



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60942 (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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДВОСТОВБУРОВИХ КОЛОСТОМ

1

2

(21) 2003076207

(22) 04 07 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Тараненко Андрій Олексійович, Мамчич Володимир Іванович, Товкач Олександр Васильович, Пироговський Володимир Юрійович

(73) Тараненко Андрій Олексійович, Мамчич Володимир Іванович, Товкач Олександр Васильович, Пироговський Володимир Юрійович

(57) Спосіб хірургічного лікування двостовбурових колостом, який відрізняється тим, що перед операцією трансанально проводиться поліхлорвінілова трубка з допомогою колоноскопа, яка використовується під час операції як провідник для інтубаційного дренажу

Винахід відноситься до галузі медицини, розділу хірургії, а саме до проктології.

Відомий спосіб хірургічного лікування двостовольних колостом внутрішньочеревний, або позаочереваний спосіб, який заключається в ушиванні колостоми, виділенні колостоми з тканин передньої черевної стінки до очеревини, при внутрішньочеревинному способі - розкриття черевної порожнини і виділення органів з спайкового процесу, краєва, або циркулярна резекція кишки з колостою, накладання анастомоза кінцев-в-кінцев, або анастомоза в 3/4 по Мельникову двухрядним вузловим швом, зашивання черевної стінки. Інтубацію товстої кишки проводять після середньої лапаротомії, висцеролізу, виділення стоми, мобілізації проксимального і дистального кінців стоми (В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев Проктологія Москва "Медицина" 1984р.)

Недоліками цих методів у першому випадку - неможливість провести декомпресію товстої кишки з метою захисту анастомозу, у другому випадку - розширяється об'єм операції, операція проводиться тільки під загальним знеболенням, підвищується травматизм операції зв'язаний з висцеролізом, подовжується час операції.

Іншим відомим способом хірургічного лікування з можливістю інтубації - проведення декомпресійної трубки через просвіт товстої кишки з допомогою двох ниток. Спосіб заключається у наступному: за одну добу до операції через стому у відповідний відділ вводять металеву кульку 6-8мм в діаметрі з закріпленими на ній двома довгими капроновими нитками, які під дією ваги кульки і перистальтики рухаються по кишці. Зранку, у день

операції він знаходиться в анальному каналі і досягається пальцем. Кулька зрізається, одну нитку проводять через просвіт зонда, використовуючи її, як провідник, а іншу фіксують до кінця зонда і за нею підтягують зонд до колостоми. Перед ушивання дефекта кишки зонд проводять вище лінії швів (раціоналізаторська пропозиція №57/84 посвідчення видано КГМУ 16 05 84).

Недоліками цього способу є ризик ушкодження товстої кишки ниткою при проведенні зонду та неможливість проходження кульки при наявності кишкових спазмів.

Задачею заявленого винаходу є покращення результатів хірургічного лікування двостовольних колостом.

Задача досягається тим, що проводиться інтубація дистального відділу товстої кишки за допомогою колоноскопа.

Спосіб виконується таким чином: трансанально проводиться колоноскопія, оцінюється стан слизової наявність запальних змін, дефектів слизової, стриктур. Колоноскоп виходить у дистальний відділ колостоми, біопсійними щипцями захапчується кінчик поліхлорвінілової трубки діаметром 0,4-0,5см довжиною 50см і протягується трубка разом з колоноскопом у зворотньому напрямку. Кінці проведеної трубки, один із стоми, інший трансанальний, зав'язують між собою. Під час операції, перед повним ушиванням кишки, до кінця поліхлорвінілової трубки, який виходить із стоми фіксується інтубаційний дренаж. При протягуванні трубки зі сторони прямої кишки проводиться інтубація товстої кишки, проксимальний кінець дренажа проводять за анастомоз на 10см в про-

(13) A

(11) 60942

(19) UA

ксимальному напрямку. Таким чином досягається декомпресія товстої кишки з метою захисту анастомозу, при мінімальному об'ємі операції і передопераційній оцінці дистального відділу товстої кишки з допомогою колоноскопії.

Прикладом застосування даного способу є історія хвороби №008253/393 хворий Б. статі чоловіча, поступив у хірургічне відділення КОКЛ 11.07.1999р з діагнозом функціонуюча сігмостома. Сігмостомі наклали в зв'язку з травматичним розривом прямої кишки три місяці тому. Перед операцією проведена колоноскопія - дефектів слизової, структур не виявлено. З допомогою колоноскопа трансректально проведено поліхлорвінілова трубка. На операції мобілізовані проксимальний і дистальний кінці стоми. Перед зашиванням перед-

ньою губи анастомози заведено інтубаційну трубку по вказаній методиці. Хворий виписаний 23.07.99р без ускладнень, в задовільному стані.

Таким чином, експериментально-клінічна апробація заявленого способу у відділенні хірургії КОКЛ більш ніж у 40 випадках дозволяє зробити висновки, що запропонований спосіб хірургічного лікування двоствольних колостом є найбільш оптимальним при цій патології. Він дозволяє уникнути недоліків попередніх методик, а саме - відмовитись від лапаротомії з ціллю інтубації товстої кишки. Можливість проводити операцію під спино-мозковою анестезією. Серед переваг цього метода слід відмітити передопераційну діагностичну колоноскопію.