



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18993 (13) U
(51) МПК
A61B 17/115 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ІЛЕОЕНДОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200607481

(22) 05.07.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Мельник Володимир Михайлович

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

(57) Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу шляхом розташування відрізка тонкої кишки в порожнині відрізка хірургічного анального каналу на рівні зубчастої лінії, який відрізняється тим, що здійснюють евагінацію кукси хірургічного анального каналу на промежину, її демукозацію, екстракорпоральне формування ілеоендоанального анастомозу з наступною його інвагінацією у порожнину малого таза.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для формування ілеоендоанального анастомозу після колектомії та наднизької передньої резекції прямої кишки.

Відомий спосіб формування ілеоанального анастомозу шляхом зведення надлишку відрізка тонкої кишки на промежину через порожнину відрізка анального каналу [1]. Після мобілізації ободової та прямої кишок, виконання колектомії і наднизької передньої резекції прямої кишки відрізок тонкої кишки зводять на промежину через порожнину відрізка анального каналу. Через 12-14 діб, після зростання краю відрізка анального каналу зі стінкою зведеної тонкої кишки, надлишок останньої відтинають на рівні шкіри промежини.

Способу властиві недоліки.

1. Часте виникнення ішемії та некрозу зведеного тонкокишкового трансплантату внаслідок певних труднощів визначення адекватності його кровопостачання.

2. Незадовільні функціональні результати, зокрема порушення функції утримування кишкового вмісту, які обумовлені атонією і атрофією внутрішнього та зовнішнього сфінктерів прямої кишки, внаслідок постійного тиску на їх м'язові структури стінок та брижі зведеної тонкої кишки.

Відомий спосіб формування ілеоанального анастомозу по типу кінець в кінець [1]. Після колектомії і наднизької резекції прямої кишки ілеоанальний анастомоз формують шляхом з'єднання відрізка тонкої кишки та анального каналу за допомогою однорядного або двохрандного кишкового шва.

Способу властиві недоліки.

1. Технічна складність формування анастомозу при різному діаметрі відрізків тонкої кишки і анального каналу.

2. Значна кількість випадків фізичної неспроможності швів анастомозу яка зумовлена невеликою площею з'єднання відрізків тонкої кишки та анального каналу, і як наслідок, виникнення перитоніту або тазового целюліту.

Найближчим аналогом способу, що заявляється, по технічній суті та досягаемому результату є спосіб формування вставного двохрівневого ілеоанального анастомозу [2]. Зазначений спосіб формування ілеоанального анастомозу виконують наступним чином. Після колектомії і наднизької передньої резекції прямої кишки на край відрізка тонкої кишки та стінки анального каналу накладають „П” подібні шви. На край відрізка анального каналу та стінки тонкої кишки накладають провізорні серозо-м'язові шви. Шляхом затягування та зав'язування „П” подібних та провізорних серозо-м'язових швів завершують формування ілеоанального анастомозу.

Способу властиві недоліки.

1. Технічна складність формування анастомозу з боку черевної порожнини, яка зумовлена низьким розташуванням відрізка анального каналу, особливо у чоловіків з глибоким та вузьким тазом.

2. Можливі ускладнення при загоєнні анастомозу, які пов'язані із з'єднанням стінки відрізка тонкої кишки покритою зовні серозною оболонкою та відрізка хірургічного анального каналу вистеленого з середини слизовою оболонкою.

Задача корисної моделі, що заявляється, по-

(13) U
18993
(11) UA
(19) UA

лягає у формуванні більш досконалого ілеоендоанального анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування вставного двохрівневого ілеоендоанального анастомозу шляхом розташування відрізки тонкої кишки у порожнині відрізки хірургічного анального каналу на рівні зубчатої лінії, згідно корисної моделі здійснюють евагінацію кукси хірургічного анального каналу на промежину, її демукозацію, екстракорпоральне формування ілеоендоанального анастомозу з наступною його інвагінацією у порожнину малого тазу.

Суть корисної моделі пояснена графічно. Фіг.1 ілюструє етап евагінації демукозованої кукси анального каналу на промежину та зведення на промежину відрізки тонкої кишки, де 1 - евагінована на промежину демукозована кукса анального каналу, 2 - зведений на промежину відрізок тонкої кишки. На Фіг.2 зображено етап накладання першого ряду швів, часткової інвагінації кукси анального каналу та відрізка зведеної тонкої кишки, де 3 - перший ряд швів, 4 - відрізок анального каналу, 5 - стінка відрізка зведеної на промежину тонкої кишки, 6 - зубчата лінія, 7 - край відрізка зведеної на промежину тонкої кишки. На Фіг.3 показано етап завершення формування ілеоендоанального анастомозу та його остаточної інвагінації у порожнину малого тазу, де 8 - другий ряд швів, 9 - сформований вставний двохрівневий ілеоанальний анастомоз, 10 - порожнина малого тазу.

Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу виконують наступним чином. Здійснюють евагінацію на промежину демукозованої кукси анального каналу 1, зведення на промежину відрізка тонкої кишки 2, накладають перший ряд швів 3 між відрізком анального каналу 4 та стінкою зведеного на промежину відрізка тонкої кишки 5, між краєм відрізка інвагінованої тонкої кишки 6 і зубчатою лінією 7, накладають другий ряд швів 8, сформований таким чином вставний двохрівневий ілеоендоанальний анастомоз 9, розміщують у порожнині малого тазу 10.

