



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4029 (13) U
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ НАВКОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 20040604324

(22) 04.06.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Мельник Володимир Михайлович, Пойда Олександр Іванович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб формування навколоанального анастомозу шляхом з'єднання відрізка сигмовидної кишки з куксою анального каналу, який **відрізняється** тим, що край зрізу сигмовидної кишки зводять в порожнину проксимального відділу анального каналу і формують вставний дворівневий анастомоз вище або на рівні зубчастої лінії.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використаний для формування навколоанального анастомозу після черевно-анальної резекції прямої кишки.

Відомий евагінаційний спосіб формування навколоанального анастомозу [1]. Після мобілізації прямої і частково ободової кишок через анальний отвір вводять мандрен ректороманоскопу вище рівня локалізації пухлини прямої кишки. Лігатурою фіксують стінки прямої кишки до голівки зазначеного мандрену. Виконують тракцію мандрену разом з фіксованими до нього стінками прямої кишки на промежину. При цьому здійснюється евагінація фіксованої до голівки мандрену прямої кишки разом з пухлиною. Проксимальніше евагінованої пухлини стінку кишки розташованої зовні і стінку кишки що розташована зсередини перетинають. Препарат видаляють. Між відрізками анального каналу та ободової кишки, евагінованими на промежину, формують навколоанальний анастомоз. Зразу ж після завершення його формування, або через 12-14 діб після загоєння, зазначений анастомоз вправляють в порожнину малого тазу.

Способу властиві недоліки.

1. Травматичність, яка обумовлена евагінацією прямої і частково ободової кишки.

2. Часте виникнення гнійно-септичних післяопераційних ускладнень в порожнині малого тазу внаслідок травматичності оперативного втручання.

Відомий спосіб формування навколоанального анастомозу шляхом низведення надлишку відрізка сигмовидної кишки на промежину через порожнину кукси анального каналу [1]. Способу властиві недоліки.

1. Часте виникнення некрозу низведеного тов-

стокишкового трансплантату внаслідок певних труднощів визначення адекватності його кровопостачання.

2. Незадовільні функціональні результати, перш за все порушення функції утримання, які обумовлені атонією і атрофією внутрішнього та зовнішнього сфінктерів прямої кишки, внаслідок постійного тиску на їх м'язові структури стінок та брижі низведеної сигмовидної кишки.

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, по технічній суті і досягаемому результату є спосіб формування навколоанального анастомоза по типу кінець в кінець [1]. Після черевно-анальної резекції прямої кишки навколоанальний анастомоз формують шляхом з'єднання відрізка ободової кишки з куксою анального каналу за допомогою однорядного або двохрядного кишкового шва.

Способу властиві недоліки.

1. Технічна складність формування анастомозу, яка обумовлена невідповідністю діаметру відрізка ободової кишки і кукси анального каналу.

2. Значна кількість випадків фізичної неспроможності швів анастомозу, яка обумовлена незначною площею з'єднання відрізків кишок, і як наслідок виникнення перитоніту або тазового целюліту.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у формуванні більш досконалого навколоанального анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування навколоанального анастомозу шляхом з'єднання відрізка сигмовидної кишки з куксою анального каналу, згідно корисної моделі, що край зрізу сигмовидної кишки зводять в порожнину проксимального відділу анального ка-

(13) U
(11) 4029
(19) UA

налу і формують вставний дворівневий анастомоз вище або на рівні зубчатої лінії.

Суть корисної моделі пояснена графічно.

Фіг.1 ілюструє етап формування навколоанального анастомозу, де 1 - відрізок ободової кишки, 2 - кукса анального каналу, 3 - серозо-м'язово-підслизові «П» подібні шви, 4 - провізорні шви.

На Фіг.2 зображений зформований навколоанальний анастомоз на рівні зубчатої лінії, де 5 - навколоанальний анастомоз, 6 - зубчаста лінія.

Спосіб формування навколоанального анастомозу виконують наступним чином.

На край відрізка сигмовидної кишки 1 і дистальніше на 2 см від краю кукси анального каналу накладають серозо-м'язово-підслизові «П» подібні шви 3, на стінку відрізка сигмовидної кишки 1 і на край кукси анального каналу 2 накладають провізорні шви 4, шляхом затягування та зав'язування серозо-м'язово-підслизових «П» подібних і провізорних швів завершують формування вставного навколоанального анастомозу 5, вище або на рівні зубчатої лінії 6.

Пацієнт Г. 74 років, № історії хвороби 162 госпіталізований в проктологічне відділення клініки 26.01.2004 року. Встановлено діагноз аденокарцинома нижньоампулярного відділу прямої кишки стадія II клінічна група II (T2NoMo). Виконана черевноанальна резекція прямої кишки. Зформовано вставний дворівневий навколоанальний анастомоз шляхом зведення відрізка сигмовидної кишки в порожнину проксимального відділу анального каналу за розробленим способом. Ускладнень в

ранньому післяопераційному періоді з боку анастомозу і черевної порожнини не було. Через 2 місяці хворий був обстежений. Порушення функції утримування не спостерігається. Результати проведеної комп'ютерної ректопневмометрії вказують на задовільну функцію внутрішнього і зовнішнього сфінктерів прямої кишки.

З використанням розроблено способу формування навколоанального анастомозу в клініці оперовано 4 хворих. Результати оперативних втручань аналогічні наведеному.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у формуванні дворівневого вставного навколоанального анастомозу, якому властива достатня фізична спроможність за рахунок збільшення площі з'єднання країв відрізка сигмовидної кишки і анального каналу.

Особливістю розробленого навколоанального анастомозу є відсутність стінок сигмовидної кишки та її брижі в середній і нижній третинах порожнини анального каналу - дистальніше рівня зформованого анастомозу. Це попереджує травмування внутрішнього і зовнішнього сфінктерів прямої кишки, сприяє збереженню їх тонусу, забезпечує в достатній мірі функцію утримування вмісту товстої кишки і високий рівень якості життя оперованих хворих.

Список літератури

1. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. // Клиническая оперативная колопроктология. М., 1994, 432с.

