



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42679 (13) U
(51) МПК (2009)
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 ВИКОНАННЯ МУКОЗЕКТОМІЇ

1

2

(21) u200903046

(22) 31.03.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) ПОЙДА ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ, МЕЛЬНИК
ВОЛОДИМИР МИХАЙЛОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб виконання мукозектомії, що здійснюють шляхом евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на промежину, циркулярного перетинання слизової оболонки на рівні верхнього краю зубчастої лінії та її видалення на рівні хірургічного анального каналу, який **відрізняється** тим, що додатково перетинають та видаляють підслизову оболонку хірургічного анального каналу.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана при виконанні мукозектомії після колектомії та наднизької передньої резекції прямої кишки з приводу виразкового коліту та хвороби Крона товстої кишки.

Відомий спосіб мукозектомії, відповідно до якого на рівні тазової очеревини циркулярно розтинають м'язовий шар стінки прямої кишки. Від циркулярного м'язового шару гострим і тупим шляхом антеградно відокремлюють слизову оболонку до рівня проксимального краю внутрішнього сфінктера прямої кишки [1].

Способу властиві наступні недоліки:

1. Значна крововтрата внаслідок травматичного пошкодження судин підслизового шару стінки прямої кишки і технічних труднощів виконання гемостазу з ділянки демукозації, розташованої глибоко в порожнині малого таза.

2. Не достатня радикальність демукозації, особливо у хворих на виразковий коліт III ступеня активності та хворобу Крона товстої кишки, наявність яких досить часто призводить до враження не лише слизової оболонки а також підслизової оболонки стінки кишки.

Відомий спосіб демукозації анального каналу шляхом трансанального видалення його слизової оболонки за допомогою аноскопа [2].

Способу властиві недоліки:

1. Ризик виникнення внутрішньотазової гематоми, внаслідок обмеженого доступу і значних технічних труднощів виконання гемостазу з демукозованої поверхні анального каналу.

2. Не достатня радикальність демукозації, особливо у хворих на виразковий коліт III ступеня

активності та хворобу Крона товстої кишки, які досить часто супроводжуються враженням не лише слизової оболонки а також підслизової оболонки стінки кишки.

Найближчим аналогом, обраним в якості прототипу, є спосіб виконання мукозектомії від верхнього краю крипт прямої кишки шляхом евагінації кукси нижньоампулярного її відділу на промежину, циркулярного перетинання слизової оболонки на рівні верхнього краю зубастої лінії та її видалення на рівні хірургічного анального каналу [1].

Способу властивий суттєвий недолік.

1. Недостатня радикальність мукозектомії у хворих на виразковий коліт з наявним III ступенем активності запального процесу та хворобу Крона товстої кишки при яких часто відбувається враження патологічним процесом не лише слизової оболонки, а також підслизової оболонки стінки кишки.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у розробці більш досконалого способу мукозектомії при виразковому коліті III ступеня активності запального процесу та хворобі Крона товстої кишки.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі виконання мукозектомії шляхом евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на промежину, циркулярного перетинання слизової оболонки на рівні верхнього краю зубастої лінії та її видалення на рівні хірургічного анального каналу, згідно корисної моделі додатково перетинають та видаляють підслизову оболонку хірургічного анального каналу.

Суть корисної моделі пояснена графічно. Фіг. ілюструє етап евагінації нижньоампулярного відді-

(13) U
(11) 42679
(19) UA

лу прямої кишки, циркулярне перетинання слизової та підслизової оболонок на рівні верхнього краю гребінчастої лінії, де 1 - евагінований нижньоампулярний відділ прямої кишки, 2 - циркулярний розтин, 3 - слизова, 4 - підслизова оболонки евагінованого хірургічного анального каналу.

Приклади практичного використання способу.

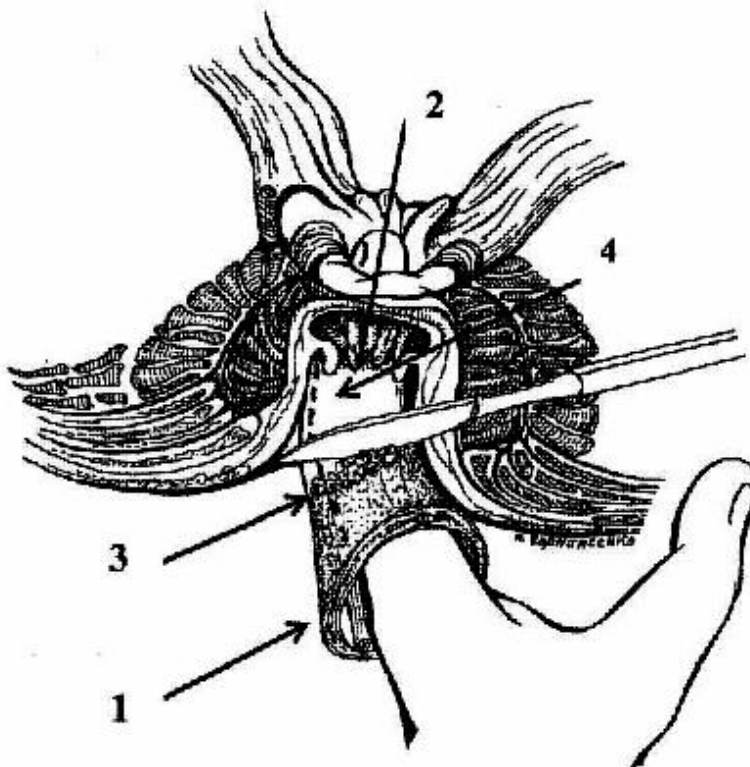
Пацієнтка Т. 28 років, № історії хвороби 545, 28.03.2007 року оперована в клініці з приводу важкого перебігу виразкового коліту, тотального враження товстої кишки, III ступеня активності запального процесу. Виконана операція колектомія, наднижка передня резекція прямої кишки, мукозектомія хірургічного анального каналу до зубчасті лінії. Сформований тонкокишковий резервуар за способом розробленим в клініці, ілеоендоанальний анастомоз між відрізком тонкої кишки та демуккозованим анальним каналом. Загоєння ілеоендоанального анастомозу в ранньому та пізньому післяопераційному періодах відбувалось без ускладнень. Пацієнтка обстежена в клініці через 3, 6 12 та 18 місяців після виконаної операції. Рецидиву виразкового коліту в ділянці зазначеного ілеоендоанального анастомозу не встановлено, що

обумовлено виконанням достатньо радикальної мукозектомії за розробленим способом, відповідно до якого була видалена не лише слизова, а також підслизова оболонки хірургічного анального каналу. Ознак анальної інконтиненції не встановлено. Функція свідомого та несвідомого компонентів анального тримання цілком задовільна внаслідок анатомічно та функціонально обґрунтованого виконання мукозектомії, формування завдяки цьому більш досконалого ілеоендоанального анастомозу.

З використанням розробленого способу виконання мукозектомії після колектомії та наднижньої передньої резекції прямої кишки нами оперовано 4 пацієнти з аналогічними найближчими та віддаленими функціональними результатами.

Список літератури:

1. Балтайтис Ю.В, Обширные резекции толстой кишки. Киев, «Здоровья» - 1990. - 176с.
2. Патент 62755А Україна. МПК А61В17/00. Спосіб демуккозації анального каналу. О.І.Пойда, В.Г.Конєв, В.М.Мельник, А.А.Шудрак, О.І.Уманець (Україна). - Заявл. 16.05.03; Опубл. 15.12.03. // Бюл. №12.



Фіг.