



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66488 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 1/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ТОТАЛЬНОЇ ХРОМОКОЛОНОСКОПІЇ

1

2

(21) u201106226

(22) 18.05.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) НІКІШАЄВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, БОЙКО
ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ, ЛЕМКО ІВАН
ІВАНОВИЧ, ЛАЗАРЧУК ВІТАЛІЙ МИКОЛАЙОВИЧ(73) УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ(57) Спосіб тотальної хромоколоноскопії в якому
використовується барвник 0,2 % розчину індигокарміну, який **відрізняється** тим, що під час обстеження до купола сліпої кишки огляд слизової йде у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), далі відбу-

вається виведення колоноскопа із сліпої кишки до печінкового кута, в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер в купол сліпої кишки і через нього вводиться до 6,0 мл барвника, після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа, далі йде огляд і покраска барвником по 6,0 мл на кожен сегмент товстої кишки, від печінкового кута до середини поперечноободової кишки, від середини поперечноободової кишки до селезінкового кута, від селезінкового кута до низхідної кишки, від низхідної кишки до сигмовидної кишки, від сигмовидної кишки до анального каналу прямої кишки з подальшим детальним оглядом після інсуфляції повітря.

Корисна модель належить до медицини, а саме, до хірургії, і може бути використана при проведенні колоноскопії. Колоноскопія є найоптимальнішим, інформативним, завершальним і основним методом вибору в діагностиці захворювань товстої кишки і особливо передракових станів (див. Нікіфоров П.А., Базарова М.А. "Современный метод подготовки к колоноскопии и эндоскопической полипэктомии". Тезисы докладов 5 Российской гастроэнтерологической недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1999. №5. - С. 64).

Актуальність теми вкрай важлива, беручи до уваги, що протягом останніх років спостерігається постійний ріст захворюваності на колоректальний рак (КРР). В структурі онкологічної патології у світі серед чоловіків та жінок КРР займає друге-третє місце (див. Барсуков Ю.А., Кныш В.И. "Современные возможности лечения колоректального рака". Современная онкология.-2006. - Т.8., №2. - С.7). Майже у 80 % пацієнтів КРР розвивається як спорадичне захворювання, як правило, йому передують аденоматозні поліпи, що є предикторами злоякісної трансформації (див. Гарькавцева Р.Ф., Белев Н.Ф. "Генетические аспекты рака толстой кишки". Новое в терапии колоректального рака. Под. ред. Н.И.Переводчиковой. - М., 2001. - С.10-

16). При проведенні колоноскопії поліпи товстої кишки діагностуються в 20-30 % пацієнтів (див. Иншаков Л.Н., Хурцилава О.Г., Кузьмин-Крутецкий М.И., Зубовский Ю.Ю. "Возможности оперативной эндоскопии желудочно-кишечного тракта". Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике. - СПб, 1996. - С.85-93). Використання стандартних колоноскопів (без збільшення) не завжди дозволяє виявляти невеликі плоскі аденоми ободової та прямої кишки, проте саме такі утвори мають значне поширення і потенціал злоякісності у конкретних морфологічних підгрупах (див. Hurlstone D.P., Cross S.S., Adam I. et al. "A prospective clinicopathological and endoscopic evaluation of flat and depressed colorectal lesions in the UK". Am. J. Gastroenterol.-2003. - Vol. 98. - P.2814-2819). Навіть при використанні сучасних ендоскопів із збільшенням та функцією електронної хромоскопії - NBI, FICE, i-scan виявити такі утворення не завжди вдається, губиться значна кількість плоских поліпів товстої кишки.

Застосування хромоскопії із покраскою слизової оболонки товстої кишки 0,2 % розчину індигокарміну підвищує ефективність колоноскопії в діагностиці плоских неоплазій при їх невеликих розмірах (див. Keisslich R., von Bergh M., Hahn M. et al. "Chromoendoscopy with indigocarmine im-

(19) UA (11) 66488 (13) U

proves the detection of adenomatous and nonadenomatous lesions in the colon" Endoscopy.-2001. - Vol. 33. - P.1001-1003).

Актуальність проведення тотальної хромоколоноскопії вкрай важлива, вона дозволяє успішно, ефективно та економічно вигідно виконувати колоноскопію з застосуванням спеціального барвника (0,2 % розчину індигокарміну), що підвищує інформативність традиційної колоноскопії при ранній діагностиці передракових і злоякісних змін в товстій кишці.

