



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **16449** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВІДСТРОЧЕНОГО КОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200600790

(22) 30.01.2006

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Бондарь Григорій Васильович, Борота Александр Васильович, Мірошніченко Євген Юрійович

(73) Бондарь Григорій Васильович

(57) Спосіб формування відстроченого колоанального анастомозу, що включає зведення на проме-

жину ободової кишки після черевно-анальної резекції прямої кишки та відсікання надлишку на 10-14 добу післяопераційного періоду, який **відрізняється** тим, що надлишок для зручності розділяють на чотири пелюстки шляхом електротермічного зварювання та розтинання вздовж кишки, а потім кожну пелюстку відсікають також після електротермічного зварювання на рівні періанальної шкіри.

Корисна модель належить до медицини, а саме до онкопроктології, і може бути використана для лікування хворих на рак прямої кишки.

Основним методом лікування РПК є хірургічний, та спектр оперативних втручань залежить від локалізації нижнього полюса пухлини. Одним з об'ємів операцій є черевно-анальна резекція прямої кишки зі зведенням ободової на промежину. Внаслідок великого ризику неспроможності колоанального анастомозу деякими дослідниками прийнято розділяти втручання на два етапи. На першому етапі черевно-промежинним доступом виконується резекція прямої кишки зі зведенням на промежину трансплантату з ободової кишки, на другому - відсікання надлишку зведеної ободової кишки, формування коло-анального анастомозу. На перший погляд другий етап операції не є дуже складним, але фахівцям з цієї області відома значна крововтрата під час процедури, що потребує дуже щільного прошивання анатомічне модифікованого анального каналу. З іншого боку, слизова оболонка ободової кишки має певну рухливість відносно серозном'язового шару завдяки шару підслизуватої, що також потребує адекватного зіставлення за допомогою швів. Тому певні недоліки цього втручання - післяопераційний біль, крововтрата та незадовільні функціональні результати.

Встановлено, що оптимальним терміном відсікання надлишку зведеної кишки є 10-14 доба за раніше впровадженим способом "Спосіб формування колоанального анастомоза при брюшноанальної резекції прямої кишки по поводу рака" - Патент РФ №2165739 РФ от 27.09.01, що прийня-

тий за прототип.

Завдяки розробкам колективу співробітників Інституту електрозварювання ім. Е. О. Патона НАН України з ініціативи академіка Б. Е. Патона з'явилася можливість застосування височастотного електроструму для з'єднання м'яких тканин. Розроблений височастотний генератор ЕК-300М1 і набір спеціалізованого інструментарію дозволяє робити зварювання тканин на основі дозованої подачі модульованого струму, автоматично генерованого залежно від конкретного тканинного імпульсу [Патент № 200206556, Україна, «спосіб зварювання м'яких тканин людини» / Б. Є. Патон та ін., опуб. 15.01.04., Б. №1.].

Корисна модель вирішує задачу формування колоанального анастомозу у терміни 10-14 доби після черевно-анальної резекції прямої кишки шляхом електротермічного зварювання та відсікання надлишку зведеної на промежину ободової кишки. Поставлена задача вирішується тим, що надлишок для зручності розділяють на чотири пелюстки шляхом електротермічного зварювання та розтинання стінки кишки вздовж, а потім кожен з пелюсток відсікають також після електротермічного зварювання на рівні періанальної шкіри.

Технічним результатом у пропонуємому способі є те, що під час операції відсутня крововтрата, з'єднання слизуватої оболонки та періанальної шкіри виконується за допомогою трьох-чотирьох вузликів швів а також скорочується термін операції та використання перев'язувальних матеріалів.

