



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51397 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ НЕПРИРОДНОГО ЗАДНЬОГО ПРОХОДУ

1

2

(21) u201001685

(22) 17.02.2010

(24) 12.07.2010

(46) 12.07.2010, Бюл.№ 13, 2010 р.

(72) ГОРДІЙЧУК ПРОКІП ІВАНОВИЧ, МАНЖУРА
АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ(73) ГОРДІЙЧУК ПРОКІП ІВАНОВИЧ, МАНЖУРА
АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ(57) Спосіб формування неприродного заднього
проходу, що передбачає розсічення шкіри, підшкі-
рно-жирової клітковини, апоневрозу зовнішнього
косого м'яза живота, тупе розведення товщі внут-

рішнього косого та поперечного м'яза живота, роз-
січення ендодомінальної фасції з очеревиною,
виведення ободової кишки через сформований
отвір та її фіксацію, який **відрізняється** тим, що
перед розсіченням ендодомінальної фасції з
очеревиною відшаровують внутрішню поверхню
поперечного м'яза живота від ендодомінальної
фасції і в даний прошарок вкладають імплантант-
сітку з отвором, укривають край отвору імплан-
тант-сітки апоневрозом зовнішнього косого м'яза
живота і фіксують виведену ободову кишку.

Спосіб відноситься до медицини, а точніше до
хірургії, онкохірургії.

Відомо, що формування неприродного заднього
проходу є обов'язковим етапом виконання че-
ревно-промежної екстирпації прямої кишки у
хворих на рак нижньо-ампулярного відділу прямої
кишки, а також виконується при гострому хірургі-
чному захворюванні товстої кишки, при якому пер-
винне відновлення безперервності кишки не є мо-
жливим. Про актуальність даної проблеми
свідчать наступні факти: зростання захворюванос-
ті на рак прямої кишки у світі, в тому числі і в Укра-
їні (в рік - близько 9000 хворих виявляються з да-
ною патологією); за середньо статистичними
даними останнього десятиріччя в нашій країні у 30-
40 % хворих на рак прямої кишки виконується че-
ревно-промежна екстирпація з формуванням
постійної колостоми.

Існує близько 400 способів формування не-
природного заднього проходу, які розроблялися з
метою:

- покращення догляду і використання калоп-
риймачів;
- регульованого виділення через колостому;
- запобігання запальних ускладнень параколо-
стомічного простору тощо.

Найбільш близьким способом формування не-
природного заднього проходу, вибраним за прото-
тип, є простий, традиційний спосіб, модифікований
Л.С. Богуславським (1967р) під назвою - плоска
стома [1]. Наведений спосіб передбачає розсічен-
ня шкіри, підшкірно-жирової клітковини, апоневро-

зу зовнішнього косого м'яза живота, тупе розве-
дження товщі внутрішнього косого та поперечного
м'язу живота, розсічення ендодомінальної фас-
ції з очеревиною, виведення ободової кишки через
сформований отвір і її фіксацію та виконується
таким чином: в місці плануючої колостоми підій-
мають шкіру з підшкірно-жировою клітковиною і
висікають місце основи її конуса з утворенням
овальної рани діаметром до 3-х см. Апоневроз
зовнішньої косого м'яза живота в даній проекції
висікають овалом. М'язи тупо розшаровують і роз-
сікають очеревиною. Вузловими швами зшивають
очеревиною до апоневрозу зовнішнього косого м'язу
живота. Ободову кишку виводять із живота через
сформований отвір і фіксують на рівні попередньо
накладеними швами. Виступаюча над шкірою ді-
лянка кишки повинна бути не меншою 3-4 см. Піс-
ля проведення гемостазу краї кишки підшивають
вузловими швами до країв шкіри.

