



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58393

(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 ФОРМУВАННЯ УТРИМУЮЧОЇ РЕЗЕРВУАРНОЇ ІЛЕОСТОМИ

1

2

(21) 2003010371

(22) 15 01 2003

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. №7, 2003 р

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

(57) Спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми, що включає з'єднання петель термінального відрізка тонкої кишки та формування утримуючого клапана дистальніше резервуара, який відрізняється тим, що створюють систему вигинів кишки за допомогою серозо-м'язових швів та додатково формують утримуючий клапан проксимальніше резервуара

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для покращення всмоктування, відновлення резервуарної функції, функції утримання, профілактики постколектормічного синдрому після колектомії і екстирпації прямої кишки.

Відомий спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми за методом Kock [1]. Відповідно до способу, після колектомії і екстирпації прямої кишки, термінальний відрізок тонкої кишки зшивають у вигляді дуплікатури, розсікають по протибрижовому краю, краї рани кишки зшивають один з одним і таким чином створюють резервуар. Інвагнують у порожнину створеного резервуару ізоперистальтично розташований термінальний відрізок тонкої кишки.

Способу властиві недоліки:

1 Надзвичайна технічна складність

2 Досить часті післяопераційні ускладнення

3 Можлива дезінвагнація ізоперистальтично розташованого інвагната, що потребує складних повторних оперативних втручань. Найближчим аналогом способу, обраним в якості прототипу, що заявляється є спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми з ізольованої петлі тонкої кишки та утримуючим клапаном розташованим антиперистальтично [1]. При цьому, з термінального відрізка тонкої кишки викроюють петлю на судинній ніжці довжиною 35-40 см. В кінцевій її частині формують утримуючий клапан. Зазначену петлю тонкої кишки складають підковоподібно і між її вигинами формують підковоподібний анастомоз, який і надає сформованій конструкції форми резервуару. До проксимального відрізка ізольованої петлі, з якої створе-

но резервуар, серозо-м'язевими швами пришивають термінальний відрізок тонкої кишки. Кінці ізольованої петлі та дистального відрізка тонкої кишки виводять на передню черевну стінку у вигляді трьох ілеостом. При цьому, кінець тонкої кишки та проксимальний відрізок ізольованої петлі виводять на передню черевну стінку через спільний для них отвір з метою протекції резервуара. Дистальний відрізок ізольованої петлі виводять поруч через окремий отвір в черевній стінці. Кінцевий відрізок тонкої кишки слугує вивідником кишкового вмісту до надійного зростання швів створеного резервуару. Через 10-12 діб накладають співустя між кінцевим відрізком тонкої кишки та проксимальним відрізком ізольованої петлі за допомогою лінійного зшиваючого апарату НЖКА. Це дозволяє збільшити об'єм резервуара. Після формування зазначеного співустя, ілеостоми кінцевого відрізка тонкої кишки та проксимального відрізка ізольованої петлі зашивають заочередно, чим завершують формування утримуючої резервуарної ілеостоми. Способу властиві недоліки:

1 Надзвичайна технічна складність

2 Тривалий період хірургічної реабілітації, пов'язаний з виконанням етапних оперативних втручань

3 Досить часте виникнення ускладнень

4 Недостатня функціональна спроможність створеної конструкції, внаслідок порушення тонусу стінок резервуару та їх атрофії. Зазначені зміни виникають як наслідок перетинання м'язових волокон стінки кишки на значному протязі під час формування резервуара.

(13) A
58393
(11)
(19) UA

Задача винаходу, що заявляється, полягає у створенні більш ефективного і технічно простого способу формування утримуючої резервуарної ілеостоми

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі формування утримуючої резервуарної ілеостоми шляхом з'єднання петель термінального відрізка тонкої кишки та формування утримуючого клапана дистальніше резервуара, який відрізняється тим, що створюють систему вигинів кишки за допомогою серозо-м'язевих швів, та додатково формують утримуючий клапан проксимальніше резервуара

Суть винаходу пояснена графічно. На Фіг 1 зображена схема запропонованої утримуючої резервуарної ілеостоми, де 1 - термінальний відрізок тонкої кишки, 2 - ілеостома, 3 - утримуючий клапан термінального відрізка тонкої кишки, 4, 5, 6, 7 - система вигинів тонкої кишки, 8 - серозо-м'язеві шви, що з'єднують між собою систему вигинів тонкої кишки, 9 - привідний відділ тонкої кишки, 10 - серозо-м'язеві шви, що з'єднують привідний відділ тонкої кишки з системою вигинів тонкої кишки, 11 - утримуючий клапан тонкої кишки, розташований проксимальніше резервуара

Спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми виконується наступним чином. Із термінального відрізка тонкої кишки 1, поблизу ілеостоми 2, створюють утримуючий клапан 3, проксимальніше зазначеного клапана створюють систему вигинів 4, 5, 6, 7 та з'єднують їх між собою за допомогою серозо-м'язевих швів 8, привідний відділ тонкої кишки 9 розмішують вертикально над верхнім краєм вигинів 4, 5, 6, 7 і з'єднують їх між собою серозо-м'язевими швами 10, проксимальніше привідного відділу тонкої кишки 9, розташованого горизонтально над верхнім краєм вигинів, створюють утримуючий клапан 11

