



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **106742** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2015 09631</b>	(72) Винахідник(и): <b>Совпель Ігор Володимирович (UA), Бондаренко Микола Васильович (UA), Совпель Олег Володимирович (UA), Кияшко Олександр Юрійович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>05.10.2015</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.05.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.05.2016, Бюл.№ 9</b>	(73) Власник(и): <b>Совпель Ігор Володимирович, вул. Урицького, 83, кв. 67, м. Маріуполь, 87514 (UA), Бондаренко Микола Васильович, вул. Писарева, 28, кв. 35, м. Маріуполь, 87515 (UA), Совпель Олег Володимирович, вул. Урицького, 83, кв. 67, м. Маріуполь, 87514 (UA), Кияшко Олександр Юрійович, вул. Писарева, 28, кв. 35, м. Маріуполь, 87515 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

### (57) Реферат:

Спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки, який полягає у виконанні нижньосередньої лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, мобілізації прямої кишки, формуванні трансплантата для зведення ободової кишки на промежину, згідно з корисною моделлю, над м'язами тазового дна за допомогою УО-40 нижче параректальної клітковини на рівні нижньоампулярного відділу пряма кишка перетинається; далі на другому етапі операції з боку промежини по нижньому півколу анального отвору, вище слизово-шкірного переходу, відшаровують слизову оболонку вгору на 1,5-2 см, формуючи тунель у малий таз, через який зводять сигмоподібну кишку на промежину, на 12-14 добу відсікають надлишок зведеної кишки та розсікають задню стінку прямої кишки і передню стінку зведеної кишки, формуючи колоректальний анастомоз.

UA 106742 U



Корисна модель належить до медицини, а саме - до онкології, і може бути використана при виконанні резекції прямої кишки, у тому числі з приводу злоякісних новоутворень прямої кишки.

Відомим способом виконання є черевно-анальна резекція прямої кишки, яка полягає у виконанні нижньосерединної лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересіченні та лігуванні нижніх брижових артерії та вени, формуванні трансплантата для зведення його на промежину [1]. Гострим шляхом, котрий є основним принципом тотальної мезоректумектомії, проникають у позадопрямокишковий простір, з цією метою розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки та крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки можливо виконати і часткову мобілізацію її бокових окружностей, однак повністю виділити кишку по бокових поверхнях можна тільки після мобілізації її переднього півкола, що здійснюється розсіченням власної фасції прямої кишки, розсікають відроги апоневрозу Денонвільє (бокові зв'язки). Мобілізація всієї прямої кишки вважається закінченою, коли при дисекції визначаються м'язи тазового дна по передній, задній і боковій стінках; на другому етапі операції з боку промежини виконують демукозацію анального каналу після чого на промежину у демукозований анальний канал зводиться сигмоподібна кишка і фіксується до періанальної шкіри. На 9 добу надлишок зведеної кишки відсікається, формується колоанальний анастомоз.

Однак він має такі недоліки:

- повне видалення ампули прямої кишки
- повне видалення анального каналу
- відсутність резервуарної функції зведеної кишки
- видалення рецепторної зони, яка відповідає за функцію тримання
- травмування внутрішнього сфінктера під час демукозації анального каналу, який відповідає за мимовільне утримання.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу резекції прямої кишки, який дозволить залишати анальний канал та рецепторну зону з метою покращання функції тримання, що, в свою чергу, призведе до покращання якості життя пацієнта.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі черевно-анальної резекції прямої кишки, який включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, мобілізації прямої кишки, формуванні трансплантата для зведення ободової кишки на промежину, згідно з корисною моделлю, над м'язами тазового дна за допомогою УО-40 нижче параректальної клітковини на рівні нижньоампулярного відділу пряма кишка перетинається; далі на другому етапі операції з боку промежини по нижньому півколу анального отвору, вище слизово-шкірного переходу, відшаровують слизову оболонку вгору на 1,5-2 см, формуючи тунель у малий таз, через який зводять сигмоподібну кишку на промежину, на 12-14 добу відсікають надлишок зведеної кишки та розсікають задню стінку прямої кишки і передню стінку зведеної кишки, формуючи колоректальний анастомоз.

