



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58394

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ АНАЛЬНОЇ ІНКОНТИНЕНЦІЇ ПРИ ВСТАВНОМУ ІЛЕОРЕКТАЛЬНОМУ ТА КОЛОРЕКТАЛЬНОМУ АНАСТОМОЗАХ

1

2

(21) 2003010372

(22) 15 01 2003

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Мельник Володи-
мир Володимирович, Носко Михайло Михайлович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб профілактики анальної інконтиненції
при вставному ілеоректальному та колоректаль-

ному анастомозах, що включає розтин брижі та видалення поверхневих оболонок стінки дистальної частини кишкового трансплантату, низведеного на промежину, відтинання його надлишку, який відрізняється тим, що видаляють жирову клітковину брижі трансплантату дистальніше рівня проксимальної межі анального каналу, відтинають надлишок низведеного трансплантату та перев'язують судини його брижі по нижньому краю ілеоректального чи колоректального анастомозів.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для профілактики анальної інконтиненції при формуванні вставного ілеоректального та колоректального анастомозів.

Відомий спосіб профілактики анальної інконтиненції шляхом ремукозації демукозованого задньопрохідного каналу слизовою оболонкою низведеної на промежину кишки [1]. Спосіб виконують наступним чином. Зі сторони черевної порожнини мобілізують сигмовидну і пряму кишки разом з пухлиною. Із сигмовидної кишки формують трансплантат для низведення на промежину. Зі сторони промежини виконують демукозацію анального каналу з наступним перетинанням м'язової оболонки прямої кишки проксимальніше верхнього краю внутрішнього сфінктера. Після цього демукозований анальний канал сполучається з черевною порожниною. Пряму кишку разом з пухлиною та сигмовидною кишкою низводять на промежину до рівня середньої третини сигмовидної кишки. Сигмовидну кишку перетинають проксимально на відстані 15 см від краю пухлини. Пряму кишку разом з пухлиною видаляють. В проксимальному відрізку зведеної на промежину сигмовидної кишки вибирають найбільший чепцевий відросток і під середньою його частиною формують "тунель". При цьому чепцевий відросток набуває виду містка з проксимальною та дистальною ніжками, що забезпечують кровопостачання. Під зазначеним містком циркулярно розтинають серозну, м'язову, підслизову оболонки стінки кишки, викроюючи лос-

кут. На рівні проксимальної межі зазначеного лоскута перетинають і перев'язують брижу сигмовидної кишки. Ділянку сигмовидної кишки з залишеною слизовою оболонкою розташовують в анальному каналі на місце видаленої під час демукозації слизової оболонки, виконуючи таким чином ремукозацію анального каналу. Спосіб має властиві недоліки.

1. Значна технічна складність і травматичність, внаслідок видалення серозом'язовопідслизового лоскута дистального відділу кишкового трансплантату, що підлягає низведенню на промежину.

2. Висока частота післяопераційних гнійно-септичних та ішемічних ускладнень зі сторони промежини і низведеного трансплантату.

3. Недостатня ефективність, внаслідок частого некрозу низведеного трансплантату.

Задача винаходу, що заявляється, полягає у розробці ефективного і технічно простого способу профілактики анальної інконтиненції при формуванні вставного ілеоректального та колоректального анастомозу.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі профілактики анальної інконтиненції при формуванні вставного колоректального анастомозу шляхом перетину брижі та видалення поверхневих оболонок стінки дистальної частини кишкового трансплантату низведеного на промежину, відтинання його надлишку, який відрізняється тим, що видаляють жирову клітковину брижі трансплантату дистальніше рівня проксимальної межі анального каналу, відтинають

(13) A

(11) 58394

(19) UA

надлишок низведеного трансплантату та перев'язують судини його брижі по нижньому краю ілеоректального чи колоректального анастомозів.

