



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **114773** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61B 17/00
A61B 17/02 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 03019	(72) Винахідник(и): Кустрьо Валерій Іванович (UA), Лангазо Олександра Валеріївна (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.03.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 27.03.2017	(73) Власник(и): Кустрьо Валерій Іванович, вул. Проектна, 4, м. Берегове, Закарпатська обл., 90202 (UA), Лангазо Олександра Валеріївна, вул. Бачинського, 15, м. Берегове, Закарпатська обл., 90202 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 27.03.2017, Бюл.№ 6	

(54) СПОСІБ НАКЛАДАННЯ ПЛОСКОЇ КОЛОСТОМИ ПРИ ГОСТРІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб накладання плоскої колостоми при гострій кишковій непрохідності включає видалення ураженої частини кишки, ушивання дистального кінця, виведення проксимального її кінця через окремий розріз на передню черевну стінку, фіксацію його швами до її тканин та шкіри, формування плоскої колостоми, причому в просвіт інтравульварно розташованої частини виведеної кишки вводять протективну конструкцію у вигляді саморозширюваного циліндричного каркасу, шириною 3,0-4,0 см, з насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 17-19 см, поміщають дистальний кінець рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, випорожняють через нього залишки кишкового вмісту за межі операційної рани безпосередньо після операції, оминаючи шкірно-кишкові шви, видаляють конструкцію з просвіту кишки на 4-5 добу після операції.

UA 114773 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до абдомінальної хірургії, і призначена для лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю.

Відомий спосіб накладання плоскої колостоми при гострій кишкковій непрохідності, який включає резекцію ураженої частини товстого кишечника, ушивання її дистального кінця, виведення проксимального кінця через окремий розріз на передню черевну стінку, зшивання виведеної кишки з тканинами передньої черевної стінки та шкіри, формування колостоми і випорожнення кишкового вмісту [Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. К., 1987. - С. 420].

Недоліками цього способу є значна кількість післяопераційних ускладнень внаслідок того, що після відкриття просвіту виведеної кишки на передню черевну стінку, значна кількість накопиченого кишкового вмісту потрапляє на кишково-шкірні шви, це призводить до інфікування кишково-шкірних швів загноєння рани, неспроможності швів, втягування стоми у черевну порожнину з розвитком перитоніту. Окрім того між виведеною стінкою кишки та рановим каналом передньої черевної стінки утворюються вільні порожнини, що супроводжується накопиченням у них рідинного вмісту та крові з послідовним їх загноєнням.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання плоскої колостоми при гострій кишкковій непрохідності, який за рахунок уникнення потрапляння кишкового вмісту з виведеної на передню черевну стінку кишки, на кишково-шкірні шви за рахунок введення в просвіт інтравульварно (в межах передньої черевної стінки) розташованої частини виведеної кишки, протективної конструкції у вигляді саморозширюваного циліндричного каркасу, з насадженням на нього гумового еластичного циліндричного рукава-відводу кишкового вмісту - забезпечував би зниження числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі накладання плоскої колостоми при гострій кишкковій непрохідності, який включає видалення ураженої частини кишки, ушивання дистального кінця, виведення проксимального кінця кишки через окремий розріз на передню черевну стінку фіксацію його швами до її тканин та шкіри, формування колостоми і випорожнення кишкового вмісту, згідно з корисною моделлю, в просвіт інтравульварно розташованої частини виведеної кишки, вводять протективну конструкцію у виді саморозширюваного циліндричного каркасу, шириною 3,0-4,0 см, з насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 17-19 см, поміщають дистальний кінець рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, випорожнюють через нього кишечник безпосередньо після операції за межі операційної рани оминаючи шкірно-кишкові шви, видаляють конструкцію з просвіту кишки на 4-5 добу після операції.

Введення в просвіт інтравульварно розташованої частини виведеної кишки, протективної конструкції у вигляді саморозширюваного циліндричного каркасу, шириною 3,0-4,0 см, з насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 17-19 см, поміщення дистального кінця рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, випорожнення через нього кишечника безпосередньо після операції, видалення конструкції на 4-5 добу після операції дозволяє відвести через гумовий циліндричний рукав-відвід весь кишковий вміст за межі операційної рани випорожнення через неї кишечника безпосередньо після операції, оминаючи шкірно-кишкові шви, в ємність для збору кишкового вмісту, попереджує інфікування кишково-шкірних швів, утворення вільних порожнин між виведеною кишкою та тканинами передньої черевної стінки, та зменшенням у зв'язку з цим числа післяопераційних ускладнень.

