



УКРАЇНА

(19) UA (11) 55694 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КУТАНЕО-КОЛОАНАСТОМОЗУ ПРИ ІНТЕРСФІНКТЕРНИХ РЕЗЕКЦІЯХ ПРЯМОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ РАКУ**

1

2

(21) u201006212

(22) 21.05.2010

(24) 27.12.2010

(46) 27.12.2010, Бюл. № 24, 2010 р.

(72) СОРОКІН БОГДАН ВІКТОРОВИЧ, ПИРОГОВСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, М'ЯСОЄДОВ СТАНІСЛАВ ДМИТРОВИЧ, КОНДАКОВ РОСТИСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ТАЩІЄВ РАХМАН КУЛІЙОВИЧ, ТАРАНЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЗЛОБИНЕЦЬ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛЯЩЕНКО МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ЗАДОРЖНИЙ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ПЛЕМ'ЯННИК СЕРГІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, АДАМЕНКО ОЛЬГА ІВАНІВНА, ЗЮНЬКІН ВАЛЕНТИН ГРИГОРОВИЧ

(73) СОРОКІН БОГДАН ВІКТОРОВИЧ, ПИРОГОВСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, М'ЯСОЄДОВ СТАНІСЛАВ ДМИТРОВИЧ, КОНДАКОВ РОСТИСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ТАЩІЄВ РАХМАН КУЛІЙОВИЧ, ТАРАНЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЗЛОБИНЕЦЬ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛЯЩЕНКО

МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ЗАДОРЖНИЙ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ПЛЕМ'ЯННИК СЕРГІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, АДАМЕНКО ОЛЬГА ІВАНІВНА, ЗЮНЬКІН ВАЛЕНТИН ГРИГОРОВИЧ

(57) 1. Спосіб формування кутанео-колоанастомозу при виконанні інтерсфінктерних резекцій з приводу раку, що характеризується тим, що містить розшарування зовнішнього сфінктера від внутрішнього сфінктера по лінії Хілтона, зведення ободової кишки на промежину, відсепаровку на 0,5 см періанальної шкіри, накладення кисетного шва на періанальну шкіру, який **відрізняється** тим, що під час промежинного етапу відбувається зшивання періанальної шкіри із зведеною ободовою кишкою.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що зшивання періанальної шкіри із зведеною ободовою кишкою здійснюється 2-ма рядами танталових скобок, за допомогою циркулярного зшиваючого апарату Eticon діаметром 27...33 мм.

Корисна модель стосується галузі медицини та медичної техніки і може бути застосована при виконанні інтерсфінктерних резекцій прямої кишки з приводу раку. Зокрема, Корисна модель може бути використана для хірургічного лікування хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки.

«Спосіб формування коло-анального анастомозу при червено-анальній резекції прямої кишки з приводу раку». Під час промежинного етапу в просвіт прямої кишки вводять зонд. Розтягують періанальну шкіру. Накладають на слизову прямої кишки два кисетних шва. Внутрішній кисетний шов затягують, фіксуючи слизову оболонку анального каналу до зонда. Слизову оболонку анального каналу розтинають циркулярно між двома кисетними швами. Зовнішній кисетний шов затягують після зведення кишки. Вузлові шви між зведеною кишкою і періанальною шкірою проводять під зовнішнім кисетним швом. Спосіб дозволяє підвищити надійність колоанального анастомозу [1].

Метод оперативного лікування хвороби Гиршпрунга відрізняється від відомого способу Соаве-

Болея тим, що анастомоз між слизовою оболонкою прямої кишки і зведеною ободовою кишкою здійснюють зшиваючим апаратом для кругових анастомозів (ЗТТУ - зшиваючий травний тракт універсальний) після попереднього введення його в анальний канал і висічення клиноподібного фрагмента кільця внутрішнього сфінктера і серозно-м'язового футляра розміром 0,5-1,0 см. [2].

Відомий спосіб формування колоанального анастомозу при виконанні червено-анальної резекції прямої кишки з приводу раку: "Спосіб леваторопластики при червено-анальної резекції прямої кишки з приводу раку" [3]. Після мобілізації прямої кишки з пухлиною, формування трансплантата сигмовидної кишки для зведення на промежину з боку промежини на трубці здійснюється демукозація анального каналу, з пересіченням сфінктерного апарату прямої кишки і частковим пересіченням леваторів анального каналу із збереженням зовнішнього анального сфінктера. Пряма кишка з пухлиною і трансплантат сигмовидної кишки витягують на промежину. Препарат видаляється. На трансплантат сигмовидної кишки надівається ков-

