



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **114420** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 08954	(72) Винахідник(и): Лозинський Юрій Сильвестрович (UA), Прецель Орест Орестович (UA), Леошик Олексій Вячеславович (UA), Витвицький Ігор Карлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 22.08.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.03.2017	(73) Власник(и): ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.03.2017, Бюл.№ 5	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СТРИКТУРОЮ ЕНТЕРОСТОМИ ЗА ТИПОМ "КОМІРЕЦЬ ЄПІСКОПА"

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми включає виконання розтину стриктури кишкової стоми та висічення грануляційної тканини. У пацієнта із стриктурою ентеростоми за типом "комірець єпископа" виконують бужування введенням в стому пальцем і вертикальними розрізами довжиною 1-1,5 см довкола стоми по грануляційній тканині до серозної оболонки під контролем введеного пальця надсікають грануляційну тканину та висікають її.

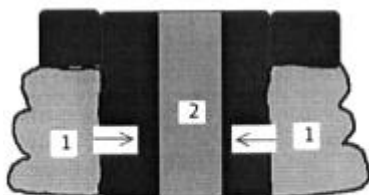


Fig. 3

UA 114420 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може використовуватись у хворих з стриктурою ентеростоми за типом «комірець єпископа».

Стриктура ентеростоми за типом «комірець єпископа» належить до нечастих ускладнень у пацієнтів з ентеростомою [Late Stomal Complications S.G. Husain, T.E. Cataldo. Clin Colon Rectal Surg. 2008 Feb; 21(1): 31-40]. Описується як формування фібротичного кільця довкола стоми [Atlas of Intestinal Stomas Editors: Fazio, Victor W., Church, James M, Wu, James S. (Eds.) 279-280 2012 Springer].

В сучасній класифікації ускладнень ентеростомії не розглядається окремо поняття стриктура ентеростоми за типом «комірець єпископа», ускладнення такого типу об'єднані загальноприйнятим поняттям стриктура ентеростоми, коли проблема пов'язана з звуженням каналу ентеростоми на рівні шкіри. Для лікування таких стриктур застосовують реконструкцію стоми [Кишечні стоми: види стом, методики їх формування; медико-соціальна реабілітація стомованих хворих. Ускладнення кишечних стом, їх лікування : метод, рекомендації / укл. : М.П. Захараш, Ю.М. Захараш. - Київ, 2016. - С. 38-39] або висічення стриктури з Z-пластикою шкіри [A.S. Lyons, B.E. Simon Z-Plasty for Colostomy Stenosis Ann Surg. 1960 Jan; 151(1): 59-62.]. Недоліками вказаних методик є травматичність та необхідність знечулення пацієнта, зазвичай, загального. Зазначимо, що ці методики спрямовані на ліквідацію стриктури ентеростоми на рівні шкіри, в той час, коли при стриктурі за типом «комірець єпископа» звуження є над рівнем шкіри.

Відомий спосіб лікування стриктури кишкових стом, за яким після виконання розтину стриктури кишкової стоми в гирлі стоми встановлюють стент у вигляді еластичного пластикового циліндра, з діаметром, відповідним внутрішньому діаметру стоми [Патент РФ № 2357681, МПК А61В 17/00, опубл. 10.06.2009]. Зовнішня окружність циліндра має виступ, що перешкоджає провалюванню в стому. Простір між стентом та стомою заповнюють антисептиком. Недоліками способу-прототипу є його інвазивність, спрямованість на стриктуру шкіри, висока ймовірність випадіння стента.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити патогенетичний спосіб лікування стриктури ентеростоми за типом «комірець єпископа», що дасть можливість уникнути розвитку такого ускладнення як кишкова непрохідність, уникнути реконструктивного операційного втручання, скоротити терміни перебування пацієнта в стаціонарі або й уникнути госпіталізації, поліпшити якість життя стомованого пацієнта.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування стриктури ентеростоми, що включає виконання розтину стриктури кишкової стоми та висічення грануляційної тканини, згідно з корисною моделлю, у пацієнта із стриктурою ентеростоми за типом «комірець єпископа» виконують бужування введенням в стому пальцем і вертикальними розрізами довжиною 1-1,5 см довкола стоми по грануляційній тканині до серозної оболонки під контролем введення пальця надсікають грануляційну тканину та висікають її.

За пропонуванням способом утворену грануляційну тканину, яка викликає стриктуру стоми за типом «комірець єпископа», під контролем введення пальця спочатку надсікають до серозної оболонки, проводять бужування, і наступним етапом відсікають.

Спосіб пояснюється кресленням: Фіг. 1 - стриктура ентеростоми за типом «комірець єпископа», Фіг. 2 - профіль сформованої ентеростоми, де 1 - грануляційна тканина, сформована у вигляді фібротичного кільця; 2 - канал ентеростоми, Фіг. 3 - схема утворення стриктури ентеростоми за типом «комірець єпископа», Фіг. 4 - схема хірургічного лікування, де 3 - надсічення грануляційної тканини.

В основі такого ускладнення як стриктура стоми за типом «комірець єпископа» (Фіг. 1) лежить формування на 12-16 добу післяопераційного періоду грануляційної тканини 1 навколо каналу 2 ентеростоми між шкірою та краєм некротизованої слизової, що пов'язано з фазою реорганізації рубця та епітелізації (Фіг. 2). Ускладнення виникає при формуванні одноканальних - «стовбурцевих» ентеростом або двоканальних - петлевих ентеростом. В подальшому (Фіг. 3) грануляційна тканина 1 циркулярно охоплює ентеростому, звужуючи її канал 2.

