



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **75295** (13) **C2**
(51) **МПК (2006)**
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КОЛОСТОМІЧНИХ ПРОЛАПСІВ У ДІТЕЙ**

1

(21) 20041210360

(22) 16.12.2004

(24) 15.03.2006

(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.

(72) Пащенко Юрій Володимирович, Давиденко
Вячеслав Борисович(73) ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(56) Еропкин П.В., Царьков П.В. и др. Хирургическое лечение параколомостомических грыж и пролапсов // Хирургия. - 2000. - №1. - С. 15-18.

UA A 35944 16.04.2001

UA A 60942 15.10.2003

(57) Спосіб лікування колостомічних пролапсів у дітей, що включає візуалізацію органів черевної порожнини, занурення і фіксацію кишки, що випала, який **відрізняється** тим, що візуалізацію привідної до стоми петлі кишки здійснюють шляхом

2

створення карбоксиперитонеума з наступним введенням лапароскопічного порту, евагіновану кишку занурюють за допомогою металевго провідника, введенного в просвіт цієї кишки з надітою на нього перфорованою трубкою під контролем лапароскопа, визначають ступінь рухливості кишки і зону "кишені-лійки" у латеральному каналі, через прокол передньої черевної стінки в черевну порожнину вводять голку з медичним клеєм, послідовно наносять клей на паріетальну і вісцеральну черевину привідної кишки, маніпулюючи провідником здійснюють клейову фіксацію попередньо вправленої кишки до паріетальної черевини бічного фланку, голку видаляють, провідник витягають із просвіту трубки, останню залишають у просвіті стомованої кишки для післяопераційного дренивання, промивання, протезування і електростимуляції.

Винахід відноситься до медицини, а саме, до дитячої хірургії і може бути використаним для хірургічного лікування колостомічного пролапса у дітей.

Інтерес до питань хірургічної реабілітації пацієнтів з колостомами на передній черевній стінці зберігається. Це обумовлено рядом обставин і, насамперед, розширенням можливостей корекції складних уроджених пороків у дітей, першим етапом надання допомоги при якій є накладення превентивної стоми.

Основною умовою успішної реалізації цих передумов і адаптації пацієнтів до нових умов життя є відсутність параколомостомічних ускладнень. На жаль, частота пізніх параколомостомічних ускладнень при використанні загальноприйнятих способів формування внутрішньочеревної, кінцевої колостоми залишається високою. Найбільш частими з них є параколомостомічна грижа і пролапс [Еропкин П.В., Царьков П.В., Кашников В.Н и др. Хирургическое лечение параколомостомических грыж и пролапсов // Хирургия. - 2000. - № 1. - С. 15-18; Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стоми. - М.: МНПЦ, 2001. - 96 с.].

Вивчаючи механізми розвитку пролапса авто-

ри прийшли до висновку, що основною причиною незадовільного результату хірургічної корекції цих ускладнень є конструктивні недоліки загальноприйнятих способів формування і реконструкції кінцевої колостоми: утворення щілоноподібної «кишені» у лівому латеральному каналі між задньо-обовою стінкою живота і термінальним відділом виведеної кишки черевної порожнини, наявність вільної петлі термінального відділу товстої кишки, а також порівняно невелика площа зрощення виведеної кишки з навколишніми тканинами.

При створенні колостоми традиційним способом - «стовпчиком» між термінальним відділом товстої кишки черевної порожнини і стінками живота (лівої і задньої) утворюється замкнутий простір - «кишеня», являючий собою своєрідну лійку з вузьким отвором, спрямованим до області зрощення черевини з латеральним (зовнішнім) півколом стінки виведеної кишки. Тим самим створюється перешкода для безперешкодного переміщення по лівому латеральному каналі рухливих органів, якими є петлі тонкої і товстої кишки, сальник. У цих умовах рухливі органи, проникаючи в утворену «кишеню-лійку», щораз при підвищенні внутрішньочеревного тиску (фізичні навантаження,

(13) **C2**(11) **75295**(19) **UA**

кашель, блювота) впливають на передню черевну стінку. Постійний вплив рухливих органів черевної порожнини створює передумови для розвитку пролапса. При надлишку термінального відділу товстої кишки черевної порожнини і підвищенні внутрішньочеревного тиску рухливі органи, що проникають у «кишеню-лійку», видавлюють стінку кишки назовні, тобто відбувається випадання кишки через стому [Кашников В.Н. Хирургическое лечение отдаленных осложнений концевой колостомии: Автореф. дис. ... к.м.н. - М., 1997.-25 с.].