(13) U

(11) 55694

(19) UA

пачок, після чого зведена кишка повертається в черевну порожнину. Волокна пересічених м'язів - лобково-копчикового м'яза ззаду, копчикового м'яза справа і зліва зшиваються між собою двома П-подібними швами, що виконується лікарем в ручний спосіб. Трансплантат сигмовидної кишки повторно зводиться на промежину і фіксується до періанальної шкіри вузловими шовковими швами вручну. Таким чином, формується ложе анального каналу, в якому трансплантат зведеної кишки послідовно оточений м'язовими волокнами відновленої діафрагми тазу, волокнами поверхневої і глибокої порцій, підшкірної порції, зовнішнього анального сфінктера. Запропонований технічно простий спосіб оперативного втручання дозволяє сформувати анальний канал з відновлених м'язів тазового дна, тим самим поліпшити функцію анального тримання.

Недоліком відомого способу є необхідність зшивати між собою лобково-копчикові, копчикові і копчикові і здухвинно-копчикові м'язи, формувати ложе для кишки. В прототипі накладення швів в 1 ряд відбувається в ручний спосіб, при цьому відстань між швами, глибина прошивання, залежить від хірурга.

Недоліками накладення швів в ручний спосіб є нерівномірність відстані одного шва від другого, нерівномірність глибини накладання швів, відсутність ретельної дотичності країв кишки та шкіри в анастомозі. Наслідком цих факторів, може бути недостатність анастомозу, його рубцьова стріктур.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб формування кутанеокколоанастомоза при інтерсфінктерних резекціях прямої кишки з приводу рака а саме сформувати 2-х рядний апаратний анастомоз між ободовою кишкою і періанальною шкірою.

Анастомоз має бути резистентним до рубцювання. Поставлена задача вирішується тим, що зшивання періанальної шкіри і ободової кишки відбувається за допомогою зшиваючого апарату (Eticon) з діаметром голівки 29...33мм, який забезпечує 2-х рядність шва анастомозу.

Поставлена задача вирішена тим, що для формування 2-х рядного апаратного анастомозу між ободовою кишкою і періанальною шкірою використовується зшиваючий апарат (Eticon) з діаметром голівки 29 або 33 мм, який забезпечує 2-х рядність, рівномірність швів та максимальну дотичність країв кишки та шкіри анастомозу.

Для пояснення суті корисної моделі нижче наведено перелік малюнків Фіг.1, Фіг.2, Фіг.3, Фіг.4, Фіг.5 на яких зображено послідовне виконання формування 2-х рядного апаратного анастомозу між ободовою кишкою і періанальною шкірою який може бути реалізований за умови використання циркулярного зшиваючого апарату фірми Eticon.

Через лапаротомний доступ проводиться мобілізація мезосигми і прямої кишки до внутрішнього сфінктера при цьому перев'язуються і перетинаються верхня і обидві середні ректальні артерії і вени. З боку промежини проводиться розріз слизової оболонки на рівні міжсфінктерної борозни.

Від волокон зовнішнього сфінктера 8 відсепаровуються волокна внутрішнього сфінктера і частково глибокої порції зовнішнього сфінктера. Препарат (пряма кишка з мезоректумом та внутрішнім сфінктером, частково сигмовидна кишка з судинами і клітковиною) видаляється через лапаротомну рану. Мобілізується край шкіри в місці переходу слизової оболонки анального каналу в анодерму впродовж 0,5см. На вільну частину відсепарованої анодерми накладається кисетний шов на анодерму 4. Береться циркулярний зшиваючий апарат 1, фірми Eticon, з діаметром робочої голівки 29-33мм., його з'ємна голівка 3 від'єднується і занурюється в просвіт мобілізованої ободової кишки 6, яка використовуватиметься для накладення анастомозу, фіксується кисетним швом ободової кишки 2. Зшиваючий апарат 1 із знятою голівкою 3, вставляється в анальний канал і викручується перфоратор, на який надівається ПХВ трубка 5, довжиною до 20см. Кисетний шов на анодерму 4, затягується на ПХВ трубі 5, яка надіта на перфоратор. З боку черевної порожнини, орієнтуючись на ПХВ трубку 5, знаходять кінець перфоратора, ПХВ трубка 5 знімається і на металевий штир-перфоратор фіксується з'ємна голівка 3. Апарат скручується і прошиває кишку і шкіру в двухрядний шов 7, танталовими скобками формуючи кутанеокколоанастомоз. Відновлюється цілісність тазового дна за рахунок фіксації очеревини до трансплантата. Порожнина тазу дренируется через параректальний доступ 2ПХВ трубками. Для профілактики недостатності виводиться протекуюча трансверзоста в лівій мезогастральній ділянці по загальноприйнятій методиці.

Приклад.