Суть винаходу пояснена графічно. На Фіг 1 показаний етап накладання швів на край зрізу анального каналу після виконання наданальної резекції прямої кишки, де 1-анальний канал, 2-край зрізу анального каналу, 3-шви накладені на край зрізу анального каналу. Фіг 2 ілюструє етап низведення кишкового трансплантату через анальний канал на промежину, наступне формування вставного ілеоректального чи колоректального анастомозів, та видалення жирової клітковини брижі трансплантату, де 4-кишковий трансплантат, 5-проксимальна межа анального каналу, 6-промежина, 7-вставний ілеоанальний чи колоанальний анастомози, 8-видалення жирової клітковини брижі низведеного кишкового трансплантату. Фіг 3 ілюструє видалення серозо-м'язового шару низведеного кишкового трансплантату, де 9-сфінктери прямої кишки, 10-серозо-м'язевий шар низведеного кишкового трансплантату, 11-лінія ліроподібного перетину серозо-м'язового шару, 12-відсепарований серозо-м'язевий лоскут. На Фіг 4 зображено відтинання слизово-підслизового шару низведеного кишкового трансплантату та перев'язку судин його брижі на рівні нижнього краю ілеоректального чи колоректального анастомозів, де 13-слизово-підслизовий шар, 14-лінія перетину слизово-підслизового шару, 15-перев'язані судини брижі. Фіг 5 ілюструє етап завершення формування ілеоректального чи колоректального анастомозів, де 16-край зрізу кишкового трансплантату.

Спосіб профілактики анальної інконтиненції при вставному ілеоректальному чи колоректальному анастомозах виконують наступним чином. Після наданальної резекції прямої кишки на край зрізу анального каналу 2, накладають шви 3, виконують низведення кишкового трансплантату 4, в анальний канал 1, на промежину 6, стінки зазначеного трансплантату 4 пришивають до краю зрізу анального каналу 2, швами 3 і таким чином формують вставний ілеоректальний чи колоректальний анастомоз 7, з метою зменшення тиску на сфінктери прямої кишки 9, видаляють жирову клітковину брижі трансплантату 8, від рівня проксимальної межі анального каналу 5, та відсепаровують лоскут 12, серозо-м'язового шару 10, кишкового трансплантату 4, по лінії ліроподібного його перетину 11, яка проходить на рівні проксимальної межі анального каналу 5, після загоєння вставного ілеоректального чи колоректального анастомозів 7, перев'язують судини брижі 15, кишкового трансплантата 4, відтинають слизово-підслизовий шар 13, трансплантату 4, по лінії його перетину 14, яка проходить по нижньому краю ілеоректального чи колоректального анастомозів 7, при цьому край зрізу кишкового трансплантату 16 знаходиться на рівні верхнього краю сфінктерів прямої кишки 9, анальний канал 1 залишається вільним від кишкового трансплантату 4.

Приклад конкретного виконання

Пацієнт С. 54 років, № історії хвороби 1269, госпіталізований в клініку 21 09 2001 року з діагнозом аденокарцинома середньоампулярного відді-

лу прямої кишки II стадія II клінічна група (T2, N0, MO). Виконана операція - черевно-анальна резекція прямої кишки з низведенням на промежину проксимального відрізка сигмовидної кишки. На 8 добу післяопераційного періоду виконане видалення жирової клітковини брижі низведеного кишкового трансплантата і його серозо-м'язового шару дистальніше рівня верхньої межі анального каналу. На 14 добу післяопераційного періоду проведена "перев'язка судин брижі кишкового трансплантату та відтинання залишеного слизово-підслизового шару на рівні нижнього краю вставного колоректального анастомозу. При проктологічному обстеженні хворого через 1, 3, 6 місяців після виконаної операції відмічено поступове збільшення тонуусу сфінктера прямої кишки і їх наближення до фізіологічних показників. Ознак інконтиненції у хворого вже через 1 місяць після операції і в подальшому не спостерігалось. В клініці з використанням способу профілактики анальної інконтиненції при вставному колоректальному анастомозі оперовано трьох хворих і при вставному ілеоректальному анастомозі - одного хворого. Результати застосування способу аналогічні наведеному.

Особливості винаходу у порівнянні з прототипом є його патогенетична обумовленість, атравматичність, простота виконання. Патогенетична обумовленість запропонованого способу профілактики анальної інконтиненції при вставних ілеоректальних та колоректальних анастомозах полягає у зменшенні тиску тканин трансплантату на сфінктери прямої кишки, що попереджує виникнення атрофії волокон сфінктера та їх сполучотканинне переродження. Для цього на 7-8 добу післяопераційного періоду, коли набряк низведеного кишкового трансплантату і його тиск на сфінктери прямої кишки стають найбільш вираженими, виконують максимально можливе видалення набряклих тканин трансплантату (жирової клітковини його брижі та серозо-м'язового лоскута) на рівні анального каналу, саме в зоні проекції сфінктерів прямої кишки. При цьому судини брижі трансплантату не перев'язують з метою збереження його кровопостачання і попередження некрозу. На 14 добу післяопераційного періоду, коли настає зростання тканин в зоні вставного ілеоректального або колоректального анастомозу перев'язують судини брижі і повністю відтинають слизово-підслизовий шар трансплантату на рівні нижнього краю вставного ілеоректального чи колоректального анастомозів. Таким чином завершуємо формування зазначених анастомозів, залишаючи вільним від кишкового трансплантату анальний канал, що попереджує тиск на сфінктери прямої кишки, атрофію їх волокон і виникнення анальної інконтиненції.