Приклади конкретного виконання.

Пацієнтка А. 21 року, історія хвороби №1104, госпіталізована в клініку 12.10.2005р. з діагнозом дифузного поліпозу товстої кишки. Виконана колектомія і наднизька передня резекція прямої кишки. Сформовано екстракорпорально вставний двохрівневий ілеоендоанальний анастомоз, після евагінації кукси анального каналу на промежину та її демукозації з наступною інвагінацією анастомозу в порожнину малого тазу. Ускладнень в післяопераційному періоді з боку сформованого анастомозу не було.

Через 2 місяці хвора була обстежена. Функція зовнішнього та внутрішнього сфінктерів прямої кишки по результатам проведеної комп'ютерної пневмоанометрії збережена. Порушення утримання вмісту товстої кишки не спостерігається.

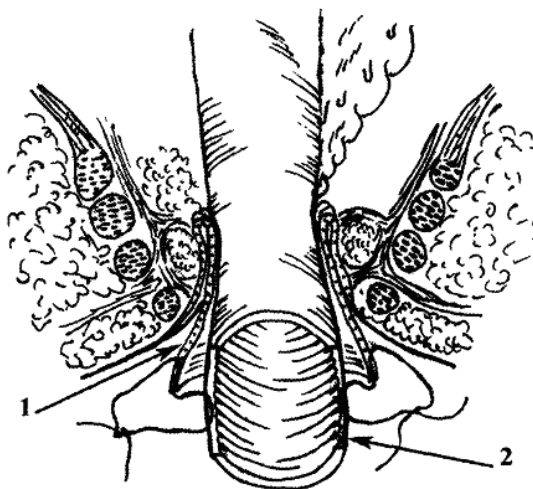
З використанням розробленого способу формування ілеоендоанального анастомозу в клініці оперовано ще двох хворих з аналогічним функціональним результатом.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у екстракорпоральному формуванні вставного двохрівневого ілеоендоанального анастомозу з боку промежини після демукозації анального каналу. Формування ілеоендоанального анастомозу екстракорпорально з боку промежини є більш зручним і технічно простим. Це пов'язано з хорошою візуалізацією операційного поля та доступом до відрізків тонкої і товстої кишки що підлягають з'єднанню. Здійснення демукозації анального каналу забезпечує радикальність оперативного втручання, більш сприятливий неускладнений перебіг репаративних процесів у ділянці анастомозу за рахунок з'єднання відрізка тонкої кишки, зовні покритого серозною оболонкою з м'язовою оболонкою відрізка демукозованого хірургічного анального каналу.

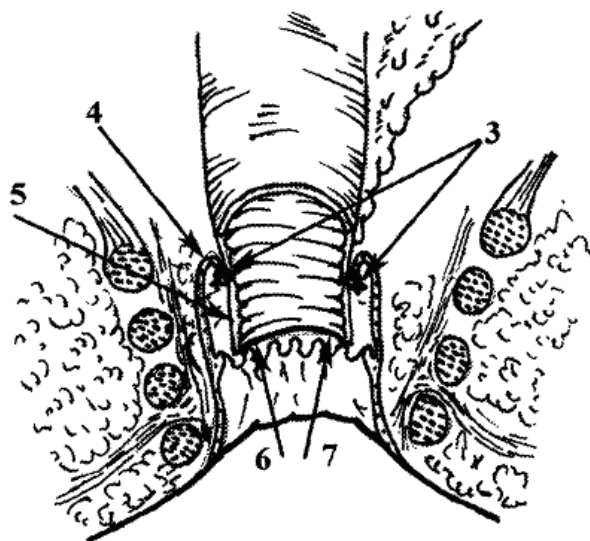
Список літератури:

1. Федоров В.Д., Вороб'єв Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М., 1994. - 432с.

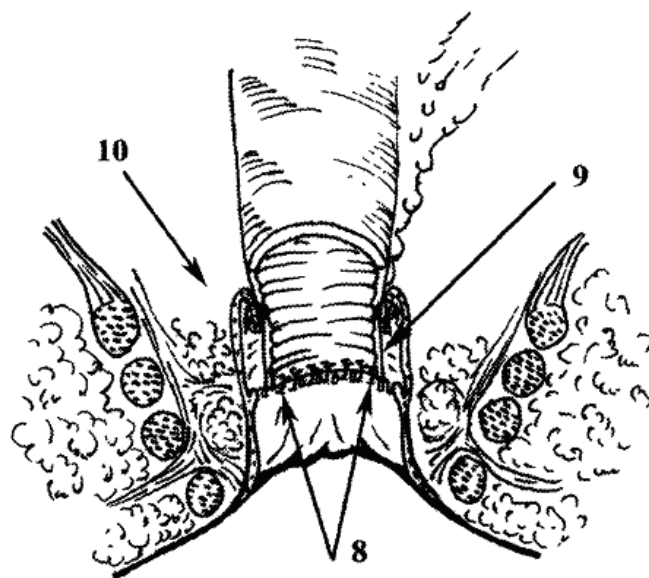
2. Мельник В.М., Пойда О.І. Спосіб формування ілео-анального анастомозу. Деклараційний патент на корисну модель №6877. - 2005 - Бюл. №5.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3