Проте виконання тотальної хромоколоноскопії з використанням 150-200мл 0,2 % розчину індигокарміну суттєво збільшує час проведення обстеження, за рахунок нанесення барвника, відсмоктування його з ділянки де він накопичується, що унеможливорює її огляд і призводить до частої зміни положення пацієнта.

Ці обставини потребують пошуку оптимальних ефективних методів хромоскопії. З метою спрощення проведення тотальної хромоскопії та зменшення кількості барвника нами розроблений спосіб тотальної хромоколоноскопії.

В основу корисної моделі поставлено задачу: створити ефективний спосіб проведення тотальної хромоколоноскопії шляхом нанесення барвника через катетер, із подальшим відсмоктуванням залишків повітря у просвіті кишки, що дозволяє повністю оглянути та окрасити товсту кишку, сприяє зменшенню тривалості обстеження та відповідає необхідності у повторному дослідженні.

Спосіб тотальної хромоколоноскопії реалізується наступним чином: під час обстеження до купола сліпої кишки огляд слизової йде у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), далі відбувається виведення колоноскопа із сліпої кишки до печінкового кута, в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер в купол сліпої кишки і через нього вводиться до 6,0мл барвника (0,2 % розчину індигокарміну). Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Контрастний препарат розтікається по стінках кишки, виявляючи рельєф слизової, контрастуючи патологічні ділянки, їх протяжність, границі і структурні особливості. Після чого покрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд наступного сегмента кишки до середини поперечноободової кишки у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер до печінкового кута і через нього вводиться до 6,0мл барвника. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого окрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд наступного сегмента кишки до селезінкового кута ободової кишки у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер до середини поперечноободової кишки і через нього вводиться до

6,0мл барвника. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого окрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд наступного сегмента кишки до низхідної у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер до селезінкового кута і через нього вводиться до 6,0мл барвника. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого окрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд наступного сегмента кишки до сигмовидної кишки у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер до низхідної кишки і через нього вводиться до 6,0мл барвника. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого окрашений сегмент кишки оглядається після інсуфляції повітря. Далі йде огляд наступного сегмента кишки до анального каналу прямої кишки у білому світлі із можливістю застосування електронної хромоскопії (NBI, FICE, i-scan), в цей час через канал колоноскопа заводиться катетер до сигмовидної кишки і через нього вводиться до 6,0мл барвника. Після чого залишки повітря відсмоктуються, кишка спадається і барвник розповсюджується від місця його введення до дистальної частини колоноскопа. Після чого окрашений сегмент, а саме пряма кишка оглядається після інсуфляції повітря з обов'язковим оглядом перианальна ділянка, яка оглядається в інверсії колоноскопа.

Доказом ефективності даного способу, який був апробований в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД), може бути наведений нижче приклад.

Хворий М., 73 роки, Не історії хвороби 6681, був прийнятий в хірургічне відділення №3 КМКЛШМД 10.03.2011 року з попереднім діагнозом: кишкова коліка. На наступний день після госпіталізації виконана колоноскопія із тотальною хромоскопією запропонованим способом. Підготовка: адекватна, немає вмісту та піни на стінках і в просвіті кишки. Колоноскоп введений в купол сліпої кишки. Просвіт товстої кишки розправляється повітрям рівномірно. Слизова оболонка: блідо-рожева. Архітектоніка слизової та судинний малюнок при збільшенні та електронній хромокопії без особливостей. Перистальтика збережена. За допомогою тотальної хромоскопії 0,2 % розчину індигокарміну в сигмовидній кишці виявлено плоский поліп 0,8см в діаметрі, який не було видно у білому світлі та при застосуванні електронної хромоскопії. Проведено поліпектомію, ускладнень не було. Виступаючі структури і ураження: псевдополіпи, ліпоми, пухлини не виявлено. Гіпертрофія анальних сосочків: нема. Конділом нема. Заглиблені і підриті ураження: ерозії, афти, вираз-

ки, рубці, дивертикули, нориці: не виявлено. Заключення: Тотальна хромоколоноскопія. Поліп сигмовидної кишки. Поліпектомія. Неприємних больових відчуттів, здуття живота, відчуття переповнення при проведенні хромоколоноскопії та після неї не спостерігалось. Ускладнень не було. Хворий виписаний на другу добу, з моменту виконання обстеження в задовільному стані.

Таким чином, запропонований авторами спосіб тотальної хромоколоноскопії є простим та надійним, дозволяє повністю окрасити та оглянути товсту кишку, виявити ті найменші структури, що неможливо виявити не тільки у білому світлі, але і при електронній хромокопії, сприяє зменшенню тривалості обстеження та відпадає необхідність у повторному дослідженні.