Сутність способу демонструється на фігурі, де:
1 - об'єм операції при дистальному раку пря-

(19) **UA** (11) **16449** (13) **U**

мої кишки;

2 - зведення на промежину ободової кишки;

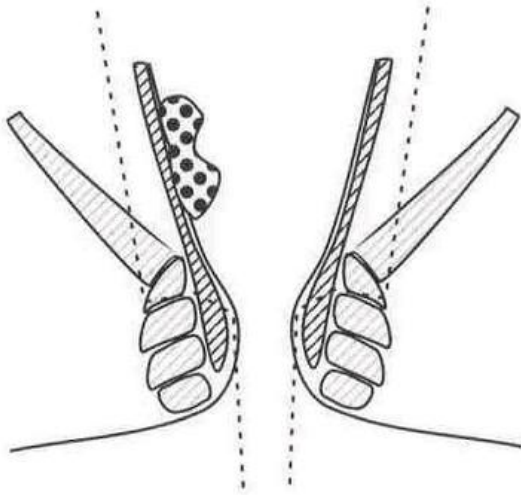
3 - електрозварювання надлишку ободової кишки;

4 - сформований колоанальний анастомоз;

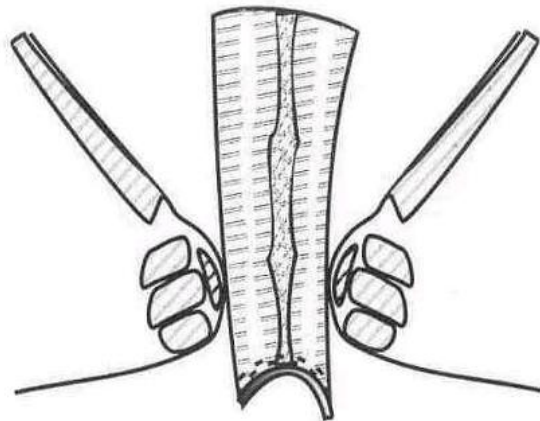
Спосіб виконують наступним чином. Під внутрішньовенним загальним знеболюванням пацієнта розміщують у позиції для промежнинного видалення камення та ділянка промежини обробляється розчинами антисептиків. Одна з бранш-електродів електрохірургічного затискача (Фіг.5) вводиться у порожнину кишки. Далі стінка кишки затискається між браншами-електродами затискача вздовж та проводиться імпульс модульованого височастотного електричного струму у ручному режимі 50-60 вольт, що триває 3 секунди. Далі стінка кишки розтинається вздовж лінії зварювання. Таким чином роблять розтинання надлишку відповідно 12, 3, 6 та 9 часам умовного циферблату (Фіг.6), що призводить до поділенню надлишку на 4 пелюстки. Аналогічно відсікають кожен з пелюсток після зварювання його основи на рівні періанальної шкіри. Зведену кишку фіксують трьома-чотирма швами

до періанальної шкіри, що підстраховують та не дозволяють підтягнутися кишці у малий таз. На промежнинну рану накладають мазеву пов'язку.

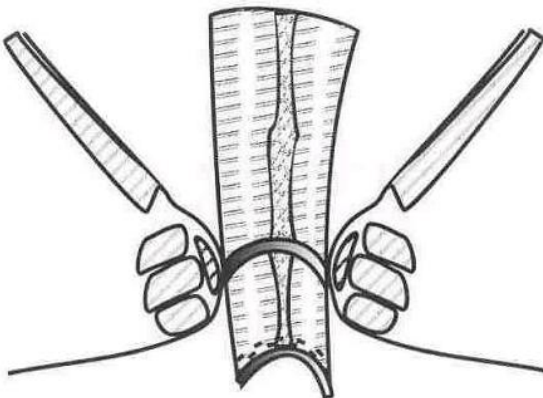
Вищеописана методика впроваджена у клініку на базі Донецького обласного протипухлинного центру, та проведено понад 90 оперативних втручань за нею. Терміни операцій при цьому скорочувались на 60-70% за рахунок виключення етапів гемостазу та накладання великої кількості швів. Загальний об'єм інтраопераційної крововтрати був відсутній. Післяопераційний період продовжувався гладко, відзначено зменшення післяопераційного болю, що не потребувало використання наркотичних анальгетиків. Пацієнтів було виписано через добу після відсічення. Контрольні огляди виконувалися у терміни 2-3 тижні після відсічення. Було констатовано, що промежнинна рана загоювалася первинним натягуванням. Суб'єктивно пацієнти не почували значного дискомфорту у ділянці промежнинної рани вже на 3 добу після відсічення, що значно відрізняється від класичного способу накладання колоанального анастомозу.