Недоліком даного способу є те, що, незважа-
ючи на технічну правильність його виконання, у
45-60 % випадків виникають параколостомічні гри-
жі. За результатами наших досліджень, хворі з
сформованим штучним заднім проходом, старше
65 років, окрім вищенаведеного ускладнення у 60-
80 % випадках страждають діастазом м'язів в па-
раколостомічному просторі, що приводить до де-
формації даної ділянки передньої черевної стінки.
Із зростанням віку пацієнта діастаз м'язів посилю-
ється, а частота його виникнення зростає та на-
ближується до 100 %. Наведені ускладнення по-
глиблюють страждання хворих, погіршують

(13) U

(11) 51397

(19) UA

соціальну та трудову реабілітацію, значно знижують якість життя пацієнта.

Задачею, поставленою в основу корисної моделі, що заявляється, є запобігання виникненню параколомічної грижі, утворенню діастазу м'язів передньої черевної стінки в ділянці параколомічного простору, що приводить до грубої деформації даної ділянки та до виникнення інших ускладнень внаслідок порушення евакуаторно-видільної функції кишечника.

Поставлена задача досягається тим, що у способі формування неприродного заднього проходу, який передбачає розсічення шкіри, підшкірно-жирової клітковини, апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, тупе розведення товщі внутрішнього косого та поперечного м'язу живота, розсічення ендодомінальної фасції з очеревиною, виведення ободової кишки через сформований отвір та її фіксацію, відповідно до пропонованого способу перед розсіченням ендодомінальної фасції з очеревиною відшаровують внутрішню поверхню поперечного м'язу живота від ендодомінальної фасції і в даний прошарок вкладають імплантат-сітку з отвором, укривають край отвору імплантат-сітки апоневрозом зовнішнього косого м'язу живота і фіксують виведену ободову кишку.

Заздалегідь підготовлена імплантат-сітка має овальний отвір, діаметр якого індивідуально підбирається хірургом.

Суттєвими ознаками пропонованого способу, які забезпечують досягнення бажаного результату є відшаровування внутрішньої поверхні поперечного м'язу живота від ендодомінальної фасції та вкладення в прошарок імплантат-сітки з отвором. Важливим є також укривтя краю отвору імплантат-сітки апоневрозом зовнішнього косого м'язу живота, що забезпечує її не дотикання до стінки виведеної ободової кишки.

Запропонований спосіб пояснюється кресленнями, де на Фіг. 1 зображено місце розміщення імплантат-сітки по відношенню до шарів передньої черевної стінки, де показано: 1 - шкіра; 2 - підшкірна клітковина; 3 - апоневроз зовнішнього косого м'яза живота; 4 - косий м'яз живота; 5 - поперечний м'яз живота; 6 - імплантат-сітка; 7 - ендодомінальна фасція; 8 - очеревина; 9 - черевна фасція; 10 - ободова кишка, а на Фіг. 2 проілюстрований принцип накладання вузлових швів на край стомального отвору передньої черевної стінки.

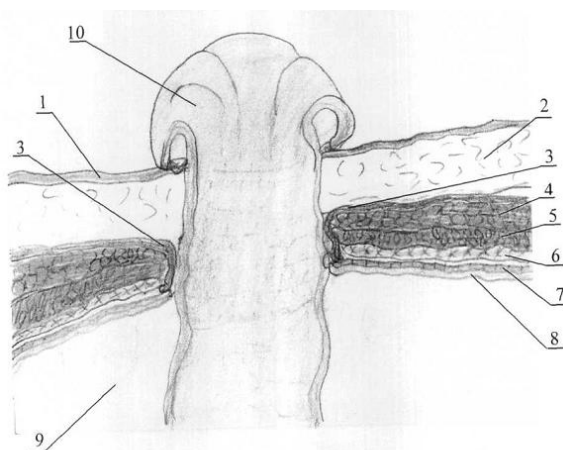
Запропонований спосіб виконується наступним чином. Після вибору місця формування колостоми підіймають конусом шкіру 1 з підшкірною клітковиною 2 і у основи висікають у вигляді конусу до апоневрозу 3 зовнішнього косого м'яза живота з утворенням овальної рани діаметром до 3-х см. Виконують гемостаз. Апоневроз 3 зовнішньої косого м'яза живота в проекції рани розсікають до 3-х см з послаблюючими розрізами для можливості його використання для пластичного вкривтя краю

