



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63580** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ДО НАКЛАДАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ КОЛОСТОМИ

1

(21) u201103821

(22) 30.03.2011

(24) 10.10.2011

(46) 10.10.2011, Бюл.№ 19, 2011 р.

(72) ТОДУРОВ ІВАН МИХАЙЛОВИЧ, БІЛЯНСЬКИЙ
ЛЕОНІД СЕМЕНОВИЧ, КАЛАШНИКОВ ОЛЕК-
САНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КУЧЕРУК ВОЛОДИ-
МИР ВАСИЛЬОВИЧ, ПЕРЕХРЕСТЕНКО ОЛЕК-
САНДР ВАСИЛЬОВИЧ, КОБА ЛЮБОВ
МИХАЙЛІВНА

2

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НА-
МН УКРАЇНИ

(57) Спосіб підготовки до накладання превентивної
колостоми, який включає інтраопераційний обхват
трималкою трансбрижово ободової кишки прокси-
мальніше рівня анастомозу і вивід кінців трималки
на шкіру, який **відрізняється** тим, що кінці трима-
лки виводять через прокол в передній черевній
стінці.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме хірургії, і може бути використана для лікування
неспроможності товстокишкових анастомозів.

Відомий спосіб підготовки до накладання пре-
вентивної колостоми після виконання черевноана-
льної резекції прямої кишки, який полягає в тому,
що під час виконання черевноанальної резекції
прямої кишки через додатковий розтин черевної
стінки на трималці, проведений трансбрижово, ви-
водять на поверхню шкіри петлю поперечнообо-
дової кишки, після чого петлю кишки занурюють у
черевну порожнину таким чином, щоб на поверхні
шкіри залишалась тільки фіксована трималка [Па-
тент № 7540, UA, МПК А61В 17/04, А61М 39/00,
Бюл. № 6, 2005].

Недоліком аналога є часте утворення піс-
ляопераційної грижі в дефекті апоневрозу.

Задачею корисної моделі є розробка такого
способу підготовки до накладання превентивної
колостоми, який включає інтраопераційний обхват
трималкою трансбрижово ободової кишки, прок-
симальніше рівня анастомозу, і вивід кінців трима-
лки на шкіру, відповідно до корисної моделі, кінці
трималки виводять через прокол в передній чере-
вній стінці.

Поставлена задача вирішується тим, що в
спосіб підготовки до накладання превентивної ко-
лостоми, який включає інтраопераційний обхват
трималкою трансбрижово ободової кишки, прок-
симальніше рівня анастомозу, і вивід кінців трима-
лки на шкіру, відповідно до корисної моделі, кінці
трималки виводять через прокол в передній чере-
вній стінці.

Вивід кінців трималки через прокол в передній
черевній стінці не призводив до утворення дефек-
тів в апоневрозі і запобігає виникненню післяопера-
ційної грижі.

Спосіб виконують наступним чином.

Під час інтраабдомінальної операції після ре-
зекції ділянки товстої кишки та сформування товс-
токишкового анастомозу вибирають мобільну ді-
лянку ободової кишки проксимальніше рівня
анастомозу або проводять мобілізацію ділянки
ободової кишки безпосередньо біля стінки прово-
дять трималку (стерильну поліхлорвінілову трубку
діаметром 2-3 мм); обидва кінці трималки прово-
дять через прокол в черевній стінці на шкіру в міс-
ці планованого формування колостоми. Кінці три-
малки фіксують до шкіри з таким розрахунком,
щоб мобільна петля ободової кишки вільно лежа-
ла в черевній порожнині. При розвитку в післяопера-
ційному періоді неспроможності товстокишково-
го анастомозу розсікають шкіру, апоневроз, м'язи,
парієтальну очеревину в місці проходження трималки
через черевну стінку. За допомогою тракції трима-
лки в напрямку назовні петлю ободової кишки ви-
водять через розтин в черевній стінці на шкіру,
фіксують до черевної стінки вузловими швами.
Просвіт кишки розкривають, формують двостволь-
ну колостому для виключення пасажу калових мас
по кишці дистальніше стоми. Якщо в післяопера-
ційному періоді неспроможності швів товстокишко-
вого анастомозу не настає, трималку витягують
за один з кінців з черевної порожнини.