Всі числові значення вказані у формулі корисної моделі вибрані в результаті клінічної апробації способу на 5 хворих.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують лапаротомію, мобілізують уражену частину кишечника за загальноприйнятими онкологічними принципами, ушивають та пересікають його дистальний кінець, виводять дистальний кінець мобілізованої частини кишечника разом з пухлиною за межі операційного поля, проксимальніше пухлини на 4,0 см розтинають просвіт кишки і видаляють її вміст шляхом "зцідження", починаючи від сліпої кишки, після випорожнення кишечника на рівні мобілізації проксимального відділу ободової кишки останній прошивають і пересікають апаратним швом та видаляють препарат разом з пухлиною, прошитий випорожнений оральний кінець ободової кишки через окремий розріз виводять на передню черевну стінку, фіксують її окремими пошаровими вузловими швами до її тканин та шкіри, тимчасово м'яким затискачем перетискають зі сторони черевної порожнини виведену кишку, відсікають танталовий шов, формують плоску колостому, вводять в просвіт інтравульварно (в межах передньої черевної стінки) розташованої частини виведеної кишки протективну конструкцію у вигляді саморозширюваного циліндричного каркасу, шириною 3,0-4,0 см, з

насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 17-19 см, поміщають дистальний кінець рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, знімають затискач, ушивають рану передньої черевної стінки, випорожнюють через нього залишки кишкового вмісту безпосередньо після операції за межі операційної рани оминаючи шкірно-кишкові шви, видаляють конструкцію з просвіту кишки на 4-5 добу після операції.

Приклад. Хвора О., 1942 року народження, історія хвороби № 2453, була прийнята у відділення хірургії 29.03.15 року з діагнозом: рак сигмовидної кишки, кишки, гостра, обтураційна кишкова непрохідність Після проведеної передопераційної підготовки 30.03.2015 року виконана операція - резекція сигмоподібної кишки за Гартманом, десцендостомія, дренування черевної порожнини. Під час операції виявлена пухлина сигмовидної кишки розміром близько 4,0 см з ендофітним ростом, яка у вигляді "удавки" циркулярно перекриває просвіт кишки. Вся обвідна кишка різко переповнена кишковим вмістом та газами у вигляді балона. Регіональних та віддалених метастазів не виявлено Виконали мобілізацію сигмовидної кишки. Нижче пухлини на рівні мобілізації апаратом УКЛ ушита та пересічена верхня третина прямої кишки, кукса перитонізована кисетним швом. Вивели дистальний кінець мобілізованої частини кишечника разом з пухлиною за межі операційного поля. Проксимальніше пухлини на 4,0 см розрізали просвіт кишки і видалили її вміст шляхом "зрідження", починаючи від сліпої кишки. Після випорожнення кишечника на рівні проксимальної границі мобілізації кишки прошили і пересікли її апаратним швом. Видалили препарат разом з пухлиною. Прошитий випорожнений оральний кінець товстої кишки через окремий розріз в лівій здухвинній ділянці вивели на передню черевну стінку над шкірою, зафіксували її окремими пошаровими вузловими швами до її тканин та шкіри. Тимчасово перетиснули просвіт кишки м'яким затискачем зі сторони черевної порожнини. Відсікли танталовий шов зшили краї просвіту кишки з краями рани шкіри - сформували плоску колостому, для чого ввели в просвіт інтравульварно (в межах передньої черевної стінки) розташованої частини виведеної кишки протективну конструкцію у вигляді саморозширюваного дротяного циліндричного каркасу, шириною 3,5 см, з насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 19 см, помістили дистальний кінець рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, зняли затискач. Ушили рану передньої черевної стінки. Випорожнили через нього залишки кишкового вмісту безпосередньо після операції за межі операційної рани оминаючи шкірно-кишкові шви. Після хорошого злипання виведеної кишки з раною передньої черевної стінки видалили конструкцію з просвіту кишки на 5 добу після операції.

Післяопераційний період протікав гладко. Виділення залишку калових мас спостерігалось безпосередньо після операції через тимчасовий циліндричний гумовий рукав - відвід оминаючи шкірно-кишечні шви у ємність для збору кишкового вмісту за межі операційної рани. Виписана на 9 добу після операції.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих, гнійно-запальних ускладнень зі сторони паракалостомічної рани та черевної порожнини не спостерігалось, випорожнення залишків кишкового вмісту спостерігалось в перші години після операції через конструкцію оминаючи шкірно-кишечні шви у ємність для збору кишкового вмісту за межі операційної рани. В той же час із 5 хворих, прооперованих за способом-аналогом, у 3 відмічалось загноєння рани навколо стоми.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє зменшити частоту післяопераційних ускладнень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб накладання плоскої колостоми при гострій кишковій непрохідності, який включає видалення ураженої частини кишки, ушивання дистального кінця, виведення проксимального її кінця через окремий розріз на передню черевну стінку, фіксацію його швами до її тканин та шкіри, формування плоскої колостоми, який **відрізняється** тим, що в просвіт інтравульварно розташованої частини виведеної кишки вводять протективну конструкцію у вигляді саморозширюваного циліндричного каркасу, шириною 3,0-4,0 см, з насадженням на нього гумовим еластичним циліндричним рукавом-відводом кишкового вмісту довжиною 17-19 см, поміщають дистальний кінець рукава-відводу в ємність для збору кишкового вмісту, випорожнюють через нього залишки кишкового вмісту за межі операційної рани безпосередньо після операції, оминаючи шкірно-кишкові шви, видаляють конструкцію з просвіту кишки на 4-5 добу після операції.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

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