Відомий спосіб лікування колостомічних пролапсів, позбавлений вищевказаних недоліків, суть якого полягає в наступному. Після ушивання просвіту колостоми роблять нижньосерединну релапаротомію з висіченням післяопераційного рубця і здійснюють ревізію органів черевної порожнини. Термінальний відділ товстої кишки черевної порожнини виділяють гострим шляхом із рубців і зрощень, потім виділяють виведену кишку з товщі передньої черевної стінки на всьому протязі. Якщо довжина мобілізованого дистального відділу ободової кишки виявляється значно більшою, ніж необхідно для формування стоми без залишення надлишкової петлі в черевній порожнині, надлишкову частину кишки резують. Термінальний відділ ободової кишки занурюють у черевну порожнину, після чого приступають до пластики передньої черевної стінки. Як правило, після виділення виведеної кишки і висічення рубців отвір для колостоми значно перевищує діаметр виведеної кишки. Дефект парієтальної очеревини в області колостоми ушивають безперервним швом наглухо. Отвір у м'язах передньої черевної стінки окремими швами зменшують до діаметра виведеної кишки. Далі ушивають дефект апоневрозу окремими лавсановими швами. Через велику рухливість через відсутність нерухомих точок прикріплення медіальна частина апоневрозу при ушиванні рани зміщується латеральніше і перекриває раніше сформований канал для колостоми. На 2 см медіальніше ушиті дефекти апоневрозу формують новий отвір відповідно розмірам виведеної кишки, але не більш 3 см у діаметрі. Потім з боку черевної порожнини приступають до формування заочеревинного тунелю для виведеної кишки. З цією метою задній листок парієтальної очеревини ліворуч в області його безпосереднього переходу на брижі дистального відділу товстої кишки на границі раніше зробленої (первинної) її резекції розсікають протягом 3-4 см. Через цей розріз формують заочеревинний канал і виводять дистальну куксу товстої кишки назовні без залишення в черевній порожнині вільної петлі, що може створювати перегини, що перешкоджають надалі нормальній функції кишечника і колостоми. В той же час виведена через заочеревинний канал кишка не повинна витримувати надмірного натягу. Закінчують реконструкцію після ушивання лапаротомної рани створенням «плоскої» колостоми без захоплення слизової оболонки [Кашников В.Н. Хирургическое лечение отдаленных осложнений концевой колостомии: Автореф. дис. ... к.м.н. - М., 1997. - 25 с.].

Даний спосіб лікування колостомічних пролапсів є найбільш близьким по технічній

сутності і результату, що досягається, до того, що заявляється, тому обраний як прототип.

У той же час складні пластичні операції по реконструкції стоми в дітей не виправдані ні з позиції поліпшення її функції, ні з позиції зростаючого організму. Крім того, здійснення релапаротомії і переміщення нориці на нове місце створюють значні складності в проведенні подальших відбудовних операцій.

У зв'язку з вищевикладеним в основу винаходу покладена задача зменшення травматичності і скорочення термінів реабілітації колостомованих дітей.

Задача, покладена в основу винаходу вирішується тим, що у відомому способі лікування колостомічних пролапсів, що включає візуалізацію органів черевної порожнини, занурення і фіксацію кишки, що випала, відповідно до винаходу, візуалізацію привідної до стоми петлі кишки здійснюють шляхом створення карбоксиперитонеума з наступним виведенням лапароскопічного порту, евагіновану кишку занурюють за допомогою металевго провідника, введенного в просвіт цієї кишки з надягнутою на нього перфорованою трубкою під контролем лапароскопа, визначають ступінь рухливості кишки і зону «кишені -лійки» у латеральному каналі, через прокол передньої черевної стінки в черевну порожнину вводять голку з медичним клеєм, послідовно наносять клей на парієтальну і вісцеральну очеревину привідної кишки, маніпулюючи провідником здійснюють клейову фіксацію попередньо вправленої кишки до відділу бічного фланку, голку видаляють, провідник витягають із просвіту трубки, останню залишають у просвіті стомованої кишки для післяопераційного дренивання, промивання, протезування і електростимуляції.