Приклад. Хворий С, 1949 р.н., медична карта
стаціонарного хворого № 5879/2010. Діагноз: аде-
нокарцинома нижньоампулярного відділу прямої
кишки Т3N0M0. Пацієнту було проведено курс пе-
редопераційної променевої терапії.

(19) **UA** (11) **63580** (13) **U**

22.11.10 операція: низька передня резекція прямої кишки.

Під ендотрахеальним наркозом виконали сердинну лапаротомію, мобілізували сигмовидну кишку з брижею та пряму кишку з мезоректумом, провели лімфаденектомію, перев'язали та пересікли верхню ректальну та сигмовиднокишкові артерії. Виконали передню низьку резекцію прямої кишки. За допомогою циркулярного зшивачного апарата Ethicon 33 сформували сигморектоанастомоз "бік в кінець". Враховуючи предопераційну променеву терапію, низьку резекцію прямої кишки, у хворого в прогностичному плані була висока ймовірність розвитку неспроможності швів сигморектоанастомозу в післяопераційному періоді. Тому підвели підготовку до накладання превентивної стими.

Вибрили мобільну ділянку поперечноободової кишки, додатково мобілізували кишку від великого сальника. Трансбрижово безпосередньо біля стінки поперечноободової кишки в цій ділянці провели поліхлорвінілову трубку діаметром 3 мм довжиною 40 см. Обидва кінці трималки провели через прокол, виконаний в черевній стінці судинним затискачем, на шкіру в правому підребер'ї. Кінці трубки зафіксували до шкіри вузловим швом. Петля поперечноободової кишки разом з проведенною через її брижу трималкою залишилась вільно лежати в черевній порожнині. Після дренажу черевної порожнини та позаочеревинного простору таза черевну стінку пошарово зашили.

30.11.10 (8-ма доба післяопераційного періоду) у хворого підвищилась температура до 39 °С, з'явилися виділення по дренажу гнійно-геморагічного характеру. З метою верифікації діагнозу виконали проктографію. В боковій проекції в зоні анастомозу констатовано вихід рентгенконтрастного розчину за межі кишки. На основі цього

була діагностована неспроможність сигморектального анастомозу.

30.11.10 під ендотрахеальним наркозом після обробки операційного поля розчином антисептиків розсікли шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз, м'язи, парієнтальну очеревину в правому підребер'ї в місці виходу трималки з черевної порожнини. Підтягнули за трималку назовні і вивели через розтин в черевній стінці петлю поперечноободової кишки на шкіру. Петлю поперечноободової кишки фіксували до апоневрозу та шкіри вузловими швами. Просвіт кишки розкрили, сформували двоствольну колостому.

При повторному огляді пацієнта через 1,5 місяця виявлено, що дефект в сигморектоанастомозі закrywся. Була виконана операція: закриття двоствольної колостоми. Післяопераційної грижі в місці закриття колостоми не було.

За запропонованим способом провели підготовку до накладання превентивної колостоми у 24 хворих з резекцією різних ділянок товстої кишки та з формування первинного товстокишкового анастомозу. У 12 з цих пацієнтів у післяопераційному періоді була неспроможність швів анастомозу. У всіх цих пацієнтів сформували колостому. Дефекти в анастомозі у них закрились. У решти 12 пацієнтів товстокишковий анастомоз загоївся без неспроможності. Трималка у цих пацієнтів була видалена з черевної порожнини. У всіх пацієнтів після операційної грижі не було.

У той же час з 24 хворих, прооперованих за способом-аналогом, у 20 хворих після видалення трималки виникла післяопераційна грижа, що змусило виконати операції, направлені на ліквідацію гриж та пластику черевної стінки.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє запобігти утворення післяопераційної грижі.