



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29042 (13) U
(51) МПК (2006)
A61M 23/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РУБЦОВОГО СТЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ

1

(21) 2004021185

(22) 18.02.2004

(24) 10.01.2008

(72) БОНДАРЕНКО МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, UA

(73) БОНДАРЕНКО МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб лікування рубцевого стенозу товстої кишки, що включає проведення за допомогою ендоскопа через звужену ділянку кишки нитки-провідника з виведенням одного кінця нитки через

2

анальний канал, а іншого - через стому, з подальшим підведенням до звуженої ділянки розширювачів, який **відрізняється** тим, що розширення рубцевозвуженої ділянки кишки здійснюють шляхом багаторазового зворотно-поступального проведення розширювального пристосування через рубцевозвужену ділянку кишки, для чого розширювальний пристрій вводять через стому і пряму кишку двома зустрічними ендоскопами за допомогою лігатури.

Корисна модель належить до хірургії, зокрема до онкопроктології і призначений для лікування рубцевого стенозу товстої кишки в області міжкишкового анастомозу в хворих на рак товстої кишки, котрі раніше були стомовані після внутрішньочеревних резекцій.

У хворих з резектабельним раком товстої кишки при наявності ускладнень пухлинного процесу в ряді випадків (при наявності вираженої непрохідності, запального процесу, тяжкому загальному стані хворого та ін.) хірурги змушено вдаються до трьохетапного лікування, при якому на першому етапі формують колостому, на другому етапі виконують резекцію кишки з пухлиною і формуванням міжкишкового анастомозу і на третьому здійснюють закриття колостоми. Інтервал між виконанням другого і третього етапів операції може складати 2-3 місяці. При цьому, внаслідок того, що через анастомоз не було пасажу кишкового вмісту (в результаті наявності проксимальне сформованої колостоми), у певної кількості хворих розвивається рубцевий стеноз анастомозу, вираженість якого тим більша, чим більший тривалий строк проходить до відновлення пасажу кишкового вмісту. У подібних ситуаціях закриття колостоми не виконують, а роблять розширення просвіту рубцево звуженого анастомозу. Здійснити це можливо шляхом:

- розсічення ножицями з прошиванням місця розтину з метою гемостазу;

- розсічення ножицями з одночасною електрокоагуляцією з метою гемостазу;

- розтягнення різними твердими предметами зі збільшуваним діаметром (тобто бужування).

Розсічення ножицями з подальшим прошиванням або електрокоагуляцією супроводжується розвитком вираженої запальної реакції і часто закінчується повторним стенозуванням розсіченої ділянки. Поступове розтягнення анастомозу шляхом введення у звужену частину різних твердих предметів зі збільшуваним діаметром (тобто бужування) не призводить до розвитку вираженої запальної реакції і дозволяє одержати задовільні результати. Однак технічно це можна здійснити при низьких анастомозах, коли хірург може ввести буж через анус і під контролем пальця провести його через анастомоз. При стенозі анального каналу після черевно-анальної резекції прямої кишки хірург взагалі може використовувати для розширення звуженої ділянки палець. При анастомозах, розташованих на відстані більше 10 см (тобто вище довжини пальця хірурга) спроба «наосліп» провести буж через анастомоз може призвести до травми стінки кишки. У цих випадках звичайно вдаються до ендоскопічної техніки і здійснюють розсічення звуженого місця ножицями, введеними через ректоскоп чи колоноскоп. При цьому, для зупинення кровотечі після розсічення звуженої ділянки кишки виконують або прошивання, або коагуляцію розсіченої ділянки кишки, що, як уже було сказано вище, не дозволяє домогтися тривалого ефекту через повторне рубцювання. Необхідно також відзначити, що звужене місце рідко має точно овальну геометричну форму, що

(13) U

(11) 29042

(19) UA

створює додаткові труднощі як при його розширенні, так і при бужуванні.

Відомий спосіб лікування стенозу кишки за Петровим В.П. [Петров В.П. Отдаленные осложнения радикальных операций при раке прямой кишки // Хирургия. - 1977. - №10. - С. 105-109], при якому роблять щоденні розширення місця звуження за допомогою пальця протягом 5-7 днів до 2,0-2,5см.

