



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **123255** (13) **C2**
(51) МПК (2021.01)
A61B 17/00

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО
"УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ"

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2019 11760</p> <p>(22) Дата подання заявки: 09.12.2019</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права інтелектуальної власності: 04.03.2021</p> <p>(41) Публікація відомостей про заявку: 10.07.2020, Бюл.№ 13</p> <p>(46) Публікація відомостей про державну реєстрацію: 03.03.2021, Бюл.№ 9</p>	<p>(72) Винахідник(и): Керничний Віталій Володимирович (UA), Суходоля Анатолій Іванович (UA), Суходоля Сергій Анатолійович (UA), Балицький Віталій Вікторович (UA), Малоголовко Олександр Андрійович (UA)</p> <p>(73) Володілець (володільці): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: RU 2175527 C1, 10.11.2001 RU 2124312 C1, 10.01.1999 UA 51569 A, 15.11.2002 Даценко Б. М. Хирургическая реабилитация больных с колостомами / Даценко Б. М., Кириллов А. В., Подпороинов С. Д. // Международный медицинский журнал. – 2006. - № 1. - С. 51-54 Bischoff A. Colostomy closure: how to avoid complications / Bischoff A., Levitt M. A., Lawal T. A., Pena A. // Pediatric surgery international. – 2010. – 26. – P. 1087-1092 Л.Я.Ковальчук, І.Я.Дзюбановський. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передньої черевної стінки: Монографія.- Тернопіль.- Укрмедкнига.- 2004.- С.182-184</p>
--	---

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КОЛОСТОМИ

(57) Реферат:

Винахід стосується хірургії та колопроктології та може бути використаний при виконанні хірургічних втручань на ободовій і прямій кишці у випадках, які вимагають формування постійної, тимчасової чи превентивної колостоми з приводу патології товстого кишечника, при якому формують колостому, що включає розсічення апоневрозу, де виведену на передню черевну стінку в лівій мезогастральній ділянці кишку фіксують лише до апоневрозу 3-4 вузловими швами та до шкіри за допомогою безперервного обвивного шва з біодеструктивного шовного матеріалу, захоплюючи шкіру і стінку кишки.

UA 123255 C2

Винахід належить до медицини, а саме до хірургії та колопроктології, та може бути використаний при виконанні хірургічних втручань на ободовій і прямій кишці у випадках, які вимагають формування постійної, тимчасової чи превентивної колостоми з приводу патології товстого кишечника.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб формування колостоми, при якому в лівій здухвинній ділянці у проекції проксимальної кукси сигмоподібної кишки викроюють овальне вікно до апоневрозу косого м'яза живота. М'язово-апоневротичну стінку розсікають хрестоподібно. Очеревину беруть на затискачі Микулича. Очеревину фіксують до шкіри з підхопленням у шви м'язово-апоневротичну стінку з проміжком у 1,0 см. Лігатури не зрізають, утримуючи їх на окремих затискачах Більрота. Через сформований отвір у лівій здухвинній ділянці проксимальну куксу ободової кишки виводять на зовні. В подальшому колючою голкою та попередніми нитками (які не зрізані) кишку фіксують до очеревини, підхоплюючи серозно-м'язовий шар стінки кишки. Вузливі шви накладають на шкіру не густо, після чого можна розкривати стому та фіксувати її краї наскрізними швами через усю товщу стінки до шкіри по колу (Л.Я. Ковальчук, І.Я. Дзюбановський. Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передньої черевної стінки: Монографія. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - С. 182-184).

Недоліком даного способу є те, що, по-перше: хрестоподібно розсікають м'язово-апоневротичну стінку, що є досить травматично для м'язів черевної стінки. По-друге: очеревина фіксується до шкіри з підхопленням у шви м'язово-апоневротичної стінки з проміжком у 1,0 см, що також є великим недоліком, оскільки дана методика свідомо призводить до формування лійкоподібного параколостомічного втягнення м'яких тканин передньої черевної стінки, що в свою чергу значно ускладнює догляд (гігієна, фіксація калоприймача) за колостомою. По-третє: накладаються вузливі наскрізні шви, які фіксують стінку кишки на шкіру.

В основу винаходу поставлено задачу створити досконалий спосіб формування колостоми.

Поставлена задача вирішується способом формування колостоми (одностовбурової, двостовбурової), яка формується в лівій мезогастральній ділянці, фіксується лише до апоневрозу 3-4 вузловими швами та до шкіри за допомогою безперервного обвивного шва з біодеструктивного шовного матеріалу, захоплюючи шкіру і стінку кишки.