Спосіб реалізується таким чином.

Виконують нижньосерединну лапаротомію, мобілізацію сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересіченні та лігуванні нижніх брижових артерії та вени, формуванні трансплантата для зведення його на промежину. Гострим шляхом, котрий є основним принципом тотальної мезоректумектомії, проникають у позадопрямокишковий простір, з цією метою розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки можливо виконати і часткову мобілізацію її бокових окружностей, однак повністю виділити кишку по бокових поверхнях можна тільки після мобілізації її переднього півкола, що здійснюється розсіченням власної фасції прямої кишки (aponеврозу Денонвільє); у міру просування до м'язів тазового дна, розсікають відроги апоневрозу Денонвільє (бокові зв'язки), які фіксують пряму кишку до стінок таза, у тому числі минаючи в них середні прямокишкові артерії, які обов'язково лігують. Мобілізація всієї прямої кишки вважається закінченою, коли при дисекції визначаються м'язи тазового дна по передній, задній і боковій стінках. Над м'язами тазового дна за допомогою УО-40 нижче параректальної клітковини на рівні нижньоампулярного відділу пряма кишка перетинається; далі на другому етапі операції боку промежини по нижньому півколу анального отвору, відступивши у глибину анального каналу на 1-1,5 см від слизово-шкірного переходу, відшаровують слизову оболонку вгору на 1,5-2 см, формуючи тунель у малий таз, через який зводять сигмоподібну кишку на промежину. Отвір 1,5-2 см достатній для зведення ободової кишки, яка позбавлена брижі. На 12-14 добу відсікають надлишок зведеної кишки і розсікають задню стінку прямої кишки та передню стінку зведеної кишки, формуючи колоректальний

анастомоз. Формування колоректального анастомозу раніше 12 доби може призвести до неспроможності швів на куксі прямої кишки, а пізніше 14 доби - до рубцювання сформованого анастомозу.

Приклад конкретного виконання способу:

5 Хвора Б., 1948 року народження, історія хвороби № 87665, госпіталізована до проктологічного відділення ККЛПУ "ДОПЦ" 12.03.2015 з діагнозом: рак прямої кишки Т3N0M0, II стадія. Після проведеного передопераційного курсу променевої терапії СОД - 25 Гр пацієнтка 23.03.2015 оперована в обсязі черевно-анальної резекції прямої кишки, яка виконувалась за заявленим способом. Післяопераційний період без ускладнень. 3.04.2015 виписана з відділення 10 у задовільному стані. Явка для контрольного огляду через 3, 6 та 12 місяців.

За заявленим способом в Донецькому обласному протипухлинному центрі виконано понад 60 оперативних втручань. Відзначено практично повне відновлення функції анальної континенції вже через 3 місяці після виконання оперативного втручання.

Переваги способу резекції прямої кишки в тому, що

- 15 - залишається частка нижньоампулярного відділу прямої кишки
- повністю залишається анальний канал
- після формування колоректального анастомозу формується невелика ампула з прямої та зведеної кишки
- повністю залишається рецепторна зона анального каналу та нижньоампулярного відділу 20 прямої кишки
- під час операції не травмується внутрішній сфінктер.

Джерела інформації:

1. Дробни Ш. Хірургія кишечника / Ш. Дробни. - Будапешт: изд-во АН Венгрии, 1989. - 592 с.

## 25 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки, який полягає у виконанні нижньосередньої лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, мобілізації прямої кишки, формуванні трансплантата для зведення ободової кишки на промежину, який **відрізняється** тим, що над 30 м'язами тазового дна за допомогою УО-40 нижче параректальної клітковини на рівні нижньоампулярного відділу пряма кишка перетинається; далі на другому етапі операції боку промежини по нижньому півколу анального отвору, вище слизово-шкірного переходу, відшаровують слизову оболонку вгору на 1,5-2 см, формуючи тунель у малий таз, через який зводять сигмоподібну кишку на промежину, на 12-14 добу відсікають надлишок зведеної кишки 35 та розсікають задню стінку прямої кишки і передню стінку зведеної кишки, формуючи колоректальний анастомоз.

---

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601