

Винахід відноситься до хірургії, а саме до проктології.

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічного колостазу (В.И.Юхтин, Хірургія ободочной кишки. М., 1988р. 284с.), при якому виробляється субтотальна колектомія, однак застосування його у осіб літнього і старечого віку не завжди можливо через травматичність оперативного втручання, його тривалості, наявності в хворих важкої супутньої патології.

Відомий спосіб лікування хронічного колостазу у осіб літнього і старечого віку (патент 12493 А, ІА, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування тяжких форм колостазів в осіб літнього та старечого віку (О.Г.Грінцов, Мімішвілі, О.І.Ярошак (Україна) -№93101319. Заявлено 19.03.93, опубл. 28.02.97. Бюл. №1 -3с.)

Сутність способу полягає у формуванні інвагінаційного клапана зі стінки сигмоподібної кишки, сформованого вище ілеосигмоанастомозу, що зменшує влучення калових мас з дистальних відділів у виключену частину тонкої кишки. Однак істотними недоліками цього способу є надходження кишкового вмісту в товсту кишку через ілеоцекальну заслінку. Постійний рефлюксоліт веде до розвитку гострого, а потім хронічного коліту з виразками, ендотоксикозу.

В основу винаходу поставлена задача підвищення ефективності хірургічного лікування хронічного колостазу у осіб літнього і старечого віку.

Поставлена мета досягається тим, що в способі, що включає накладення обхідного ілеосигмоанастомозу з формуванням інвагінаційного клапана зі стінки сигмовидної кишки вище анастомозу, подвздошна кишка в ділянці ілеоцекального переходу заглушається, що запобігає улученню тонкокишкового вмісту в товсту кишку.

Проведений по джерелах науково-медичної і патентної інформації пошук показав, що сукупність ознак заявленого рішення невідома. Отже, рішення відповідає вимозі новизни.

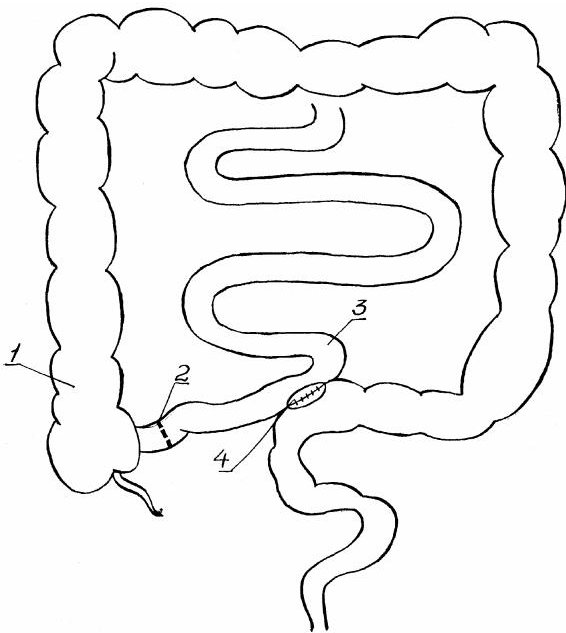
Сутність винаходу пояснюється малюнками: мал.1 - етап накладення ілеосигмоанастомозу з формуванням заглушки на подвздошній кишці; мал.2 - етап формування штучного інвагінаційного клапана на сигмовидній кишці.

Спосіб здійснюється таким чином: нижнесередина лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, особливо товстого кишечника (1). Припустив 7-10см від ілеоцекального кута за допомогою апарату УКЛ-60 і сіро-серозних швів формується кишкова заглушка (2) на подвздошній кишці (3). Потім, між дистальним кінцем подвздошної кишки і (4) сигмовидної кишки формується анастомоз по типу "бік у бік". Заключним етапом операції (мал.2) є формування штучного товстокишечного інвагінаційного клапана (5) на сигмовидній кишці. Так створюється новий анатомічний шлях руху тонкокишкового вмісту (6) вище ілеосигмоанастомозу, а слизи з не функціонуючої частини товстого кишечника (1) рухаються природним шляхом (7).

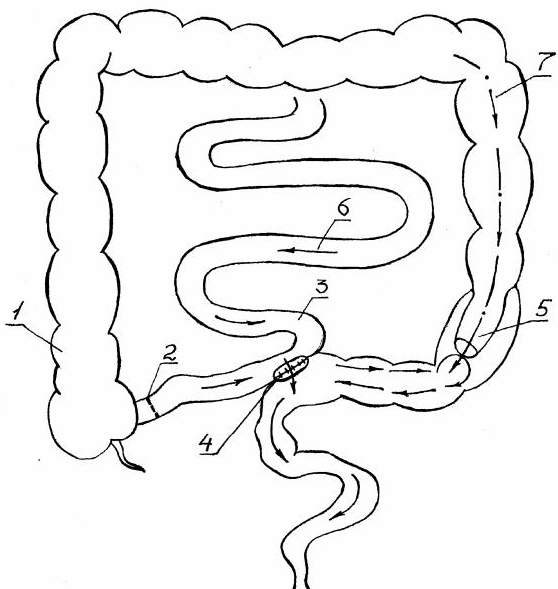
Хвора М., 86 років, історія хвороби №3343, надійшла в клініку зі скаргами на тривалі запори, загальну слабкість, болі в нижній половині живота. Страждає хронічним колостазом протягом 10 років, консервативні заходи ефекту не давали. Дані обстеження: іригоскопія: відзначена тривала затримка контрастної маси в товстій кишці. 20.06.2002 року хвора оперована під ендотрахеальним наркозом. Зроблено накладення ілеосигмоанастомозу, накладання заглушки в області ілеоцекального кута на подвздошну кишку, формування штучного інвагінаційного клапана по типу "чорнильниці" вище ілеосигмоанастомозу (тривалість операції 1 година 40хв).

Післяопераційний період протікав гладко, лапаротомна рана зажила первинним натягом, хвора виписана з клініки на 10 добу. Оглянута через 3 і 6 місяців. Іригоскопія 25.07.2001р. - функція ілеосигмоанастомозу не порушена, затримки контрастної маси не має, явищ заброса контрасту через інвагінаційний клапан не визначається.

Таким чином, пропонований спосіб лікування хронічного колостазу у осіб літнього віку дозволяє ліквідувати явище колостазу шляхом малотравматичності оперативного посібника.



Мал. 1



Мал. 2