Під час маніпуляції в ентеростомі обережно вводять палець, який виступає як в ролі бужа, так і в ролі індикатора товщини стінки та наявності грануляційної тканини.

Бажаний результат лікування стриктури ентеростоми за типом «комірець єпископа» (Фіг. 4) досягається завдяки диференційованому висіченню грануляційної тканини 1 довкола ентеростоми, а не перистомальної шкіри, а також можливості диференціації грануляційних тканин та тканин стоми, завдяки циркулярному надсіченню вертикальними розрізами 3 грануляційної тканини 1.

Спосіб здійснюють таким чином.

Пацієнту із стриктурою ентеростоми за типом «комірець єпископа» в одноканальну ентеростому або в привідний канал двоканальної ентеростоми обережно вводять палець для визначення товщини стінки та наявності грануляційної тканини.

5 Наступним етапом (Фіг. 4) вертикальними розрізами 3 довжиною 1-1,5 см по грануляційній тканині 1 до серозної оболонки надсікають «комірець» - фібротичне кільце - довкола ентеростоми. Сумарна кількість надсічень становить 6-8.

Під контролем введеного в отвір ентеростоми пальця проводять бужування, при цьому діаметр отвору збільшується, завдяки надсіченню вертикальними розрізами 3, симетрично.

Залишки грануляційної тканини зрізують. Гемостаз досягається притисненням.

10 Зазвичай маніпуляція завершується виділенням великої кількості хімусу в калоприймач, що сприяє швидкому покращенню стану хворого.

Запропонованим способом у Львівській обласній клінічній лікарні проведено лікування 4 хворих з явищами кишкової непрохідності, спричиненими стриктурою ентеростоми за типом «комірець єпископа».

15 У всіх клінічних випадках пацієнтам була сформована ентеростома (у 2 випадках - після тотальної колпроктектомії з приводу неспецифічного виразкового коліту, в 1 випадку - після колпроктектомії на ґрунті спадкового дифузного поліпозу товстої кишки та колпроктектомії, в 1 випадку - превентивна двоканальна ентеростома, сформована після лівобічної геміколектомії). В усіх клінічних випадках у пацієнтів спостерігалися явища кишкової непрохідності, що розвивалися на 12-16 добу післяопераційного періоду в результаті формування стриктури ентеростоми за типом «комірець єпископа».

20 Запропонованим способом хірургічного лікування цього типу стриктури в усіх клінічних випадках ліквідовано явища кишкової непрохідності, пацієнти не госпіталізовувалися, покращилася якість їхнього життя.

25 При спостереженні пацієнтів протягом 1 року рецидив не наступав. В 1 пацієнтки через 3 місяці виконано відновно-реконструктивне втручання.

Клінічний приклад.

30 Хвора С., 26 р., після перенесеної колектомії з приводу неспецифічного виразкового коліту на 14 добу відзначила повне припинення виділення калу та газів зі стоми, переймоподібний біль. У центральній районній лікарні: підозра на злукову кишкову непрохідність; від госпіталізації пацієнтка відмовилась.

35 Огляд лікуючого лікаря: При огляді слизова ентеростоми набрякла, край слизової, що контактував зі шкірою, некротизований. Між ними верифікується грануляційна тканина. При обстеженні ентеростоми пальцем - значне звуження просвіту. Живіт рівномірно піддутий в усіх відділах, чути шум плескоту. Симптоми подразнення очеревини негативні. Введено вкорочений шлунковий зонд № 6 - виділилась незначна кількість хімусу. Активна аспірація хімусу - аспіровано близько 1500 мл хімусу.

40 Проведено процедуру ліквідації стриктури ентеростоми за типом "комірець єпископа" описаним пропонованим способом. Стан хворої задовільний, з позитивною динамікою, кровотечі не було. Пальцеве обстеження ентеростоми - палець вільно заходить під апоневроз зовнішнього косого м'язу живота. За добу в калоприймачі виділилось близько 1800 мл хімусу. Пацієнтка в стаціонар не госпіталізувалася.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

45 Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми, при якому виконують розтин стриктури кишкової стоми та висікають грануляційну тканину, який **відрізняється** тим, що у пацієнта із стриктурою ентеростоми за типом "комірець єпископа" виконують бужування введеним в стому пальцем і вертикальними розрізами довжиною 1-1,5 см довкола стоми по грануляційній тканині до серозної оболонки під контролем введеного пальця надсікають

50 грануляційну тканину та висікають її.



Fig. 1

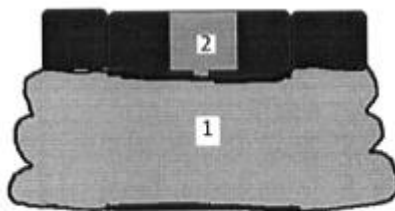


Fig. 2

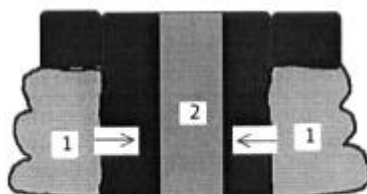


Fig. 3

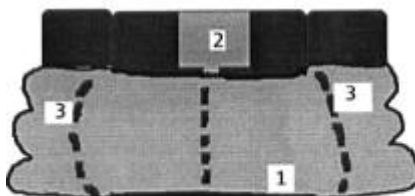


Fig. 4

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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

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