



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62754

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2003054417

(22) 16 05 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Конєв Валерій Геронтіович, Мельник Володимир Володимирович, Шудрак Анатолій Анатолійович, Уманец Олена Ігорівна

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

(57) Спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки шляхом мобілізації ректосигмоїдного, ампулярного відділів до рівня м'язів тазового дна, демукозації анального каналу, який відрізняється тим, що виконують резекцію та пластику внутрішнього сфінктера

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування хворих з нижньоампулярним раком прямої кишки.

Відомий спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки, який передбачає збереження сфінктерів прямої кишки та анодерми анального каналу (1) Внутрішньочеревний етап операції виконують шляхом мобілізації ректосигмоїдного та ампулярного відділів прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, перев'язки верхньої та середніх прямокишкових артерій. Зі сторони анального каналу, мобілізовану таким чином прямую кишку, перетинають циркулярно над верхнім краєм сфінктерів прямої кишки, зберігаючи таким чином цілісність зазначених сфінктерів та анодерми анального каналу.

Способу властивий недолік

1. Обмеженість використання, виключно випадками локалізації пухлини в середньоампулярному відділі прямої кишки.

Найближчим аналогом способу, обраним в якості прототипу є спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки з видаленням внутрішнього сфінктера анального каналу (2). Відповідно до способу після стандартного виконання внутрішньочеревного етапу операції, шляхом перев'язки верхньої прямокишкової та обох середніх прямокишкових артерій, мобілізації прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, зі сторони промежини видаляють внутрішній сфінктер прямої кишки разом з анодермою анального каналу.

Способу властивий недолік

1. Недостатня функція утримування внаслідок повного видалення внутрішнього сфінктера прямої кишки.

Задача винаходу, що заявляється, полягає в покращенні функції утримування за рахунок збереження внутрішнього сфінктера прямої кишки.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі черевно-анальної резекції прямої кишки шляхом мобілізації ректосигмоїдного, ампулярного відділів до рівня м'язів тазового дна, демукозації анального каналу, який відрізняється тим, що виконують резекцію та пластику внутрішнього сфінктера.

Суть винаходу пояснена графічно. На Фіг. 1 показана мобілізація прямої кишки, демукозація анального каналу де 1 - пряма кишка, 2 - м'язи тазового дна, 3 - прямокишкові артерії, 4 - циркулярний розтин, 5 - анодерма, 6 - внутрішній сфінктер прямої кишки, 7 - проксимальна межа анального каналу. На Фіг. 2 зображений етап резекції та пластики внутрішнього сфінктера де 8 - підслизова оболонка, 9 - м'язова оболонка нижньоампулярного відділу прямої кишки, 10 - нижньоампулярний відділ прямої кишки, 11 - резекція внутрішнього сфінктера, 12 - пластика внутрішнього сфінктера.

Спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки виконується наступним чином. Мобілізують прямую кишку 1 до рівня м'язів тазового дна 2, шляхом перев'язки верхньої прямокишкових артерій 3, трансанально на межі шкіри періанальної зони та анодерми, виконують циркулярний розтин 4, який продовжують між анодермою 5 та внутрішнім сфінктером прямої кишки 6 до проксимальної межі анального каналу 7, циркулярно зі сторони промежини перетинають підслизову 8 та м'язову 9 оболонки, нижньоампулярного відділу прямої кишки 10, виконують резекцію внутрішнього сфінктера

(13) A

(11) 62754

(19) UA

11, з наступною пластикою внутрішнього сфінктера 12

Приклад конкретного виконання

Хворий С 62 років, історія хвороби №123, 24 02 2002 року госпіталізований в проктологічне відділення клініки з діагнозом аденокарцинома нижньоампулярного відділу прямої кишки І стадія, ІІ клінічна група (Т1, N0, M0) 3 03 2002 року виконана черевно-анальна резекція прямої кишки, демукозація анального каналу, резекція внутрішнього сфінктера, сфінктеропластика. Внутрішньочеревний етап оперативного втручання виконували стандартно. Мобілізували ректосигмоїдний і ампулярний відділи до рівня м'язів тазового дна. Зі сторони промежини, на межі шкіри перинальної зони та анодерми анального каналу виконували циркулярний розтин, який продовжували між анодермою анального каналу та внутрішнім сфінктером до проксимальної межі останнього, де перетинали підслизову та м'язеву оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки. Виконували резекцію внутрішнього сфінктера разом з пухлинною, з наступною пластикою зазначеного сфінктера. Формували вставний колоанальний анастомоз.

Протягом року хвора була обстежена в умовах клініки через кожні три місяці. Починаючи з третьо-

го місяця післяопераційного періоду відмічено формування позиву на акт дефекації, можливість контролювати функцію утримування, диференціювати компоненти вмісту товстої кишки.

З використанням зазначеного способу оперовано 14 пацієнтів з аналогічним функціональним результатом.

Принциповою відмінною ознакою винаходу у порівнянні з прототипом та іншим аналогом є його більша функціональна обумовленість. Покращення функціонального результату зумовлено збереженням значної частини внутрішнього сфінктера, який в умовах норми забезпечує 80% функції утримування. Це значно покращує рівень медичної та соціальної реабілітації хворих з нижньоампулярним раком прямої кишки на початкових стадіях захворювання.

Список літератури

1 Федоров В Д, Вороб'єв Г И, Ривкин В Л //Клиническая оперативная колопроктология М, 1994, 43 с

2 Покровский Г А, Одарюк Т С, Царьков П В, Еропкин П В, Шелыгин Ю А Современный подход к лечению рака прямой кишки //Хирургия, 1998, №9, с 54-61

