



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **51086** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАВЕРШЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЗАКРИТТЯ ПЕТЕЛЬНОЇ КОЛОСТОМИ

1

2

(21) u201002381

(22) 03.03.2010

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЦЕ-
МА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШУДРАК АНАТО-
ЛІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, КУДІНОВ ГЕОРГІЙ ВАЛЕРІ-
ЙОВИЧ, УМАНЕЦЬ ОЛЕНА ІГОРІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб завершення операції після екстрапери-
тонеального закриття петельної колостоми, що

включає ушивання операційної рани швами, який **відрізняється** тим, що операцію завершують на-
кладанням кисетного інтрадермального шва на
шкірну рану атравматичним шовним матеріалом
вікрил 3/0, виконують горизонтальні стібки через
дермальний шар шкіри 0,8-1,0см, з кроком у 0,3-
0,4см, при цьому залежно від розмірів рани накла-
дають 4-10 таких стібків, після затягування кисет-
ного шва залишають рановий канал до 0,4-0,7см в
діаметрі.

Корисна модель стосується медицини, а саме
абдомінальної хірургії, і може бути використана
для завершення операції після екстраперитонеа-
льного закриття петельної колостоми.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до
способу, що заявляється є спосіб завершення
операції після екстраперитонеального закриття
петельної колостоми обраний нами у якості прото-
типу, що передбачає пошарове ушивання опера-
ційної рани вузловими швами з дрениванням ра-
наної порожнини гумовими випускниками в
промійках між швами [1].

Недоліками способу-прототипу є:

- відсутність контролю за перебігом ранового
процесу ушитій рані;

- створення ранової порожнини, що сприяє
утворенню сероми післяопераційної рани;

- відсутність можливості активного дренивання
післяопераційної рани;

- утворення рани, що погано загоюється, через
постійне промокання післяопераційної пов'язки,
що обумовлене наявністю гумових дренажів в ра-
ні;

- утворюється грубий післяопераційний рубець
внаслідок первинного прорізання швів на фоні
хронічного запалення та вторинного розходження
країв рани після зняття швів;

- значний період перебування у стаціонарі та
необхідність застосування антибактеріальних пре-
паратів.

Задачею корисної моделі є розробка такого
способу первинного ушивання рани, який за раху-
нок адекватного дренивання ранової порожнини
зменшує кількість післяопераційних ускладнень,
тривалість стаціонарного лікування та дозволяє не
проводити антибіотикопрофілактику в післяопера-
ційному періоді.

Технічний результат, що досягається від вирі-
шення задачі, полягає в зменшенні кількості після-
операційних ускладнень, скорочення строків стаці-
онарного лікування та досягнення доброго
косметичного ефекту.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі завершення операції, що перед-
бачає пошарове ушивання рани вузловими шва-
ми, згідно корисної моделі накладають кисетний
інтрадермальний шов.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за
рахунок того, що операцію завершують накладан-
ням кисетного шва, між його стібками утворюється
рановий канал, який забезпечує адекватне дрени-
вання операційної рани, створює умови для її
швидкого загоєння з формуванням невеличкого
зірчастого рубця без застосування антибактеріа-
льних препаратів.

Спосіб виконують наступним чином:

Після ушивання петельної колостоми окреми-
ми вузловими швами ушивають апоневроз зовні-
шнього косоного м'язу живота. Підшкірну жирову клі-
тковину та шкіру не ушивають, а зводять за

(13) **U**

(11) **51086**

(19) **UA**

рахунок накладання кисетного інтрадермального шва. Шов накладають наступним чином. Атравматичним шовним матеріалом вікріл 3/0 роблять горизонтальні стібки через дермальний шар шкіри 0,8-1,0см, з кроком у 0,3-0,4см. Залежно від розмірів рани накладають 4-10 таких стібків. Після затягування кисетного шва повинен залишитися рановий канал до 0,4-0,7см в діаметрі. У випадку, коли після затягування кисетного шва утворюється більший за розмірами рановий канал, його звужують за допомогою додаткового стібка через протилежні краї шкірної рани (після затягування основного кисетного шва). В післяопераційному періоді виконують перев'язки з обов'язковою ревізією ранової порожнини через рановий канал в перші 2-4 доби за допомогою затискача типу "москіт". Рану протягом 3-4 діб до виповнення ранового каналу грануляціями обробляють адсорбуючою присипкою. Після виповнення ранового каналу молодую грануляційною тканиною рану ведуть відкритим способом. Кисетний шов з рани знімають в амбулаторних умовах на 14-18-ту добу післяопераційного періоду.

Завершення оперативного втручання, згідно корисної моделі, має наступні переваги:

- зменшується частота нагноєнь післяопераційної рани за рахунок постійного відтоку ранового ексудату через рановий канал;
- відсутня необхідність у проведенні антибіотикопрофілактики за рахунок адекватного дренивання глибоких шарів рани та можливості моніторингу ранового процесу;
- є можливість контролю за перебігом ранового процесу в глибині операційної рани шляхом інструментальної її ревізії через рановий канал;
- за рахунок можливості ведення рани відкритим шляхом починаючи з 4-5-ї доби післяопераційного періоду, хворий може бути виписаний зі стаціонару, що зменшує тривалість стаціонарного лікування;
- після загоєння рани утворюється невеличкий зірчастий післяопераційний рубець.

Приклад: хвора Д., госпіталізована до відділення 07.09.2009 року з діагнозом: Рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки, ІІст., ІІ клінічна група, ускладнений субкомпенсованою товстокишковою непрохідністю. Стан після низької апаратної

передньої резекції прямої кишки з накладанням превентивної петельної трансверзостоми від 08.07.2009 року. Хворий 08.09.2009 року виконано екстраперитонеальне закриття петельної трансверзостоми на 3/4 за Мельниковим. Післяопераційну рану ушили згідно корисної моделі. Перебіг післяопераційного періоду гладкий, без ускладнень, починаючи з четвертої доби післяопераційного періоду рана велася відкритим шляхом. Хворий виписаний зі стаціонару на п'яту добу після операції. Кисетний шов знятий на 14-ту добу післяопераційного періоду. На контрольному огляді через 3 місяці після сформувався ніжний зірчастий рубець 1,2см в діаметрі.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 13 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат - нагноєння післяопераційної рани, розходження її країв не виявлено. Післяопераційна рана загоїлася без ускладнень з формуванням невеличкого зірчастого рубця. Середня тривалість стаціонарного лікування становила 5,7 ліжко-дні. В той же час, з 25 хворих, прооперованих згідно способу-аналогу, у 11 виникли наступні ускладнення: у 5 хворих - нагноєння післяопераційної рани, у 2 пацієнтів - розходження країв рани після зняття швів, у 3 хворих - сероми післяопераційної рани, які ліквідовані після зняття частини швів з операційної рани, а у одного пацієнта виникла товстокишкова нориця, що самостійно закрилася через півтора місяця після операції. Середня тривалість стаціонарного лікування хворих склала 10,4 ліжко-дні. У хворих з нагноєннями післяопераційної рани проводилося відкрите ведення рани з її загоєнням вторинним натягом з утворенням грубого післяопераційного рубця.

Спосіб, що заявляється апробований на базі кафедри хірургії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України та проктологічного відділення Головного військово-медичного клінічного центру МО України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Джерела інформації:

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. - М.: ЗАО "Издательство "Стольный град", 2002, - 160с.