



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57520

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ КОЛОАНАЛЬНОГО ТА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 2002119544

(22) 29 11 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Мельник Володимир Михайлович, Пойда  
Олександр Іванович, Криворук Мирослав Іванович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб профілактики і лікування стриктури колоректального та колоанального анастомозу шляхом трансанального введення пристрою для дилатації анастомозу з наступним дозованим його розширенням, який відрізняється тим, що розширення анастомозу виконують не шляхом бужування, а дозованим радіально направленим зусиллям, рівномірно розподіленим по колу анастомозу, під контролем зору

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії і може бути використаний для профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозів.

Відомий спосіб профілактики і лікування стриктури колоанального анастомозу шляхом пальцевої дилатації зони стриктури (1). При пальцевому обстеженні зони колоанального анастомозу в післяопераційному періоді виконують його розширення створенням тиску кінчиком пальця на зону стриктури.

Способу властиві недоліки:

1. Обмеженість застосування, лише у випадках стриктури колоанального анастомозу, у зв'язку з неможливістю досягти при пальцевому дослідженні зону проксимальніше розташованого колоректального анастомозу.

2. Травматичність способу, у зв'язку з відсутністю візуального контролю за його виконанням.

Найближчим аналогом способу, обраним в якості прототипу є спосіб профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозів шляхом бужування їх зони за допомогою апарату типу ЕЕА (1). Спосіб передбачає трансанальне введення зазначеного апарату з наступним бужуванням зони анастомозу голівкою апарату.

Способу властиві недоліки:

1. Травматичність, у зв'язку з відсутністю візуального контролю за виконанням способу, а також невідповідністю діаметрів голівки апарату і анастомозу в зоні його стриктури. Це спричиняє розриви анастомозу, виникнення кровотечі, часті

рецидиви стриктури.

2. Обмеженість використання, лише в умовах стаціонару під загальним знеболюванням, у зв'язку з травматичністю способу.

Задача винаходу, що заявляється, полягає у створенні досконалого та ефективного способу профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозів.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі профілактики і лікування стриктури колоанального та колоректального анастомозів, шляхом трансанального введення пристрою для дилатації анастомозу, з наступним його розширенням, який відрізняється тим, що розширення анастомозу виконують не шляхом бужування, а дозованим радіально направленим зусиллям, рівномірно розподіленим по колу анастомозу, під контролем зору.

Суть винаходу пояснена кресленнями.

Фіг. 1 ілюструє момент трансанального введення розширюючого пристрою до зони стриктури колоректального анастомозу, де 1-тубус ректороманоскопа введений трансанально, 2-колоректальний анастомоз, 3-голівка розширюючого пристрою, 4-стриктура колоректального анастомоза.

На Фіг. 2 зображена позиція голівки розширюючого пристрою безпосередньо в зоні стриктури колоректального анастомоза, де 3-голівка розширюючого пристрою, 4-стриктура колоректального анастомоза.

На Фіг. 3 зображений момент розширення стриктури колоректального анастомоза, де 5-

(13) A

(11) 57520

(19) UA

створки голівки розширюючого пристрою, 6-гвинт розширюючого пристрою, 7-зоровий контроль маніпуляції розширення стриктури, 8-система освітлення тубуса ректороманоскопа

Спосіб профілактики і лікування колоанального та колоректального анастомозів виконують шляхом трансанального введення тубуса ректороманоскопа 1, до межі колоректального анастомозу 2, з наступним введенням в тубус ректороманоскопа 1 голівки розширюючого пристрою 3, яку проводять крізь зону стриктури - 4, та виконують розширення цієї зони за допомогою створки голівки розширюючого пристрою 5, які розташовують радіальне круговими рухами гвинта 6, під зоровим контролем 7, завдяки наявності системи освітлення 8

Приклади конкретного виконання

1. Пациент С. 76 років, № історії хвороби 154 госпіталізований в клініку 21.03.01 року. Встановлений діагноз аденокарцинома верхньоампулярного відділу прямої кишки II стадія II клінічна група (T2, N0, M0). Виконана операція - передня резекція прямої кишки. Зформовано колоректальний анастомоз металевим дужковим швом за допомогою апарату типу ЕЕА. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився анастомозитом. Після завершення лікування анастомозиту виникла загроза стриктури колоректального анастомозу. У зв'язку з цим, з метою профілактики двічі на тиждень протягом одного місяця виконували дозоване розширення ділянки колоректального анастомозу.

