



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **27614** (13) **U**
(51) МПК (2006)
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 ВИЗНАЧЕННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЧЕРЕВНОАНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ РАКУ

1

2

(21) u200706628

(22) 13.06.2007

(24) 12.11.2007

(72) БОНДАР ГРИГОРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
СОВПЕЛЬ ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
БОНДАРЕНКО МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
ІЩЕНКО РОМАН ВИКТОРОВИЧ, UA

(73) БОНДАР ГРИГОРІЙ ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
СОВПЕЛЬ ОЛЕГ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
БОНДАРЕНКО МИКОЛА ВАСИЛЬОВИЧ, UA,
ІЩЕНКО РОМАН ВИКТОРОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб визначення життєздатності трансплантата при черевноанальній резекції прямої кишки з приводу раку, що полягає в мобілізації сигмоподібної кишки, перетинанні сигмоподібних артерій зі збереженням крайової судини, видаленні брижі, жирових підвісків на дистальному сегменті трансплантата, який

відрізняється тим, що після виконання основного етапу операції і мобілізації та зведення кишкового трансплантата на шкіру періанальної ділянки в його просвіт вводиться одна з пластин датчика, друга розташовується з боку серозної оболонки (при цьому хворий знаходиться в положенні Тренделенбурга), реєструються показання пульс-оксиметра, оцінку кровотоку виконують по всій окружності трансплантата, мінімум у чотирьох точках (на 3, 6, 9, 12 умовного, проєційованого на анальний отвір циферблата годинника), трансплантат вважають життєздатним, якщо різниця між парціальним тиском кисню в периферичній крові і парціальним тиском кисню в капілярній крові трансплантата не повинна перевищувати 10-15%, при цьому пульсація, що реєструється на внутрішньостінкових судинах трансплантата, повинна відповідати частоті серцевих скорочень.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме, до онкопроктології і може бути використана для хірургічного лікування хворих раком нижньо- і середньоампулярного відділів прямої кишки.

Відомий спосіб виконання черевноанальної резекції прямої кишки з приводу раку [Холдин С.А. Злокачественные новообразования прямой кишки. - Л.: Медгиз, 1955. - 360с; Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей /Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. - М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432 с.: ил.], що полягає в мобілізації прямої кишки, підготовці для зведення життєздатного трансплантата сигмоподібної кишки (перетинанні сигмоподібних артерій зі збереженням крайової судини, визначенні границі життєздатності трансплантата, видалення жирових підвісків, брижі на дистальному 5-6см. сегменті трансплантата), зведенні трансплантата на промежину, формуванні колоанального анастомозу.

Однак він має такі недоліки

- Складність і приблизність визначення рівня життєздатності трансплантата

- Необґрунтоване відмовлення від виконання операції при сумнівних випадках життєздатності трансплантата.

- Необґрунтоване розширення обсягу операції при неправильній оцінці рівня життєздатності кишки для зведення

В основу корисної моделі поставлена задача адекватної оцінки мікроциркуляторного кровотоку в кишковому трансплантаті сигмоподібної кишки для зведення на промежину при черевноанальній резекції прямої кишки з приводу раку.

Поставлена задача вирішується тим, що при підготовці трансплантата сигмоподібної кишки для зведення на промежину, відповідно до корисної, для оцінки життєздатності трансплантата використовується пульс-оксиметр MDE ESCORT із застосуванням внутрішньопорожнинного датчика.

На фіг. зображений надлишок ободової кишки кишки, який зведений на промежину, де 1 - зведення кишки, 2 - фіксований до стінки кишки

(13) U

(11) 27614

(19) UA

датчик пульс-оксиметра, 3 - шкіра періанальної ділянки.

Спосіб реалізується таким чином: після виконання основного етапу операції і мобілізації та зведення кишкового трансплантата (1) на шкіру періанальної ділянки (3) в його просвіт вводиться одна з пластин датчика (2), друга розташовується з боку серозної оболонки (при цьому хворий знаходиться в положенні Тренделенбурга). Реєструються показання пульс-оксиметра. Оцінку кровотка роблять по всій окружності трансплантата, мінімум у чотирьох точках (на 3, 6, 9, 12 умовного, проєційованого на анальний отвір циферблата годинника). Трансплантат вважають життєздатним, якщо різниця між парціальним тиском кисню в периферичній крові і парціальному тиском кисню в капілярній крові трансплантата не повинна перевищувати 10-15%, при цьому пульсація, що реєструється на внутрішньостінкових судинах трансплантата повинна відповідати частоті серцевих скорочень.

Переваги заявленого способу:

- мінімальна травматизація трансплантата;
- вивчення наявності пульсових хвиль у капілярах трансплантата;
- визначення газового складу крові в трансплантаті;
- простота маніпуляцій;
- швидкість виконання;
- зменшення кількості післяопераційних некротів кишкового трансплантата

Приклад конкретного застосування:

Больной 3. 1937 року народження, 21.02.2005 оперований з приводу раку середньоампулярного відділу прямої кишки III стадії II клінічна група. Зроблено черевнево-анальну резекцію прямої кишки по Петрову-Холдінку, сфінктеролеваторопластика. Інтраопераційно діагноз підтверджений, виявлена пухлина середньоампулярного відділу прямої кишки, по задній стінці, змішаного характеру росту, що займає 2/3 просвіту кишки, довжиною до 7 сантиметрів. Виконана лимфодисекція по ходу нижньої брижової артерії, верхня прямокишкова артерія пересічена нижче відходження першої сигмоподібної артерії. Сформований для зведення на промежину трансплантат сигмоподібної кишки. Пряма кишка мобілізована до внутрішнього сфінктера, середні прямокишкові артерії послідовно пересічені і перев'язані. З боку промежини зроблена демуккозація анального каналу на трубці, зі збереженням підшкірної порції сфінктера. Пряма кишка зведена на промежину разом з пухлиною. Мобілізована частина трансплантата пересічена, препарат вилучений. З трансплантата знята контрольна лігатура, зроблена оцінка адекватності кровотка в кишковому трансплантаті. При цьому парціальний тиск кисню в капілярній крові трансплантата склав 70% (парціальний тиск кисню в периферичній крові склав 92%), реєструєма пульсація відповідала ЧСС. Додаткова оксигенація вдихуваної газової суміші викликала підйом парціального тиску кисню в капілярній крові трансплантата до 84%. Виконано сфінктеролеваторопластику за

методикою клініки. Трансплантат повторно перев'язаний і фіксований до періанальної шкіри шовковими швами. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний з відділення в задовільному стані.