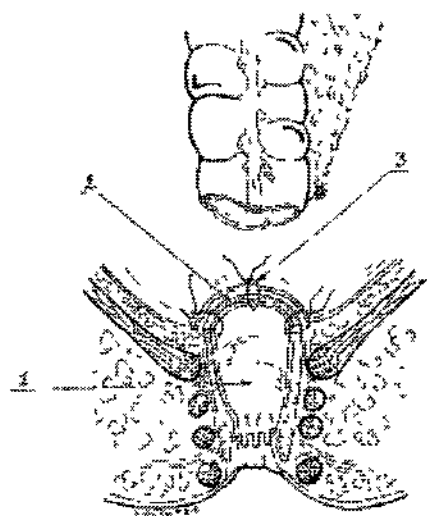
Атравматичність способу полягає в повному збереженні анатомічних структур анального каналу та кишкового трансплантату на рівні формування вставного анастомозу.

Виконання способу є технічно простим, не потребує додаткового створення конструкцій для забезпечення континентної функції.

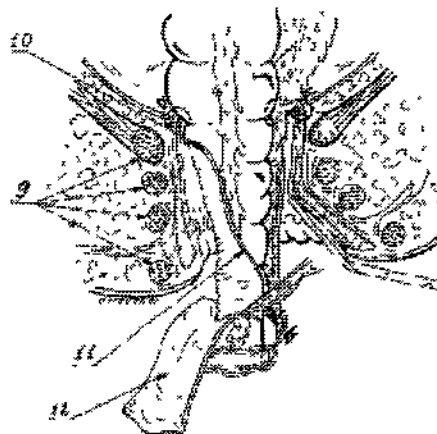
Список літератури

1 Бондар Г В, Башеев В Х, Золотухин С Э, Борога А В, Псарас Г Г Брюшноанальная резекция с ремукозацией заднепроходного канала при

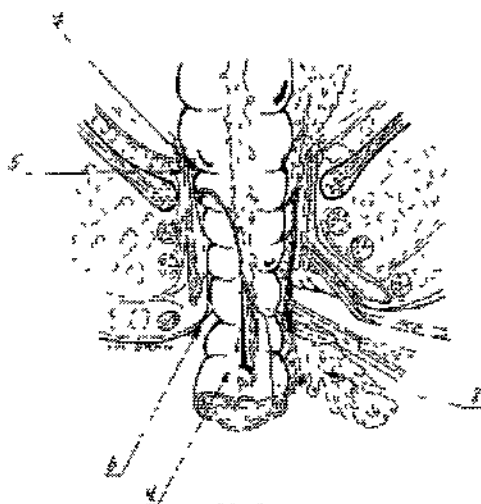
лечении рака среднеампулярного отдела прямой кишки //Клінічна хірургія, 1996, №4, с 8-10



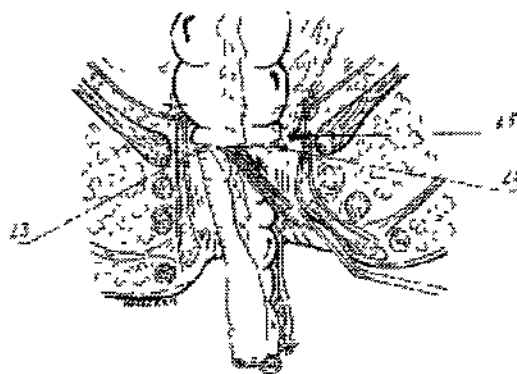
Фиг. 1



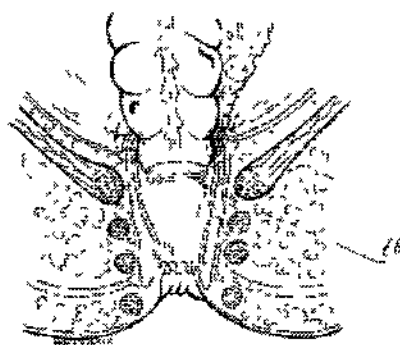
Фиг. 3



Фиг. 2



Фиг. 4



Фиг. 5