Спосіб лікування пролапса здійснюють таким чином. Після дачі наркозу вправляють евагінат. Роблять передопераційну обробку передньої черевної стінки. Через прокол передньої стінки по контрлатеральному фланку за допомогою голки Вереша створюють карбоксиперитонеум. Після введення лапароскопічного порту за допомогою лапароскопа візуалізують привідну до стоми петлю кишки. Для полегшення її візуалізації і виконання наступної маніпуляції в просвіт привідної кишки через стому вводять вигнутий металевий провідник діаметром до 3 мм із надягнутою на нього фторопластовою чи поліхлорвініловою перфорованою трубкою довжиною до 30 см, діаметр якої на 1 мм більше провідника (для зручності маніпуляцій і витягу). Під контролем лапароскопа провідник із трубкою вводять у кишку. Користуючись кривизною провідника визначають ступінь рухливості кишки і зону «кишені-лійки» у латеральному каналі, що утворилась привідним відділом товстої кишки і бічною стінкою живота. Далі через прокол передньої черевної стінки в черевну порожнину вводять голку від одноразового шприца з медичним клеєм. Послідовно наносять клей на парієтальну і вісцеральну очеревину привідної кишки і, маніпулюючи провідником, ліквідують зону вищевказаної «кишені», здійснюючи клейову фіксацію привідної кишки до відповідного відділу бічного фланку. Голку вида-

ляють. Провідник витягають із просвіту трубки, останню залишають у просвіті стомованої кишки для дренажування, промивання, протезування і проведеної післяопераційної внутрішньокішкової електростимуляції. З метою здійснення електростимуляції в просвіт трубки вводять електрод діаметром до 2 мм і довжиною на 2 см менше, ніж довжина трубки (для профілактики ушкодження кишки). Таким чином, дренажна трубка з електродом одночасно служить протектором і електродом для лікування гіпокінезії кишки і вторинного лімфостазу, викликаного пролапсом.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад його клінічного застосування:

Приклад. Дитина П., дівчинка, 9 років, надійшла в хірургічне відділення дитячої лікарні після перенесеної політравми, що включає перелом кісток таза й ушкодження тканин промежини, прямої кишки і сфінктерного апарата. Як перший етап надання спеціалізованої допомоги, 6 місяців назад їй була накладена розділова колостома на сигмовидну кишку. Ранній післяопераційний період протікав гладко, однак через 2 місяці в неї з'явився пролапс привідного відділу стоми з тенденцією до збільшення й ущемлення. З огляду на той факт, що передбачувана реконструкція тканин промежини і запірної апарату прямої кишки в зв'язку з особливостями репаративних процесів планувалася через кілька місяців, виникла необхідність у лікуванні пролапса. Хвора взята в операційну під ендотрахеальним комбінованим наркозом з керуванням подихом. Зроблено вправлення евагіната. Його стінки з явищами гіпертрофії, дилатації і вто-

ринного лімфостазу. Після обробки операційного поля дитині накладений карбоксиперитонеум і введений лапароскопічний порт. Візуалізована привідна до стоми петля сигмовидної кишки на рухливих брижах. Під контролем лапароскопа в просвіт кишки введений металевий вигнутий провідник діаметром 3 мм із надягнутою на нього перфорованою поліхлорвініловою трубкою, внутрішній діаметр якої дорівнює 4 мм. Маніпулюючи провідником обране оптимальне положення надлишку кишки в латеральному каналі, що дозволяє ліквідувати умови для утворення пролапса і визначити місце передбачуваної фіксації. Після відведення кишки через місце фіксації зроблений черезшкірний прокол черевної стінки голкою одноразового шприца, заповненої 2 мл клею. Клей нанесений на парієтальну і вісцеральну очеревину з наступним притисненням провідником поверхонь, що склеюються. Трубка встановлена протягом зони пролапса. Після чого провідник витягнутий з її просвіту. Шов на шкірі в місці витягнутого порту. Трубка фіксована. У післяопераційному періоді протягом 7 днів виконувалось промивання привідного відділу гіпертонічним розчином повареної солі. Щодня здійснювалася електростимуляція. На 7-у добу дитина виписана на денний стаціонар. Електростимуляцію здійснювали курсом 10 днів, після чого трубку витягли з кишки. До проведення наступного етапу реконструкції тканин промежини батьки скарг не пред'являли. Рецидиву пролапса не відзначалося.