Через 1 рік і 5 місяців хворий обстежений. Функція випорожнення задовільна. Ознак стриктури колоректального анастомозу немає.

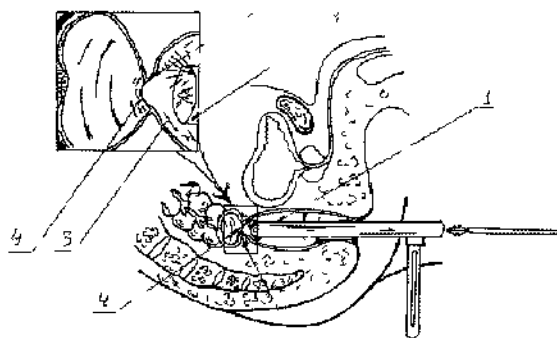
2. Пациент Г. 59 років, № історії хвороби 297 госпіталізований в клініку 2.06.01 року з діагнозом аденокарцинома середньоампулярного відділу прямої кишки III стадія II клінічна група (T3, N1, M0). В плановому порядку виконана опе-

рація - низька передня резекція прямої кишки. За допомогою циркулярного ендостеплера типу ЕЕА зформовано колоанальний анастомоз. Перебіг раннього післяопераційного періоду без ускладнень. 15.06.01 року в задовільному стані хворий був виписаний з клініки для амбулаторного лікування. Однак, через 1 рік і 3 місяці хворий звернувся зі скаргами на часті закрепи, затримку випорожнення прямої кишки, періодичні болі в животі. При обстеженні було діагностовано стриктуру колоанального анастомозу. З лікувальною ціллю один раз на тиждень протягом 1 місяця виконували дозоване розширення ділянки колоанального анастомозу. В наслідок проведеного лікування ознаки стриктури колоанального анастомозу були ліквідовані. Скарги на болі в животі, наявність закрепи та затримка-випорожнення прямої кишки хворого не турбують.

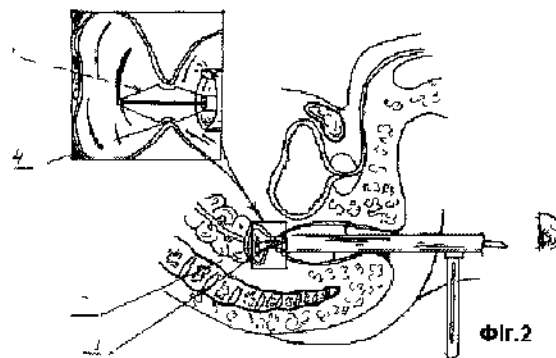
Особливість винаходу у порівнянні з прототипом та іншим аналогом полягає у можливості проведення ефективної профілактики та лікування стриктури як колоанального (низького), так і колоректального (високого) анастомозу, шляхом виконання дозованого розширення цих анастомозів під контролем зору завдяки наявності відповідного розширюючого пристрою і системи освітлення тубуса ректороманоскопа. Візуальний контроль дилатації зони анастомозу та конструктивні особливості розширюючого пристрою дозволяють виконувати цю процедуру атравматично, без значних розривів стінки кишки і виникнення кровотечі. Саме це забезпечує високу ефективність профілактики та лікування стриктури колоректального та колоанального анастомозів і попереджує рецидив виникнення стриктури.

Список літератури

1. Cady J. Strictures after stapled anastomosis in colo-rectal surgery //European congress on stapling in surgery, 1991, p 127-131



Фиг.1



Фиг.2

