



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85061** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 05499	(72) Винахідник(и): Калінін Євген Володимирович (UA), Калінін Олексій Євгенович (UA), Старовик Сергій Павлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 29.04.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.11.2013	(73) Власник(и): Калінін Євген Володимирович, вул. Коцюбинського, 27, кв. 85, м. Луганськ, 91055 (UA), Калінін Олексій Євгенович, вул. Коцюбинського, 27, кв. 85, м. Луганськ, 91055 (UA), Старовик Сергій Павлович, вул. Луначарського, 33, кв. 6, м. Луганськ 91055 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.11.2013, Бюл.№ 21	

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ УТРИМУЮЧОЇ ІЛЕОСТОМИ ПІСЛЯ КОЛПРОКТЕКОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб формування утримуючої ілеостоми після колпроктектомії включає використання петлі тонкої кишки з антиперистальтичним анастомозом. Під час операції вибирають термінальну ділянку клубової кишки, довжиною 50 см, та ізолюють за допомогою ушивання ілеостомічного отвору дворядним швом та покладанням заглушки по Шалікову, в 50 см від ушитої ілеостоми, між привідною та ізольованою ділянкою клубової кишки формують анастомоз з антиперистальтичним напрямком руху хімуса, на відстані 40-45 см від антиперистальтичного анастомозу в ізольованій петлі формують утримуючу ілеостому.

UA 85061 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічної проктології.

Найближчим аналогом є відомі способи формування ілеостом в практичній колопроктології:

1) одностовольна ілеостома по Бруку - виведений через отвір у правій клубовій області кінець клубової кишки вивертається шляхом інвагінації, а слизова кишки підшивається до шкіри; 2) клапанна (резервуарна) ілеостома по Коку - застосовується у пацієнтів, які перенесли колопроктектомії. Після того, як пацієнт видужає, після великої операції, другим етапом йому формують спеціальний резервуар з кишки перед ілеостомою, а саму ілеостому "здавлює" спеціальна м'язова манжетка. Резервуар опорожнюють спеціальним катетером 2 рази на добу; 3) петльова ілеостома за Торнболлу. Її формують при важких запальних та пухлинних процесах, коли тяжкість стану не дозволяє виконати резекцію кишки [1, 4]. Достойнствами методики утримання кишкового вмісту з Бруку або Коку, є можливість проводити самостійний догляд хворих за собою.

Недоліками відомих способів, є те, що після операції часто спостерігаються незадовільні результати, у тому числі, у 15 % оперованих хворих є нетримання, 40-50 % пацієнтів мають різні ускладнення і піддаються повторним хірургічним втручанням [2, 3, 5].

Задачею корисної моделі є формування утримуючої ілеостоми після колпроктектомії, за рахунок використання петлі тонкої кишки з антиперистальтичним анастомозом.

Поставлена задача вирішується за рахунок способу формування антиперистальтичної ділянки кишки, згідно з корисною моделлю, утримуюча ілеостома тривалий час стримує тонкокишковий вміст за рахунок порушення природного пасажу хімуса.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Під час операції, вибирають термінальну ділянку клубової кишки, довжиною 50 см, та ізолюють за допомогою ушивання ілеостомічного отвору дворядним швом та покладенням заглушки по Шалікову, в 50 см від ушитої ілеостоми. Таким чином, між привідною та ізольованою ділянкою клубової кишки, формується анастомоз з антиперистальтичним напрямком руху хімуса. На відстані 40-45 см, від антиперистальтичного анастомозу, в ізольованій петлі, формується утримуюча ілеостома (креслення). Аналогічних операцій у доступній літературі немає.

Основну групу склали 7 пацієнтів у віці від 36 до 57 років, яким було виконано колпроктектомію з формуванням утримуючої ілеостоми за розробленою методикою. Час перебування на ліжку - 14-17 днів. Контрольну групу склали 8 пацієнтів, віком 39-66 років, яким було виконано колпроктектомію з формуванням утримуючої ілеостоми за Коку. Час перебування на ліжку - 15-19 днів. Повторне втручання було потрібно 3 пацієнтам контрольної групи, у зв'язку з порушенням утримуючої функції ілеостоми. Якість життя оцінювали в 2-3 бали за шкалою Карновського. Індекс якості життя був на 2 бали вище в основній групі, чим у контрольній (два бали були відмічені у 3 пацієнтів основної групи).

