



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **60908** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ІНТЕРСФІНКТЕРНІЙ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201100869

(22) 26.01.2011

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

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

(57) Спосіб формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній черевно-анальній резекції

прямої кишки, що включає демуккозацію анального каналу з видаленням внутрішнього анального сфінктера, низведення в анальний канал підготовленого трансплантата товстої кишки, фіксацію його до періанальної шкіри окремими вузловими швами, який **відрізняється** тим, що перед низведенням трансплантата товстої кишки додатково проводять сфінктеролеваторопластику.

Корисна модель стосується медицини, а саме проктології, і може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на рак нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній черевно-анальній резекції прямої кишки, вибраний нами як прототип, що передбачає виконання демуккозації анального каналу з видаленням внутрішнього анального сфінктера, низведення в анальний канал підготовленого трансплантата товстої кишки та його фіксацію до періанальної шкіри окремими вузловими швами [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- погане кровопостачання термінального відділу низведеного трансплантата товстої кишки, обумовлене утворенням гематоми між стінкою товстої кишки та демуккованим анальним каналом, які не щільно прилягають одне до одного;

- хронічна ішемія термінального відділу низведеного трансплантата товстої кишки призводить до утворення ділянки його крайового некрозу, що супроводжується відторгненням некротизованої товстої кишки та стає причиною післяопераційних стриктур колоанального анастомозу;

- можлива ретракція низведеного трансплантата товстої кишки, через значний його натяг та порізання швів на періанальній шкірі.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній черевно-анальній резекції

прямої кишки, який запобігає збереженню адекватного кровообігу в низведеному трансплантаті товстої кишки та його надійну фіксацію в демуккованому анальному каналі.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні кількості післяопераційних ускладнень: ретракції низведеного трансплантата товстої кишки, його крайового некрозу та стриктур колоанального анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній черевно-анальній резекції прямої кишки, що передбачає демуккозацію анального каналу з видаленням внутрішнього анального сфінктера, низведення в анальний канал підготовленого трансплантата товстої кишки, фіксацію його до періанальної шкіри окремими вузловими швами, згідно з корисною моделлю перед низведенням трансплантата товстої кишки додатково проводять сфінктеролеваторопластику.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок проведення додаткової сфінктеролеваторопластики звужується просвіт демуккованого анального каналу, що сприяє більш щільному прилягання низведеного трансплантата товстої кишки до м'язових волокон зовнішнього анального сфінктера, що забезпечує його біологічну тампонаду та запобігає утворенню гематоми між стінкою товстої кишки та демуккованим анальним каналом. Крім того, за рахунок звуження просвіту анального каналу створюються умови до більш швидкої та ефективної неоваскуляризації термінального від-

(19) **UA** (11) **60908** (13) **U**

ділу низведеного трансплантата товстої кишки за рахунок проростання в нього судин з добре васкуляризованого зовнішнього анального сфінктера. Адекватне кровопостачання низведеного трансплантата товстої кишки запобігає утворенню його крайового некрозу, ретракції, формуванню стриктури колоанального анастомозу, сприяє швидкому приживленню низведеної товстої кишки.

Спосіб виконують наступним чином:

Після видалення прямої кишки з пухлиною та навколопрямокишковою клітковиною, підготовлюють трансплантат товстої кишки. Для цього вибирають ділянку товстої кишки з адекватним кровопостачанням за рахунок крайових судин, скелетують кишку на протязі 3-4 см (виконують висічення підвісків та інших жирових елементів). За допомогою вузлових швів вікрив 3/0 накладають 3-7 швів на м'язові елементи зовнішнього анального сфінктера та леваторів до звуження просвіту демукозованого анального каналу до 1,0-1,5 см. Підготовлений трансплантат товстої кишки низводиться через анальний канал до періанальної шкіри. Окремими вузловими швами фіксують стінку товстої кишки до періанальної шкіри.