Недоліком відомого способу є неможливість здійснення лікування стенозу, розташованого на відстані, яка перевищує довжину пальця. Також до недоліків відомого способу варто віднести високу імовірність рецидиву стенозу, про що справедливо вказує сам автор - «методика може вести до рецидиву ускладнення. З 5 хворих, яким виконана ця процедура, у 2 через 1 і 2 роки знову розвинулося звуження».

Відомий спосіб лікування стенозу порожнистого органа за Степановим Е.А. із співавт. [Степанов Э.А., Ерохин А.П., Николаев В.В., Васильев Г.С., Мухомов С.Б. Лечение коротких стриктур уретры у детей с помощью магнитов // Урология и нефрология. - 1989. - №3. - С. 8-11], обраний як прототип, при якому через звужену ділянку порожнистого органа проводять нитку-провідник, яку витягують через стому на передню черевну стінку, до звуженої ділянки порожнистого органа підводять з кожного боку по одному постійному магніту, забезпечуючи постійну компресію звуженої ділянки порожнистого органа між магнітами і, в результаті чого, домагаються розвитку трофічних порушень у здавлюваних магнітами тканинах, що веде до некрозу і відторгнення стиснених тканин. Прхідність порожнистого органа досягається після виїняття магнітів разом з відторгненими тканинами.

Недоліком відомого способу є неможливість його застосування при великих за довжиною стриктурах, коли між магнітами буде розташовуватися велика ділянка тканин (наприклад, довжиною більше 5-10см). Домогтися трофічних порушень у рубцево змінених тканинах на такому великому протязі за допомогою їх стиснення між двома невеликими магнітами, введеними через порожнистий орган, неможливо. Крім того, для розвитку трофічних порушень, некрозу і відторгнення рубцево змінених тканин потребується значний час. Необхідно також відзначити, що даний метод не прийнятний при звивистому ході звуженої ділянки порожнистого органа, оскільки магніти можуть здавити здорову стінку і викликати її некроз. Також до недоліків даного способу варто віднести необхідність постійного контролю за станом пацієнта, оскільки завжди існує загроза розвитку некрозу здорової стінки кишки і, як наслідок цього, перитоніту.

Корисна модель вирішує задачу збільшення ширини просвіту звуженої ділянки кишки при наявності рубцевого стенозу великої довжини, у тому числі при звитому ході рубцевого каналу, а також скорочення часу ліквідації стенозу самим хворим без наявності контакту з медичним персоналом.

Поставлена задача вирішується тим, що розширення рубцево звуженої ділянки кишки здійснюють шляхом багаторазового зворотно-поступального проведення розширювального пристосування через рубцево звужену ділянку кишки, для чого розширювальний пристрій вводять через стому і пряму кишку двома зустрічними ендоскопами за допомогою лігатури, при цьому пацієнт може здійснювати бужування самостійно по кілька разів протягом доби. Розширювальне пристосування виконане у вигляді нитки з розташованими на середині її довжини розширювальними елементами, виконаними у вигляді олив і закріпленими на однаковій відстані одна від одної, рівній довжині оливи, причому, загальна довжина ділянки нитки з розташованими на ній оливами, перевищує довжину звуженої ділянки кишки, при цьому оливи виконані, наприклад, з медичної пластмаси і мають наскрізний канал по осі, через який пропускають нитку-провідник, причому фіксацію оливи на нитці-провіднику здійснюють шляхом зав'язування вузлів самої нитки провідника вище і нижче оливи.

Ці суттєві відмінні ознаки заявленого способу дозволяють збільшити діаметр звуженої на великому протязі ділянки кишки, незалежно від того, наскільки звивистим є рубцевий канал, а також скоротити час ліквідації стенозу. Крім того, після виконаного хірургом проведення нитки, хворий може бути виписаний додому, де протягом часу, що передує 3-му відновному етапу операції, самостійно здійснює маніпуляцію бужування звуженої ділянки кишки.

Спосіб здійснюють таким чином. Після підготовки постстомального сегмента товстої кишки двома зустрічними ендоскопами, один з яких вводять у стому, а інший - через пряму кишку в напрямку до звуженого сегмента кишки, проводять лігатуру-провідник так, що один кінець виймають через стому, а інший - через пряму кишку. Потім на лігатуру-провідник нанизують декілька олив, віддалених одна від одної на відстані, рівній довжині однієї оливи і фіксують їх шляхом зав'язування вузлів на самій лігатурі-провіднику по обидва боки від кожної оливи. Використовують отриманий пристрій шляхом багаторазового протягування олив через звужений сегмент кишки в обох напрямках, здійснюючи таким чином розширення просвіту рубцево зміненого анастомозу.