Позитивний ефект полягає у поліпшенні якості життя пацієнтів, за рахунок можливості контролювати акт дефекації, відносною простотою виконання оперативного втручання та меншим процентом ускладнень.

Приклад 1. Хворий К., 36 років, історія хвороби № 3441, інвалід з дитинства з приводу дифузного поліпозу ободової і прямої кишки. Звернувся за медичною допомогою в Луганський клінічний онкологічний диспансер 12.02.2001 року. Був встановлений клінічний діагноз: Рак прямої кишки на тлі дифузного поліпозу ободової кишки 4 ступеня, з часто повторюваними кровотечами. При колоноскопичному дослідженні виявлені поліпозні розростання ободової і прямої кишки від 0,2 до 2,5 см, які масивно кровоточать при контакті. В нижньоампулярному відділі прямої кишки злоякісна пухлина з гістологічним підтвердженням - аденокарцинома. Виконано оперативне втручання - колпроктектомія. Для створення утримуючої функції ілеостоми сформований антиперистальтичний анастомоз. Хворий виписаний на реабілітаційне лікування. Функція утримання з актом дефекації 3-6 разів в день. Хворий був оглянутий через 12 місяців, утримуюча функція збережена (акт дефекації 6 разів на добу).

Приклад 2. Хворий С, 56 років, історія хвороби № 2348, госпіталізований у відділення проктології ЛОКОД 05.03.1998 року з клінічним діагнозом: Первинно-множинний рак прямої та сліпої кишки на тлі дифузного поліпозу. При колоноскопії виявлено множинне дифузне поразку ободової кишки, ускладнене контактною кровотечею з поліпів. Можливості збереження ділянки ободової кишки не було. Виконано оперативне втручання в обсязі колпроктектомії. Для створення утримуючої функції ілеостоми сформований антиперистальтичний анастомоз. Пацієнт виписаний на 14 добу в задовільному стані. Оглянутий через 12 місяців - акт дефекації 7 разів на добу.

Джерела інформації:

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М: -2002.-160 с.

2. Федоров В.Д., Никитин А.М. Реконструктивные операции у больных неспецифическим язвенным колитом // Хирургия- 1989. - № 10. - С. 74-77.

3. Воробей А.В., Гришин И.Н. Реабилитация стомированных больных.-Минск: Белорусская наука - 2003.-190 с.

5 4. Воробьев Г.И., Костенко Н.В., Михайлова Т.Л. Достижимы ли удовлетворительные результаты в хирургическом лечении язвенного колита? // Колопроктология.-2006.- № 2.- С. 34-43.

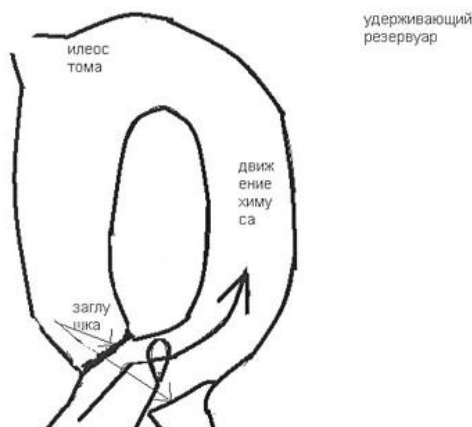
5. Dozois R.R., Kelly K.A. The surgical management of ulcerative colitis. In: Inflammatory bowel disease (ed. by J.B. Kirshner) Fifth edition.- Saunders.-2000.- P. 626-657.

10

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування утримуючої ілеостоми після колпроктектомії включає використання петлі тонкої кишки з антиперистальтичним анастомозом, який **відрізняється** тим, що під час операції вибирають термінальну ділянку клубової кишки, довжиною 50 см, та ізолюють за допомогою ушивання ілеостомічного отвору дворядним швом та покладанням заглушки по Шалікову, в 50 см від ушитої ілеостоми, між привідною та ізолюваною ділянкою клубової кишки формують анастомоз з антиперистальтичним напрямком руху хімуса, на відстані 40-45 см від антиперистальтичного анастомозу в ізолюваній петлі формують утримуючу ілеостому.

15



Комп'ютерна верстка В. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601