імплантат-сітки 6. Тупим шляхом розводять товщу внутрішнього косого 4 та поперечного 5 м'язу живота по ходу м'язових волокон до ендодомінальної фасції 7, приблизно до 4-х см. Тупим шляхом виконують відшарування внутрішньої поверхні поперечного м'язу 5 живота від ендодомінальної фасції 7, в даний прошарок заводять заздалегідь підготовленої форми імплантат-сітку 6, яка має овальний отвір, діаметр якого індивідуально підбирається хірургом. Розсікають через овальний отвір імплантат-сітки 6 ендодомінальну фасцію 7 з очеревиною 8 та беруть останні на затискачі Микуліча. Накладають не менше 9-ти вузлових швів з прошиванням: відступивши 0,5 см від краю розсіченого апоневрозу 3 зовнішнього косого м'язу живота з захватом по краю внутрішнього косого 4 та поперечного 5 м'язів живота, краю імплантат-сітки 6 і знову по краям апоневрозу 3 зовнішнього косого м'язу живота та ендодомінальної фасції 7 з очеревиною 8; шви зав'язують і беруть на трималки. Ободову кишку 10 виводять із черевної порожнини 9 через сформований отвір, край якої повинен виступати над рівнем шкіри 1 не менше 3-х см. На рівні попередньо накладених швів фіксується кишка з серозо-м'язовим прошиванням, нитки зрізуються. Накладають 4-й вузлових шви на підшкірно-жирову клітковину 2 з захватом серозно-м'язового шару ободової кишки 10 дистально попередньо накладених швів. Краї ободової кишки 10 підшивають вузловими швами до шкіри 1.

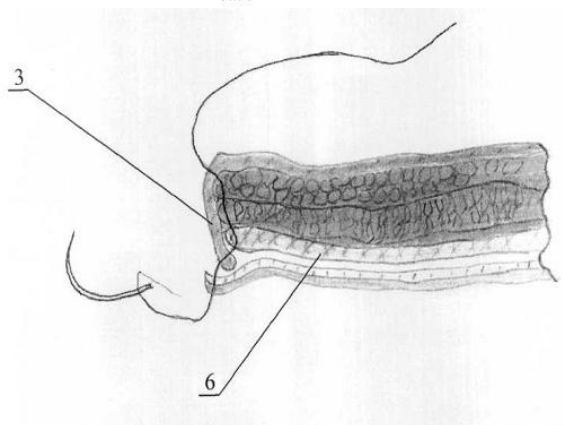
Приклад: Хворий М., історія хвороби за № 15718, 73-х років, госпіталізований в абдомінальне відділення Київської міської онкологічної лікарні для хірургічного лікування з діагнозом: Рак нижньо-ампулярного відділу прямої кишки St II, T 4 N xM 0 Кл.гр. II. Хворому виконана черевно-промежинна екстирпація прямої кишки за Майлсом і сформований неприродний задній прохід по вищевказаній методиці. Післяопераційний період протікав гладко, хворий виписаний на амбулаторне спостереження. При повторному огляді через 3 місяці ускладнень, пов'язаних з використанням імплантат-сітки не виявлено, параколомічна грижа та параколомічний діастаз м'язів відсутні. Експериментально-клінічна апробація способу проведена на 6 трупах (3 - чоловічої та 3 - жіночої статі), використана при формуванні колостоми у 5 хворих. Безпосередніх і віддалених ускладнень, пов'язаних з використанням даного способу не виявлено. Таким чином, запропонований спосіб є простим та надійним при формуванні неприродного заднього проходу, який якісно запобігає утворенню параколомічної грижі та параколомічного діастазу м'язів, що значно покращує якість життя пацієнтів.

Джерело інформації:

[1] Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - Київ, Здоров'я, 1987. с. 420-422.



Фиг. 1



Фиг. 2