



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18994 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КОЛОЕНДОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200607483

(22) 05.07.2006

(24) 15.11.2006

(46) 15.11.2006, Бюл. № 11, 2006 р.

(72) Мельник Володимир Михайлович, Пойда Олександр Іванович

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

(57) Спосіб формування колоендоанального анас-

томозу, що включає розташування відрізка сигмоподібної ободової кишки в порожнині відрізка анального каналу на рівні зубчатої лінії, який **відрізняється** тим, що здійснюють евагінацію кукси анального каналу на промежину, її демукозацію, екстракорпоральне формування анастомозу з наступною його інвагінацією у порожнину малого таза.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для формування колоендоанального анастомозу після наднизької передньої резекції або черевно-анальної резекції прямої кишки.

Відомий спосіб формування колоанального анастомозу шляхом зведення з надлишком відрізка сигмовидної кишки на промежину через порожнину відрізка анального каналу [1]. Після мобілізації прямої і сигмовидної кишок, виконання наднизької або черевно-анальної резекції прямої кишки відрізок сигмовидної кишки зводять на промежину через порожнину відрізка анального каналу. Через 12-14 діб, після зростання краю відрізка анального каналу зі стінкою зведеної сигмовидної кишки, надлишок останньої відтинають на рівні шкіри промежини.

Способу властиві недоліки.

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

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

Відомий спосіб формування колоанального анастомозу по типу кінець в кінець [1]. Після наднизької або черевно-анальної резекції прямої кишки колоанальний анастомоз формують шляхом з'єднання відрізка сигмовидної кишки та анального каналу за допомогою однорядного або двохрандного кишкового шва.

Способу властиві недоліки.

1. Технічна складність формування анастомозу, внаслідок його розташування глибоко у порожнині малого таза.

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

Найближчим аналогом (прототипом) способу, що заявляється, по технічній суті та досягаємому результату є спосіб формування вставного двохрандного колоанального анастомозу [2]. Зазначений спосіб формування колоанального анастомозу виконують наступним чином. Після наднизької передньої або черевно-анальної резекції прямої кишки на край відрізка сигмовидної кишки та стінки анального каналу накладають "П"-подібні шви. На край відрізка анального каналу та стінки сигмовидної кишки накладають провізорні серозо-м'язові шви. Шляхом затягування та зав'язування "П" подібних та провізорних серозо-м'язових швів завершують формування вставного двохрандного колоанального анастомозу, 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-

(19) UA (11) 18994 (13) U

лягає у формуванні більш досконалого ілеоендоанального анастомозу.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі формування вставного двоохрівнєвого ілеоанального анастомозу шляхом розташування відрізка тонкої кишки у порожнині відрізка 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 відрізка тонкої кишки, де 1 - евагінована на промежину демукозована кука 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 двоохрівневий 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 двоохрівневий ілеоендоанальний анастомоз 9, розміщують у порожнині малого тазу 10.

Приклади конкретного виконання.

Пацієнтка А. 21 року, історія хвороби №1104,

госпіталізована в клініку 12.10.2005 р. з діагнозом дифузного поліпозу товстої кишки. Виконана колектомія і наднизька передня резекція прямої кишки. Сформовано екстракорпорально вставний двоохрівневий ілеоендоанальний анастомоз, двоохрівневий колоендоанальний 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 3 місяці хворий був обстежений. Функція зовнішнього та внутрішнього сфінктерів прямої кишки за результатами проведеної комп'ютерної пневмоанометрії збережена. Ознак порушення тримання вмісту товстої кишки не спостерігається.

З використанням розробленого способу формування колоанального анастомозу в клініці оперовано трьох хворих з аналогічним функціональним результатом.

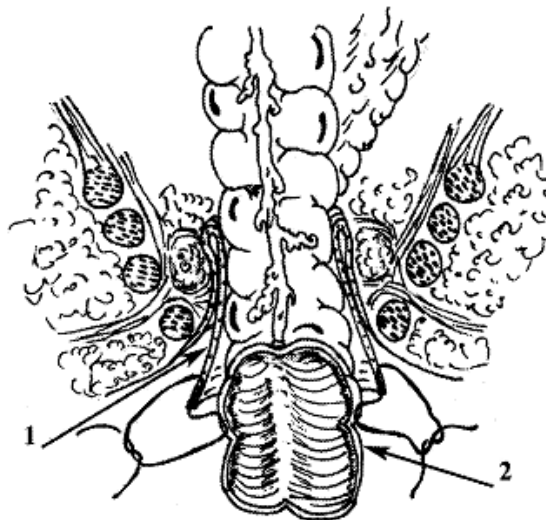
Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у екстракорпоральному формуванні вставного двоохрівнєвого колоендоанального анастомозу з боку промежини після демукозації анального каналу. Формування анастомозу екстракорпорально з боку промежини більш зручне і технічно просте. Це пов'язано з хорошою візуалізацією операційного поля та доступом до відрізків товстої кишки що підлягають з'єднанню.

Виконання демукозації анального каналу забезпечує більш сприятливий неускладнений перебіг репаративних процесів у ділянці анастомозу за рахунок з'єднання відрізка сигмовидної кишки зовні покритого серозною оболонкою з м'язовою оболонкою відрізка демукозованого анального каналу.

Список літератури:

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

2. Мельник В.М., Пойда О.І. Спосіб формування колоанального анастомозу. Деклараційний патент на корисну модель №4029. - 2004. - Бюл. №12.



Фіг. 1

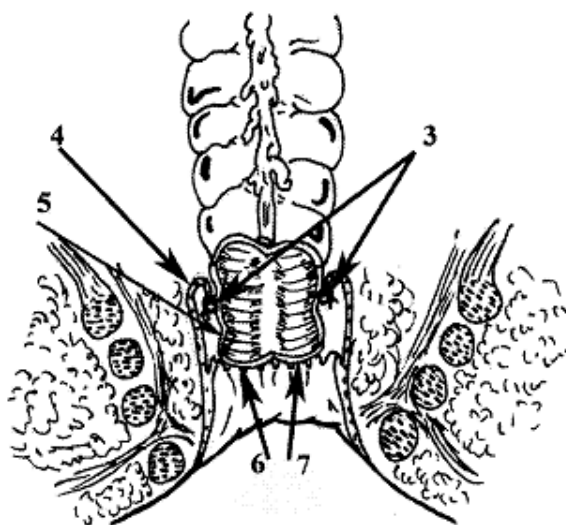


Fig. 2

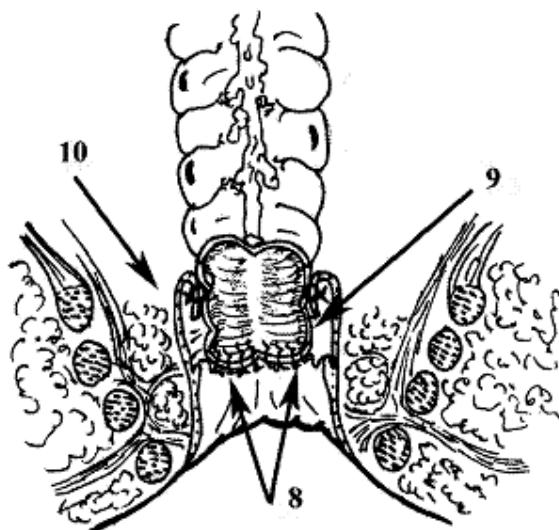


Fig. 3