Спосіб здійснюється таким чином. Після мобілізації тих чи інших відділів ободової кишки чи прямої кишки (для її видалення) їх резекції, формування того чи іншого анастомозу з подальшим формуванням превентивної колостоми, в передній черевній стінці на рівні лівого мезогіпогастрію формують канал. Для цього шкіру захоплюють затискачем Аліса, довкола якого шкіру і підшкірно-жирову клітковину циркулярно (діаметром 2-2,5см) висікають за допомогою електрохірургічного ножа до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Апоневроз зовнішнього косого м'яза живота розсікають хрестоподібно. На краї розсіченого апоневрозу накладають 4 шва (рівномірно по периметру) 3/0 з біодеструктивного шовного матеріалу, які не зав'язують, а беруть на тримачі. М'язи передньої черевної стінки розводять затискачами Більрота і захоплюють рано розширювачами Фарабефа. Поперечну фасцію, передочеревинну клітковину та парієтальну очеревину розсікають за допомогою електрохірургічного скальпеля, захоплюють ранорозширювачами Фарабефа і розводять для того, щоб сформувати канал в передній черевній стінці (діаметр 3,5-4см), в який вільно могли б проходити два пальці хірурга. З боку операційної рани в сформований канал передньої черевної стінки вводять затискач Більрота і захоплюють провідники, якими фіксовано петлю ободової кишки (сигмоподібної, поперечно-ободової) та виводять на передню черевну стінку. Далі виконують фіксацію виведеної петлі ободової кишки до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота за допомогою попередньо накладених 4-х швів. Виведену петлю кишки розсікають по *tenia libera*. По завершенні даного етапу проводять фіксацію колостоми на рівні шкіри. На одному із країв колостоми накладають вузловий шов за допомогою біодеструктивного матеріалу 3/0 атравматичною голкою. Далі, цією ж ниткою продовжують накладання обвивного шва по периметру колостоми, фіксуючи шкіру та стінку кишки. Завершивши накладання обвивного шва, виконують його зав'язування із лігатурою, яка залишена після накладання першого вузлового шва.

Приклад клінічного застосування способу. Пацієнт А., 60 років. Діагноз: рак середньоампулярного відділу прямої кишки II ст...III кл.гр.

Операція: наднизька внутрішньочеревна резекція прямої кишки з формуванням коло ректального анастомозу "кінець в кінець" за допомогою циркулярного зшиваючого апарату та превентивна трансверзостомія.

Виконана нижньо- та середньо-серединна лапаротомія. Перев'язано та пересічено нижньобрижову артерію біля устя аорти та нижньобрижову вену біля нижнього краю підшлункової залози. Мобілізована пряма кишка з пухлиною мезоректумом до тазового дна і

пересічена вище пухлини на 14 см, нижче пухлини на 1,5 см та видалена. В проксимальній куксі ободової кишки кисетним швом фіксована головка степлера. Трансанально введено степлер, який також фіксовано кисетним швом. Сформовано анастомоз. Степлер не видалено із прямої кишки, а зафіксовано ним анастомоз. Мобілізовано поперечно-ободову кишку, під яку проведено ПХВ провідник. В передній черевній стінці на рівні лівого мезогастрію сформовано канал. Шкіра захоплюється затискачем Аліса, довкола якого шкіра і підшкірно-жирова клітковина циркулярно (діаметром 2-2,5 см) висічена за допомогою електрохірургічного ножа до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота. Апоневроз зовнішнього косого м'яза живота хрестоподібно розсічений. На краї розсіченого апоневрозу накладено 4 шва (рівномірно по периметру) 3/0 з біодеструктивного шовного матеріалу, які взято на тримачі. М'язи передньої черевної стінки розведені рано розширювачами Фарабефа. Поперечна фасція, передочеревинна клітковина та парієнтальна очеревина розсічені за допомогою електрохірургічного скальпеля. З боку операційної рани в сформований канал введено затискач Більрота і захоплено ПХВ провідники, якими фіксовано петлю поперечно-ободової кишки та виводиться на передню черевну стінку. Виведену петлю ободової кишки фіксовано до апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота за допомогою попередньо накладених 4-х швів. Виведена петля кишки розсікається по *tenia libera*. На медіальному краї колостоми накладено вузловий шов за допомогою біодеструктивного матеріалу 3/0 з атравматичною голкою. Цією ж ниткою продовжують накладання обвивного шва по периметру колостоми, фіксуючи шкіру та стінку кишки. Завершивши накладання обвивного шва виконують його зав'язування із лігатурою, яка залишена після накладання першого вузлового шва.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнт в задовільному стані на 7 добу післяопераційного періоду виписаний із стаціонару. Превентивна трансверзостама функціонує.

Таким чином принциповою відмінною ознакою способу у порівнянні з іншими методами є його простота, швидкість виконання, малотравматичність, надійність, що значно покращує результати хірургічного лікування та реабілітацію хворих, яким виконується накладання превентивних та кінцевих колостом.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб формування колостоми, що включає розсічення апоневрозу, який **відрізняється** тим, що виведену на передню черевну стінку в лівій мезогастральній ділянці кишку фіксують лише до апоневрозу 3-4 вузловими швами та до шкіри за допомогою безперервного обвивного шва з біодеструктивного шовного матеріалу, захоплюючи шкіру і стінку кишки.