять до складу ілеоцекального кута, таких як ілеоцекальна заслінка та кінцевий відділ клубової кишки. Крім того, формування тонко-товстокишкового анастомозу кінець в кінець стрияє розвитку ускладнень післяопераційного періоду, пов'язаних із порушенням порційного просування хімусу у товсту кишку та товсто-тонкокишковим рефлюксом.

Метою винаходу є збереження фізіологічного функціонування зони тонко-товстокишкового переходу, зменшення післяопераційних ускладнень.

Вказана мета досягається тим, що зберігається природна фіксація ілеоцекальної заслінки та кінцевого відділу клубової кишки, проводиться формування тонко-товстокишкового анастомозу

по типу кінець в бік і анатомо-фізіологічна реконструкція ілеоцекального кута у правій клубовій ямці.

Суть винаходу.

Спільними відомими ознаками є видалення сліпої, висхідної та правої половини поперечної ободових кишок, проведенням поперечно-ободової кишки через отвір у брижі тонкої кишки з формуванням тонко-товстокишкового анастомозу та відновленням печінкового вигину товстої кишки.

Відзнакою способу, що пропонується, є те, що зберігається природна фіксація кінцевого відділу клубової кишки і ілеоцекальної заслінки, проводиться формування тонко-товстокишкового анастомозу кінець в бік і анатомофізіологічна реконструкція ілеоцекального кута у правій клубовій ямці.

На фігурі зображено кінцевий етап операції: поперечна ободова кишка (1) проведена через вікно (2) у брижі тонкої кишки (3). На відстані 7 см від кукси (4) товстої кишки сформовано ілеоцекоколоанастомоз (5) за власною методикою; товста кишка та її брижа фіксовані до задньої черевної стінки швами (6), чим відновлюється печінковий вигин (7) ободової кишки.

Спосіб виконується наступним чином.

Проводиться мобілізація висхідної та поперечної ободових кишок, для чого перев'язуються та перетинаються судини, що відходять від правої половини верхньої брижової артерії. Частково мобілізується низхідна ободова кишка, для чого перетинається ліва діафрагмально-ободова зв'язка, а сама кишка в початкових відділах відокремлюється від заочеревинного простору. Після розсі-

чення поперечної ободової кишки (1) формується кукса (4) тієї частини, що залишається. Виділяється ілеоцекальна заслінка з її складовими частинами та навколишньою ділянкою сліпої кишки, після чого видалається права половина товстої кишки. Через вікно у брижі тонкої кишки (2) у праву клубову ямку проводиться поперечно-ободова кишка (1), що залишилась, і формується тонко-товстокишковий анастомоз (5) по типу кінець в бік. Поперечна ободова кишка фіксується до задньої черевної стінки швами (6) і відновлюється печінковий вигин (7) товстої кишки.

Приклад виконання способу.

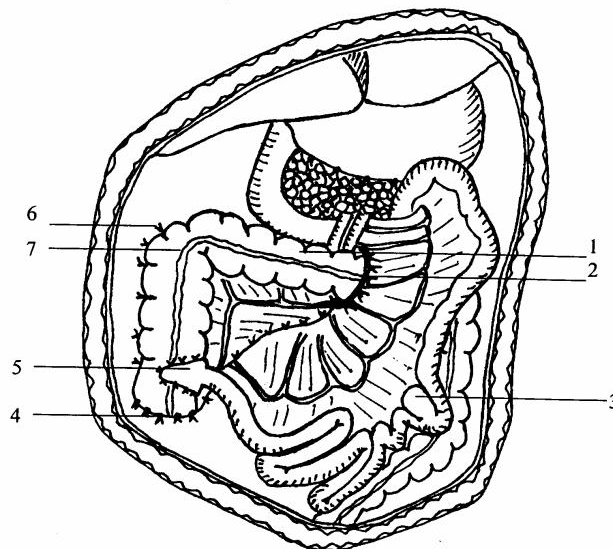
Хвора П., 1946 р.н. 25.08.99. поступила в хірургічне відділення Вінницького обласного онкодиспансеру з діагнозом: Рак печінкового кута ободової кишки, Т3NхMo, ІІст.

1.09.99. виконана операція. Лапаротомія проведена правостороннім параректальним доступом. Під час ревізії черевної порожнини виявлено пухлину у печінковому вигині товстої кишки. Петлі тонкої кишки переміщені з правої половини живота у ліву. На задній стінці черевної порожнини виділено, перев'язано і перетнуто судинні пучки, які включають а. colica media, а. colica dextra і a. ileocolica. Остання перев'язана на відстані 7 см від ілеоцекального кута, що зберегло анастомози між клубовою гілкою її та кінцевим відділом верхньої брижової артерії. Розітнута дорсальна очеревина вздовж правої паріетально-ободової борозни. Зліва направо розітнута шлунково-ободова зв'язка. Розітнуто праву і ліву діафрагмально-ободові зв'язки, брижу поперечно-ободової кишки зі збереженням анастомозів між лівою гілкою а.colica media і висхідною гілкою а.colica sinistra (дуга Ріолана). Вздовж проксимальної третини низхідної ободової кишки розітнута очеревина у лівому бо-

ковому каналі живота. Відшарована сліпа, висхідна і верхня частина низхідної ободових кишок. По дистальній межі резекції розітнута поперечно-ободова кишка (1). Ділянка її, що видалається, занурена у гумовий ковпачок; на частині її, що залишається, сформовано куксу (4). Далі виділена ілеоцекальна заслінка з навколишньою ділянкою сліпої кишки з її складовими частинами (губи та вуздечки). Видалена резектована товста кишка. В брижі тонкої кишки перпендикулярно до верхньої брижової артерії сформовано отвір (2) 4-5 см завдовжки між сусідніми тонкокишковими артеріями. Через отвір (2) проведено сегмент поперечно-ободової кишки (1), що залишився. Кукса (4) її переміщена у праву клубову ямку. На відстані близько 7 см від кукси на стінці товстої кишки сформовано дефект, в який вшита ілеоцекальна заслінка, тобто сформовано ілеоцекоколо-анастомоз (5), чим відновлено безперервність шлунково-кишкового тракту. Поперечно-ободова кишка (1) фіксована до задньої стінки живота, чим закрита десерозована ділянка її та відновлено печінковий вигин (7) товстої кишки. Окремими швами ліквідовані дефекти у брижі тонкої кишки. Через контрапертуру у правій клубовій ділянці дренована зона тонко-товстокишкового анастомозу.

Після операції стан хворої задовільний. На третю добу відновилася перистальтика. 15.09.99 виписана додому у задовільному стані.

Запропонований спосіб досить простий у виконанні, забезпечує фізіологічний перехід та його нормальне функціонування завдяки природному місцерозташуванню у правій клубовій ямці. Спосіб може виконуватись при розширеній правосторонній геміколектомії в любому відділенні абдомінальної хірургії.



Тираж 50 екз.

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

40878