Хвора В, і/х №405264/992/1013/958

Поступила в проктологічне відділення Київської обласної клінічної лікарні 11.01.2010

Діагноз: С-г н/а відділу прямої кишки Т<sub>3</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub> G<sub>2</sub>, ст. III

RRS (11.01.2010.) На висоті 1,0см від анального каналу визначається пухлина (у вигляді виразки до 4см в діаметрі).

ТрУЗД (12.01.10) Т-г recti Т3N1. Не проростає сфінктерний апарат.

ПГЗ (18.11.09 №25 619-21) темно клітинна диференційована аденокарцинома товстої кишки. Операція (18.01.10): Інтерсфінктерна резекція прямої кишки з формуванням апаратного десцендоанального анастомозу, протекуюча двостовбутова трансверзоста на шпорі.

Операційне поле тричі оброблено бетадином. Середина лапаротомія. Ревізія черевної порожнини: очеревина гладка, блискуча. Печінка, шлунок, селезінка, жовчний міхур, ДПК, яєчники без особливостей. Визначається випадіння матки. В н/а відділах прямої кишки виявлено виразку до 5см в діаметрі (пухлина після променевої терапії). В мезоректум та по ходу а. mesenterica inferior збільшених лімфовузлів не виявлено.

Мобілізовані в/а, с/а, н/а, відділи прямої кишки до внутрішнього сфінктера, сигмоподібна кишка. Виділені та перев'язані а. et v. mesentericae inferiores. Товста кишка перев'язана на 12см проксимальніше, промежинним доступом по лінії Хіл-

тона мобілізований внутрішній сфінктер прямої кишки від зовнішнього.

Кишка з пухлиною видалена з мезоректумектомією та видаленням внутрішнього анального сфінктера. Накладений кисетний шов на перианальну шкіру, сформований апаратний десцендоанальний анастомоз. Виконана гістеропексія. Сформована протекуюча двостовбура трансверзостома на шпорі. Гемостаз за ходом операції - сухо. 2 ПХВ дренажі в малий таз, 2 ПХВ дренажі - в до крижової ямки. Черевна порожнина пошарово ушита. Ас. пов'язка.

Макропрепарат: видалено 26см кишки. Пухлина прямої кишки у вигляді постпроменевої виразки, інфільтрує всі шари стінки органа, розміром 3х4см, екзофітний компонент відсутній, нижній край пухлини в 2см від дистального края розрізу. Лімфатичні вузли не збільшені.

Післяопераційний період без ускладнень.

Приклад

Хвора В., і/х №34563/1129

Поступила у проктологічне відділення КОКЛ 30.11.2009

Діагноз: Са н-с/а відділу прямої кишки T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> G<sub>2</sub>, ст. III

RRS (01.12.09): тубус введений на глибину 13см. На 5см від ануса по задньому півколу пухлина хрящоподібної щільності, контактно кровить.

ТР УЗД (01.12.09): Т-г н/а-с/а відділів прямої кишки T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>.

ПГЗ №22071-76 (15.10.09): 1) фрагменти слизової товстої кишки із запальною інфільтрацією; 2) аденокарцинома з полями некрозу.

ВКС (12.10.09): Колоноскоп проведений в купол сліпої кишки. Закл.: Са н/а-с/а відділів прямої кишки (з 5 до 10см, біопсія). Хронічний лівобічний коліт.

ПГЗ №22071-76 (15.10.09): 1) фрагменти слизової товстої кишки із запальною інфільтрацією; 2) аденокарцинома з полями некрозу.

Іригоскопія (14.10.09): Заповнені всі відділи товстої кишки. Закл.: С-г с/а-н/а відділів прямої кишки. Лівобічний коліт. Недостатність баугінієвої заслінки.

Функціональні зміни за гіпотонічним типом. Проведена розмітка для ГГТ.

Операція (04.12.09) Інтрасфінктерна резекція прямої кишки з формуванням апаратного десцендоанального анастомозу, протекуюча двостовбура трансверзостома на шпорі.

Операційне поле тричі оброблено бетадином. Середина лапаротомія. Ревізія черевної порожнини: очеревина гладка, блискача. В черевній порожнині до 50мл випоту Печінка, шлунок, селезінка, жовчний міхур, ДПК, яєчники без особливостей. Визначається випадіння матки. В с-н/а відділах прямої кишки виявлено пухлино подібний утвір хрящоподібної щільності з інфільтративним типом росту, що інтимно злучений з задньою стінкою піхви. В мезоректум та по ходу а.mesenterica inferior збільшених лімфовузлів не виявлено. Мобілізовані в/а, с/а, н/а, відділи прямої кишки до перианальної шкіри, сигмоподібна кишка. Виділені та перев'язані а.ет v.mesentericae inferiores. Товста кишка перев'язана на 4см нижче пухлини, та на 12см проксимальніше, промежинним доступом мобілізовані зовнішній та внутрішній анальні сфінктери прямої кишки, накладений кисетний шов на перианальну ділянку шкіри кишка з пухлиною видалена з мезоректумектомією та видаленням внутрішнього анального сфінктера, сформований апаратний десцендоанальний анастомоз. Виконана гістеропексія. Сформована протекуюча двостовбура трансверзостома на шпорі. Гемостаз за ходом операції - сухо. 2 ПХВ дренажі в малий таз, 2 ПХВ дренажі - в до крижової ямки. Черевна порожнина пошарово ушита. Ас. пов'язка.

