



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **106743** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2015 09633**  
(22) Дата подання заявки: **05.10.2015**  
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.05.2016**  
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **10.05.2016, Бюл.№ 9**

(72) Винахідник(и):  
**Совпель Ігор Володимирович (UA),  
Бондаренко Микола Васильович (UA),  
Ковальчук Олександр Іванович (UA),  
Балабан Володимир Володимирович (UA)**  
(73) Власник(и):  
**Совпель Ігор Володимирович,  
вул. Урицького, 83, кв. 67, м. Маріуполь,  
87514 (UA),  
Бондаренко Микола Васильович,  
вул. Писарева, 28, кв. 35, м. Маріуполь,  
87515 (UA),  
Ковальчук Олександр Іванович,  
вул. Казанцева, 34, кв. 81, м. Маріуполь,  
87515 (UA),  
Балабан Володимир Володимирович,  
пр. Леніна, 51, кв. 10, м. Маріуполь, 87500 (UA)**

## (54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ВИКОНАННІ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

### (57) Реферат:

Спосіб формування трансплантата для зведення ободової кишки на промежину при черевно-анальній резекції прямої кишки включає виконання нижньосередньої лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, перетин нижньої брижової артерії нижче відходження лівої ободової або першої сигмоподібної артерії, демукозацію з боку промежини анального каналу, видалення прямої кишки з пухлиною, зведення трансплантата з ободової кишки в анальний канал та її фіксацію до періанальної шкіри окремими швами, дренажування пресакрального простору через контрапертуру на лівій сідниці. З сигмоподібної кишки шляхом перев'язки сигмоподібних артерій формується трансплантат для зведення на промежину, дистальна ділянка якого має сумнівну життєздатність, виконується виділення і перев'язка нижньої брижової вени на рівні дуоденально-суюнального переходу, дистальну ділянку сформованого трансплантата маркують шляхом перев'язки просвіту лігатурою.

UA 106743 U



Корисна модель належить до медицини, а саме - до онкології, і може бути використана при виконанні черевно-анальної 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, перетині нижньої брижової артерії нижче відходження лівої ободової або першої сигмоподібної артерії [1]. З сигмоподібної кишки формується трансплантат шляхом перев'язки сигмоподібних артерій, після чого визначають найбільш дистальну життєздатну ділянку кишки, яка зводиться, шляхом перев'язки просвіту маркованою лігатурою. Однак, при недостатній довжині життєздатної частини сформованого трансплантата обсяг оперативного втручання розширюється шляхом продовження лапаротомного розрізу до мечоподібного відростка, мобілізації лівих відділів ободової кишки і додатковим лігуванням нижньої брижової артерії на місці відходження від аорти. Виконують мобілізацію прямої кишки з пухлиною до м'язів тазового дна, збоку промежини демукують анальний канал, видаляють пряму кишку з пухлиною і зводять ободову кишку (трансплантат) в анальний канал, фіксують її до періанальної шкіри окремими шовковими швами. Пресакральний простір дренують через контрапертуру на лівій сідниці, черевну порожнину дренують і ушивають.

Однак він має такі недоліки:

- збільшення операційної травми через подовження лапаротомної рани і мобілізації лівих відділів ободової кишки;
- збільшення обсягу інтраопераційної крововтрати;
- подовження часу оперативного втручання і наркозу;
- зменшення довжини ободової кишки, яка бере участь у травленні.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу формування трансплантата для зведення на промежину при виконанні резекції прямої кишки, який дозволить покращити кровопостачання дистального відділу сформованого трансплантата без розширення об'єму операції з метою зменшення частоти некрозу зведеної кишки, що, в свою чергу, призведе до покращання безпосередніх результатів лікування пацієнта.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі формування трансплантата для зведення ободової кишки на промежину при черевно-анальній резекції прямої кишки, який включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, перетин нижньої брижової артерії нижче відходження лівої ободової або першої сигмоподібної артерії, демукозацію з боку промежини анального каналу, видалення прямої кишки з пухлиною, зведення трансплантата з ободової кишки в анальний канал та її фіксацію до періанальної шкіри окремими швами, дренування пресакрального простору через контрапертуру на лівій сідниці, згідно з корисною моделлю, з сигмоподібної кишки шляхом перев'язки сигмоподібних артерій формується трансплантат для зведення на промежину, дистальна ділянка якого має сумнівну життєздатність, виконується виділення і перев'язка нижньої брижової вени на рівні дуоденально-єюнального переходу, дистальну ділянку сформованого трансплантата маркують шляхом перев'язки просвіту лігатурою.