Виконання оперативного втручання, згідно з корисною моделлю, має наступні переваги:

- звуження просвіту анального каналу спричиняє більш щільному прилягання низведеного трансплантата товстої кишки до стінок демукозованого анального каналу, що створює біологічну тампонаду оголених м'язових елементів зовнішнього анального сфінктера;
- завдяки біологічній тампонаді низведеним трансплантатом товстої кишки демукозованого анального каналу зменшується загроза виникнення гематоми між стінкою товстої кишки та демукозованим анальним каналом, крім того, покращується його кровопостачання за рахунок неоваскуляризації із зовні;
- за рахунок доброї васкуляризації зменшується ризик виникнення крайового некрозу трансплантата та післяопераційної стриктури колоанального анастомозу;
- за рахунок додаткової фіксації низведеного трансплантата в звуженому (завдяки сфінктероплеаторопластики) анальному каналі, зменшується натяг трансплантата, знижується ризик прорізання швів та ретракції низведеного трансплантата товстої кишки.

Приклад: хворий К., госпіталізований до проктологічного відділення 14.09.2009 року з діагнозом: рак (помірnodиференційована аденокарцинома) нижньоампулярного відділу прямої кишки, T₄N₂M₀, III стадія, II клінічна група. Хворому в передопераційному періоді проведений 4-денний курс крупнофракційної променевої терапії (сумарна опромінююча доза 20 Грей). 18.09.2009 хворому виконано інтерсфінктерну черевно-анальну резекцію прямої кишки з низведенням трансплантата товстої кишки згідно з корисною моделлю. Хід операції. Після лапаротомії, шляхом перев'язки нижніх брижових судин мобілізована пряма кишка до діафрагми таза з тотальною мезоректумектомією. Другою бригадою хірургів з промежнинного дос-

тупу виконана демукозація анального каналу з видаленням внутрішнього анального сфінктера. Пряма кишка з пухлиною (на висоті 2,0 см від ануса) та більша частина сигмоподібної кишки видалені з операційної рани. Проксимальний відділ сигмоподібної кишки лігований товстою лігатурою, сформовано трансплантат для низведення, скелетований дистальний відділ сигмоподібної кишки довжиною 4 см. Оцінка життєздатності низведеного трансплантата товстої кишки - кровопостачання задовільне. З промежнинного доступу другою бригадою хірургів виконана сфінктероплеаторопластика шляхом накладання окремих вузлових швів вікрив 3/0 на м'язові елементи леваторів та зовнішнього анального сфінктера. Просвіт демукозованого анального каналу звужено до 1,0 см. Трансанально низведено сформований трансплантат та фіксовано окремими вузловими шовковими швами до періанальної шкіри. З боку малого таза низведений трансплантат товстої кишки, додатково фіксований до парієтальної очеревини окремими серо-серозними швами. Післяопераційний період протікав гладко. Хворий виписаний зі стаціонару на сьомий день після операції. Колоанальний анастомоз сформувався без ускладнень: стриктури анастомозу, ретракції чи крайового некрозу низведеної кишки не було. В строки спостереження до 1 року місцевого рецидиву та віддалених метастазів не було, проявів анальної інконтиненції не спостерігалось.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 11 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат - післяопераційних стриктур колоректального анастомозу, крайового некрозу чи ретракції низведеного трансплантата товстої кишки не було. У двох пацієнтів спостерігалися явища анальної інконтиненції I стадії до 2-3 місяців після операції, які усунуті після проходження курсу лікувальної фізкультури (тренування сфінктера). Згідно способу-аналога прооперовано 13 пацієнтів. У 5 хворих виник крайовий некроз низведеного трансплантата товстої кишки (4 пацієнти лікувалися консервативно, а 1 пацієнт оперований повторно з приводу ретракції низведеної товстої кишки), у 4 хворих виникла післяопераційна стриктура колоректального анастомозу, що потребувала проведення бужування ділянки (1 хворий потребували проведення одноразового бужування, 2 хворим проведено до чотирьох процедур і 1 пацієнт потребував проведення шести процедур бужування). У чотирьох пацієнтів відмічалися явища транзитної анальної інконтиненції I ступеня (3-4 місяці), яка усунута консервативними заходами, а у двох хворих виникла постійна анальна інконтиненція I-II стадії).

Спосіб, що заявляється, апробований на базі відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України та кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Джерела інформації:
Хирургия рака прямой кишки / Т.С.Одарюк, Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин. - М.: ООО "Дедалус", 2005. - 256с.