Запропонований спосіб використовується в Київській обласній клінічній лікарні з 2009 року у 5 хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки. Пухлина локалізувалася на відстані від 0,5 до 2см від зубчатої лінії. Поширення пухлинного процесу відповідало T<sub>3</sub> N<sub>0-1</sub> M<sub>0</sub>. Гістологічно у всіх хворих була аденокарцинома різного ступеню диференціювання.

Ускладнень, пов'язаних з формуванням кута нео-колоанастомоза за способом, що заявляється, не спостерігали.

1. Патент Російської Федерації №2165739
2. Патент України №99063456.
3. Патент України №29974 від.

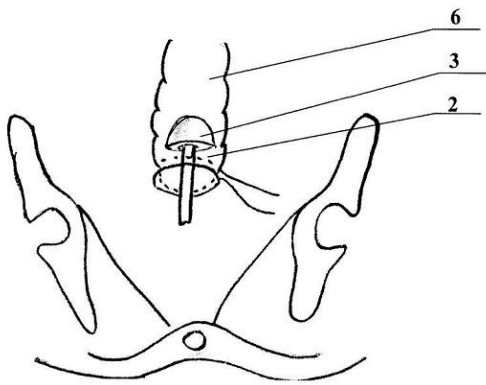


Fig. 1

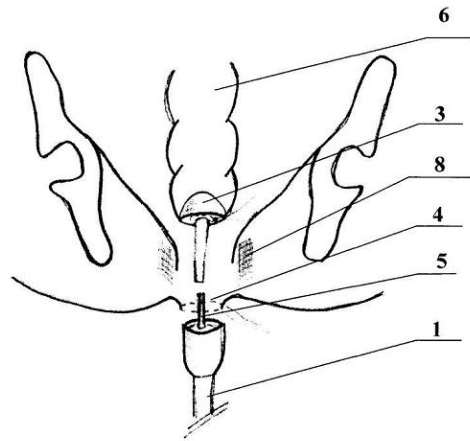


Fig. 2

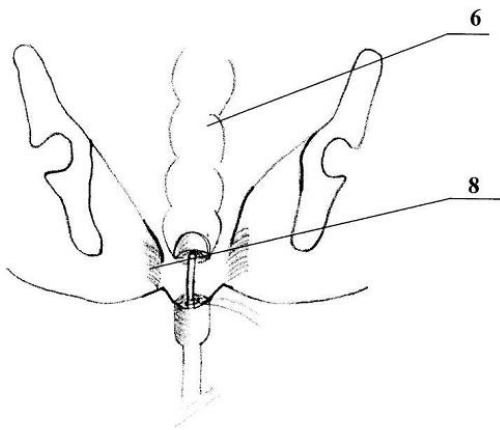


Fig. 3

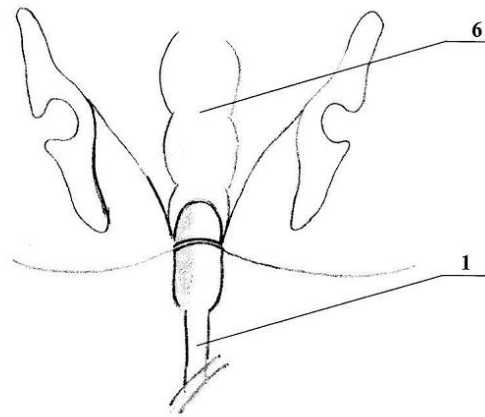


Fig. 4

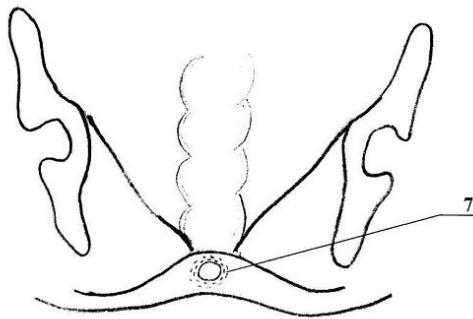


Fig. 5

