



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 62755

(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 ДЕМУКОЗАЦІЇ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ

1

2

(21) 2003054418

(22) 16 05 2003

(24) 15 12 2003

(46) 15 12 2003, Бюл. № 12, 2003 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Конєв Валерій Геронтіович, Мельник Володимир Володимирович, Шудрак Анатолій Анатолійович, Уманец Олена Ігорівна

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

(57) Спосіб демуккозації анального каналу шляхом мобілізації прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, виконання циркулярного розтину на межі періанальної зони та анодерми, відмежування анодерми від м'язового футляра анального каналу гострим та тупим шляхом, який відрізняється тим, що підслизову та м'язову оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки перетинають з боку промежини на етапі завершення демуккозації

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для видалення анодерми анального каналу при оперативних втручаннях з приводу неспецифічного виразкового коліту, дифузного поліпозу товстої кишки, а також при сфінктерзберігаючих операціях з приводу дистального раку прямої кишки.

Відомий спосіб демуккозації анального каналу зі сторони промежини за допомогою прокторетрактора (1). Відповідно до способу, на межі анодерми анального каналу та періанальної зони виконують циркулярний розтин. В порожнину анального каналу вводять прокторетрактор. На внутрішній край рани зазначеного циркулярного розтину накладають кисетний шов, за допомогою якого фіксують внутрішній край рани до прокторетрактора розташованого в порожнині анального каналу. Виконують тракцію за прокторетрактор "на себе", при цьому гострим і тупим шляхом відтинають анодерму від внутрішнього сфінктера анального каналу до проксимальної його межі. Цим завершують процес демуккозації.

Способу властивий недолік

1. Технічна складність і травматичність, що зумовлені необхідністю тракції назовні анодерми та м'язових стінок анального каналу за допомогою гумової трубки.

Найближчим аналогом способу, обраним в якості прототипу, є спосіб демуккозації прямої кишки за методом Соаве (2). Відповідно до способу, демуккозацію прямої кишки і анального каналу виконують комбіновано, зі сторони черевної порожнини, та зі сторони промежини. Після мобілізації

прямої кишки до рівня м'язів тазового дна циркулярно перетинають м'язову та підслизову оболонки прямої кишки до слизової оболонки. Гострим і тупим шляхом від'єднують слизову оболонку дистального відділу прямої кишки до проксимальної межі анального каналу. Після цього, виконують циркулярний розтин на межі анодерми та періанальної зони. Гострим і тупим шляхом від'єднують анодерму анального каналу зі сторони промежини, до рівня проксимальної межі анального каналу. На цьому завершують процес демуккозації.

Способу властиві недоліки

1. Технічна складність і травматичність способу, на етапі виконання демуккозації зі сторони черевної порожнини, при перетині м'язового та підслизового шарів дистального відділу прямої кишки, в умовах недостатнього візуального контролю, особливо у осіб з вузьким та глибоким тазом.

2. Обмеженість використання способу лише тими випадками, коли необхідна демуккозація як дистального відділу прямої кишки так і анального каналу.

Задача винаходу, що заявляється, полягає в розробці технічно простого і атравматичного способу демуккозації анального каналу.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі демуккозації анального каналу, шляхом мобілізації прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, виконання циркулярного розтину на межі періанальної зони та анодерми, відмежування анодерми від м'язового футляра анального каналу гострим та тупим шляхом, який відрізня-

(13) A

(11) 62755

(19) UA

ється тим, що підслизову та м'язову оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки перетинають зі сторони промежини на етапі завершення демукозації.

Суть винаходу пояснена графічно. На Фіг 1 зображений етап мобілізації прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, виконання циркулярного розтину на межі періанальної зони та анодерми, відмежування анодерми від м'язового футляру внутрішнього анального сфінктера, де 1 - м'язи тазового дна, 2 - верхня прямокишкова артерія, 3 - середні прямокишкові артерії, 4 - циркулярний розтин, 5 - періанальна зона, 6 - анодерма, 7 - м'язовий футляр внутрішнього сфінктера, 8 - проксимальна межа анального каналу. На Фіг 2 показаний етап перетину підслизової та м'язової оболонок дистального відділу прямої кишки зі сторони періанальної зони, де 9 - підслизова оболонка, 10 - м'язова оболонка, 11 - нижньоампулярний відділ прямої кишки.

Спосіб демукозації анального каналу виконують наступним чином. Зі сторони черевної порожнини мобілізують пряму кишку до рівня м'язів тазового дна 1, шляхом перев'язки верхньої 2 та середніх 3 прямокишкових артерій, виконують циркулярний розтин 4 на межі періанальної зони 5 та анодерми 6, відмежовують анодерму 6 від м'язового футляру внутрішнього сфінктера 7, до проксимальної межі анального каналу 8, перетинають підслизову 9 та м'язову 10 оболонки, нижньоампулярного відділу прямої кишки 11, зі сторони періанальної зони 5.

Приклад конкретного виконання

Хворий Г. 64 років, № історії хвороби 154, госпіталізований в проктологічне відділення клініки 14 02 2002 року з діагнозом помірно диференційована аденокарцинома нижньоампулярного відділу прямої кишки. Стадія II, клінічна група II (T2,N0,M0). 19 02 2002 року виконана операція - черевноанальна резекція прямої кишки з видаленням анодерми анального каналу, формування вставного колоанального анастомозу. Черевний етап оперативного втручання виконаний стандар-

тно. Проведена мобілізація прямої кишки до рівня м'язів тазового дна, перев'язка верхньої ректальної артерії та середніх ректальних артерій. Проведений циркулярний розтин на межі періанальної зони та анодерми анального каналу. Відмежована анодерма до проксимального краю анального каналу. На завершальному етапі демукозації анального каналу виконано перетин підслизової та м'язової оболонок нижньоампулярного відділу прямої кишки зі сторони періанальної зони.

Аналогічним чином, з використанням зазначеного способу демукозації анального каналу оперовано 12 хворих з пухлинами нижньоампулярного відділу прямої кишки, неспецифічним виразковим колитом, дифузним поліпозом товстої кишки.

Принциповою відмінною ознакою винаходу у порівнянні з прототипом та іншим аналогом є його атравматичність та більша технічна простота виконання.

Атравматичність способу полягає в можливості виконувати демукозацію анального каналу повністю зі сторони періанальної зони, з наступним завершенням демукозації, шляхом перетину підслизового та м'язового шарів нижньоампулярного відділу прямої кишки. Це покращує умови демукозації, попереджує можливе поранення слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки, що створює умови для технічно простого видалення анодерми в умовах асептики. Атравматичність та технічна простота демукозації анального каналу забезпечують повне видалення анодерми - оболонки в якій виникають рецидиви пухлини прямої кишки, неспецифічного виразкового коліту та дифузного поліпозу.

Список літератури

1. Книш В.И., Бондарь Г.В., Алиев Б.М., Барсуков Ю.А. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки. М. «Медицина», 1994, 159с.
2. Литтманн И. Оперативная хирургия. Издательство академии наук Венгрии, Будапешт, 1982, 1175с.