Спосіб реалізується таким чином.

Виконують нижньосерединну лапаротомію, мобілізують сигмоподібну кишку, перетинають нижню брижову артерію нижче відходження лівої ободової або першої сигмоподібної артерії. З сигмоподібної кишки шляхом перев'язки сигмоподібних артерій формується достатньої довжини для зведення на промежину трансплантат, дистальна ділянка якого має сумнівну життєздатність (синюшність, відсутність капілярної внутрішньостінкової кровоточивості), виконується виділення і перев'язка нижньої брижової вени на рівні дуоденально-єюнального переходу, дистальну ділянку сформованого трансплантата маркують шляхом перев'язки просвіту лігатурою, що дозволяє подовжити життєздатну частину трансплантата до 5-7 см. Подовження життєздатної частини сформованого трансплантата для зведення на промежину стає можливим через перерозподіл кровотоку і створення повнокров'я судин у сформованому трансплантаті. Перенесення маркерої лігатури і використання трансплантата для зведення на промежину більше 7 см може призвести до некрозу зведеної кишки у післяопераційному періоді. Виконується мобілізація прямої кишки з пухлиною до м'язів тазового дна, з боку промежини демукують анальний канал, видаляють пряму кишку з пухлиною і зводять трансплантат з ободової кишки в анальний канал, фіксують його до періанальної шкіри окремими швами. Пресакральний простір дренують через контрапертуру на лівій сідниці, черевну порожнину дренують і ушивають.

Приклад конкретного виконання способу:

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, формування трансплантата виконувалось за заявленим способом. Післяопераційний період - без ускладнень. Надлишок зведеної кишки життєздатний на всьому протязі. 1.04.2015 - відсічення надлишку зведеної кишки, формування колоанального анастомозу. 3.04.2015 виписана з відділення у задовільному стані. Явка для контрольного огляду через 3, 6 та 12 місяців.

За заявленим способом в Донецькому обласному протипухлинному центрі виконано понад 40 оперативних втручань. Виконання оперативного втручання за зазначеним способом дозволило зменшити оперативну травму і тривалість операції, випадків некрозу зведеної кишки у післяопераційному періоді не відзначено, що дозволило покращити безпосередні результати лікування хворих.

Переваги способу формування трансплантата при резекції прямої кишки в тому, що:

- збільшується довжина трансплантата;
- зменшується об'єм операційної травми;
- зменшується об'єм крововтрати;
- зменшується час оперативного втручання і наркозу;
- збільшення довжини кишки, яка бере участь у травленні.

Джерела інформації:

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

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування трансплантата для зведення ободової кишки на промежину при черевно-анальній резекції прямої кишки, який включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, перетин нижньої брижової артерії нижче відходження лівої ободової або першої сигмоподібної артерії, демукозацію з боку промежини анального каналу, видалення прямої кишки з пухлиною, зведення трансплантата з ободової кишки в анальний канал та її фіксацію до періанальної шкіри окремими швами, дренажування пресакрального простору через контрапертуру на лівій сідниці, який **відрізняється** тим, що з сигмоподібної кишки шляхом перев'язки сигмоподібних артерій формується трансплантат для зведення на промежину, дистальна ділянка якого має сумнівну життєздатність, виконується виділення і перев'язка нижньої брижової вени на рівні дуоденально-єюнального переходу, дистальну ділянку сформованого трансплантата маркують шляхом перев'язки просвіту лігатурою.