Сутність пристосування пояснюється кресленнями, де на Фіг.1 зображена олива, на Фіг.2 - оливи на нитці-провіднику, на Фіг.3 - нитка-провідник з фіксованими на ній оливами, проведена через місце стенозу товстої кишки, де прийняті такі позначення:

На Фіг.1:

- 1 - вигляд оливи збоку;
- 2 - вигляд оливи спереду;
- 3 - поперечний переріз оливи;
- 4 - вид оливи зверху;
- 5 - поздовжній переріз оливи;
- 6 - загальний вигляд оливи;
- 7 - наскрізний канал через оливу.

На Фіг.2:

- 1 - оливи;
 - 8 - нитка-провідник;
 - 9 - вузли, що фіксують оливи на нитці-провіднику.
- На Фіг.3:
- 8 - нитка-провідник;
 - 10 - трансверзостома, через яку проведена нитка провідник;
 - 11 - місце стенозу кишки, через яке проведена нитка провідник з оливами;
 - 12 - напрямок тракції нитки-провідника.

Переваги заявленого рішення полягають у тому, що використання пристосування дозволяє виконувати бужування стриктур високо розташованих анастомозів в від рівня періанальної шкіри, стриктур, що мають довгий і звивистий хід. Даний спосіб не викликає серйозних ускладнень, котрі вимагають лікарського втручання, технічно простий, дешевий і не потребує присутності пацієнта у лікувальному закладі при проведенні бужування, оскільки хворий може виконувати цю процедуру самостійно.

За заявленим способом з використанням пропонованого пристрою проліковано 9 хворих. Відзначено, що уже до 4-5 доби при бужуванні з'являлося самостійне випорожнення. Ніяких ускладнень з боку методики не було виявлено. При подальшому спостереженні за рахунок носіння пелоти хворі домагались пасажу калу природнім шляхом, що дозволило виконати ушивання колостоми в усіх хворих.

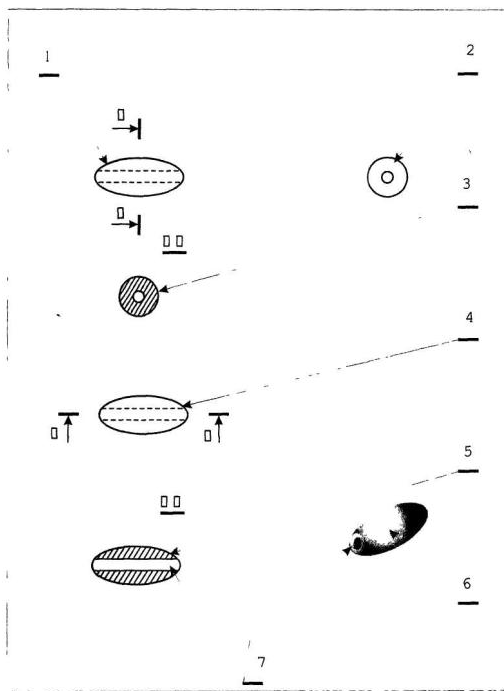


Fig. 1

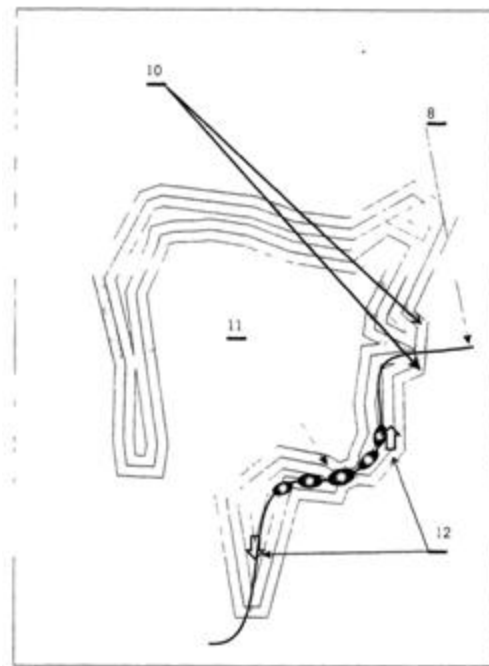


Fig. 3



Fig. 2