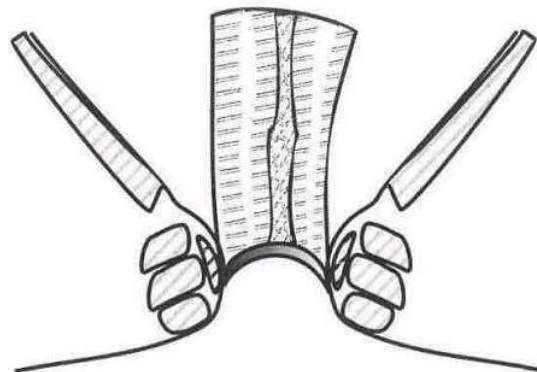
Фіг.1. Об'єм втручання.



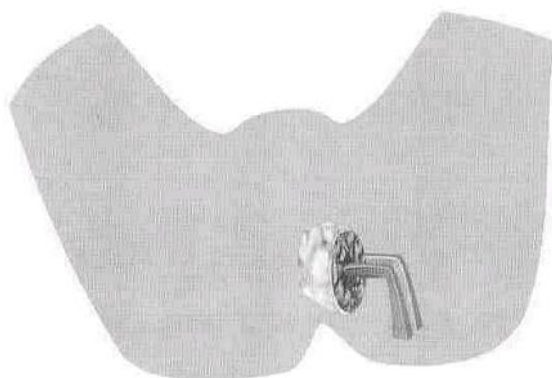
Фіг.2. Зведення ободової кишки на промежину.



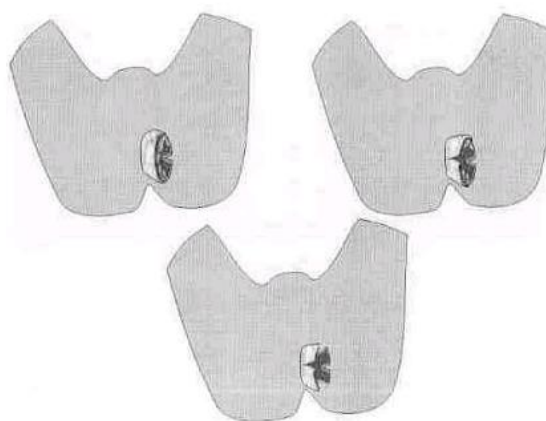
Фіг.3. Зварювання надлишку на рівні періанальної шкіри.



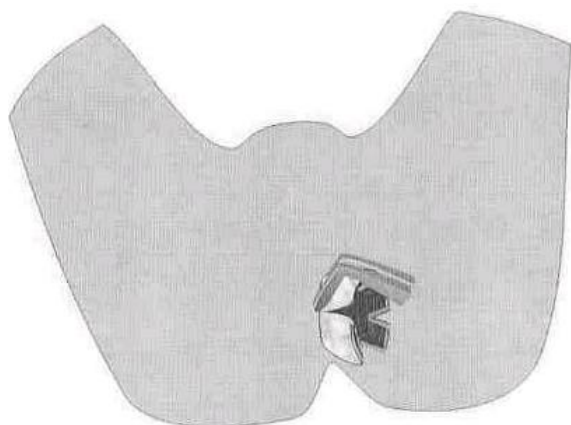
Фіг.4. Колоанальний анастомоз зформований.



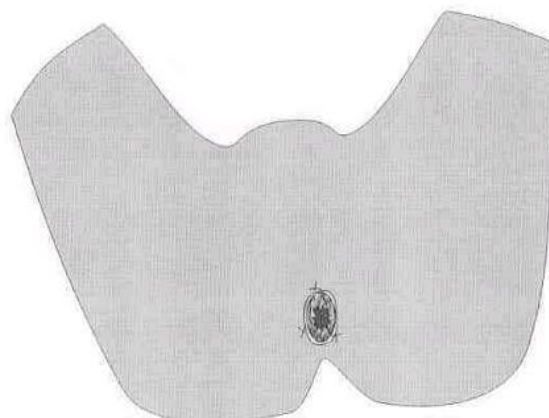
Фіг.5. Формування пелюсток. Зварювання надлишку вздовж



Фіг.6. Формування пелюсток відповідно 12, 3, 6 та 9 умовного циферблату.



Фіг.7. Відсікання пелюсток.



Фіг.8. Колоанальний анастомоз зформований.