Приклад конкретного виконання

Хвора О. 31 року № історії хвороби 798 госпіталізована в клініку 11.05.2002 року з діагнозом рецидив неспецифічного виразкового коліту в області ілеореctalного анастомозу і прямої кишки. Недостатність анального сфінктера III ступеню. 2.03.2001 року хворій була виконана колектомія з приводу неспецифічного виразкового коліту, тотального враження товстої кишки. У зв'язку з рецидивом захворювання і враження залишеної під час первинної операції прямої кишки 13.05.2002 року виконана операція екстирпація прямої кишки з видаленням ілеореctalного анастомозу, формування на передній черевній стінці утримуючої резервуарної ілеостоми. Для цього в термінальному відділі тонкої кишки створена система вигинів у кількості чотирьох і два утримуючих клапани, проксимальніше і дистальніше зазначених вигинів. В післяопераційному періоді протягом одного місяця спостерігалось безконтрольне виділення рідкого тонкокишкового вмісту через ілеостому. На 14 добу післяопераційного періоду хвора була виписана для амбулаторного

лікування. На момент виписки вже спостерігалась порційність евакуації вмісту через ілеостому. Через шість місяців хвора була повторно госпіталізована з метою обстеження. Переважно дотримувалась дієти №4 за Певзнером. Випорожнення стоми порційне, 4-5 разів на добу, оформленим вмістом, кашоподібного характеру. Маса тіла збільшилась на 4 кг. Встановлена наявність постколектомічного синдрому I ступеню.

Запропонований спосіб формування утримуючої резервуарної ілеостоми застосовано у двох оперованих хворих. Результат операції у іншого хворого аналогічний.

Особливість винаходу у порівнянні з прототипом та іншим аналогом є його фізіологічність, достатня резервуарна функція, простота формування, атравматичність.

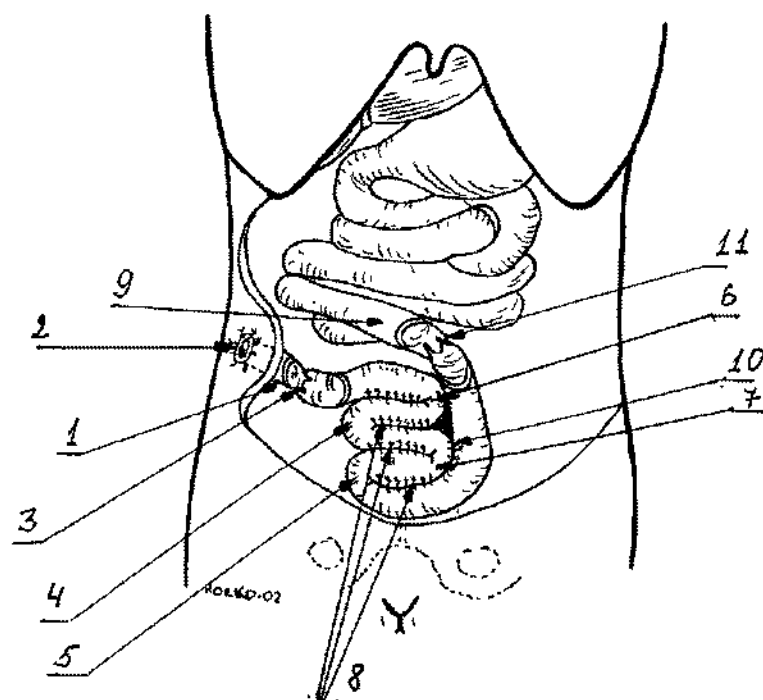
Фізіологічність запропонованого способу формування утримуючої резервуарної ілеостоми полягає у створенні структур, які в травному каналі людини в умовах "норми" забезпечують затримку просуванню кишкового вмісту. До них належать кишкові вигини та сфінктери. Саме формування зазначених структур - системи кишкових вигинів та клапанів, що моделюють сфінктери, і забезпечує достатню резервуарну функцію. Послідовність розташування структур, що забезпечують затримку просуванню кишкового вмісту наступна: утримуючий клапан розташований проксимальніше системи кишкових вигинів, система вигинів тонкої кишки, утримуючий клапан розташований дистальніше системи вигинів. Вказана послідовність розташування створених анатомо-функціональних структур забезпечує достатню за часом затримку просуванню вмісту тонкої кишки, що необхідно для покращення процесів всмоктування, калопутворення після видалення ободової і прямої кишок разом із замикаючим апаратом. Функція затримки найкраще реалізується при формуванні вигинів в яких значно зменшується швидкість просування кишкового вмісту, а також при розташуванні утримуючих клапанів проксимальніше і дистальніше системи вигинів.

Атравматичність способу досягається збереженням цілісності стінок кишки з якої формують утримуючу резервуарну конструкцію, внаслідок їх з'єднання за допомогою серозо-м'язевих швів а не шляхом анастомозування як у конструкціях резервуарів наведених прототипу та аналогу.

Таким чином, використання запропонованого способу формування утримуючої резервуарної ілеостоми забезпечує достатню за часом затримку просування вмісту тонкої кишки, необхідну для покращення процесів всмоктування, калопутворення, профілактики постколектомічного синдрому після видалення ободової і прямої кишок разом з її замикаючим апаратом.

Список літератури

1. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев, «Здоровья», 1990, 175с.



ФІГ. 1