



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69136** (13) **U**  
(51) МПК (2012.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2011 10318</b>	(72) Винахідник(и): <b>Бондар Григорій Васильович (UA), Башев Володимир Харитонович (UA), Совпель Олег Володимирович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>23.08.2011</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.04.2012</b>	(73) Власник(и): <b>Бондар Григорій Васильович, вул. 50 р. СРСР, 140/34, м. Донецьк, 83052 (UA), Башев Володимир Харитонович, вул. 230-ої Стрілкової Дивізії, 15, кв. 24, м. Донецьк, 83092 (UA), Совпель Олег Володимирович, вул. Калужька, 28/66, м.Донецьк, 83003 (UA)</b>
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.04.2012, Бюл.№ 8</b>	

## (54) СПОСІБ СФІНКТЕРОЛЕВАТОРОПЛАСТИКИ ПРИ ЧЕРЕВНОАНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ ІЗ ПРИВОДУ РАКУ

### (57) Реферат:

Спосіб сфінктеролеваторопластики при черевноанальній резекції прямої кишки із приводу раку включає мобілізацію прямої кишки з пухлиною. Під час проміжного етапу операції на трансплантат сигмоподібної кишки одягається гумовий ковпачок, до якого фіксується марлева тасьма. Після цього зведена кишка повертається в черевну порожнину. Потім гачками розтягується операційна рана. Волокна пересічених м'язів формують леватори діафрагми тазу та зшиваються між собою П-подібними швами. Після виробляють тракцію за марлеву тасьму. Трансплантат фіксується до періанальної шкіри вузловими шовковими швами. Після цього формується ложе анального каналу.

UA 69136 U



Корисна модель належить до галузі медицини, а саме, до онкопроктології й може бути використана для хірургічного лікування хворих раком нижньо- і середньоампулярного відділів прямої кишки.

Відомий спосіб виконання черевноанальної резекції прямої кишки із приводу раку, [Холдин С. А. Злоякісні новотвори прямої кишки. - Л.:Медгиз, 1955.-360 с; Клінічна оперативна колопроктологія: Керівництво для лікарів / За редакцією Федорова В. Д., Воробйова Г. И., Ривкина В. Л. - М.: ГНЦ проктології, 1994.-432 с.: іл.], що полягає у мобілізації прямої кишки з пухлиною, підготовці для зведення життєздатного трансплантата сигмоподібної кишки, мобілізації промежинним доступом анального каналу з перетинанням леваторів анального каналу та внутрішнього анального сфінктера, зведенні трансплантата на промежину, формуванні колоанального анастомозу. Але він має такі недоліки:

- Велика травма діафрагми таза.

- Імовірність розвитку анальної інконтиненції, пов'язана з перетинанням леваторів анального каналу.

- Можливість розвитку евагінації слизуватої оболонки зведеної кишки на фоні невідповідності діаметрів зведеної кишки й ложа демукозованого анального каналу.

В основу корисної моделі поставлена задача реконструкції м'язового каркаса діафрагми таза для трансплантата зведеної на промежину сигмоподібної кишки при черевноанальній резекції прямої кишки із приводу раку.

Поставлена задача вирішується тим, що при виконанні промежинного етапу операції, після мобілізації анального каналу, видаленні прямої кишки з пухлиною, відповідно до корисної моделі, виробляється відновлення анатомічної цілісності пересічених при мобілізації м'язів діафрагми таза з наступним зведенням у сформоване ложе анального каналу сигмоподібної кишки.

На кресленні зображена реконструкція діафрагми таза після видалення прямої кишки з пухлиною, де 1 - трансплантат сигмоподібної кишки, 2 - волокна лобковокуприкового, прямокишково-куприкового, клубовокуприкового м'язів, що формують леватори, 3 - підшкірна порція зовнішнього анального сфінктера, 4 - поверхнева порція зовнішнього сфінктера 5 - глибока порція зовнішнього анального сфінктера, 6 - П-подібний шов, що фіксує м'язові елементи діафрагми таза.

Спосіб реалізується таким чином.

За загальноприйнятою методикою виробляється мобілізація прямої кишки з пухлиною, формування трансплантата сигмоподібної кишки для зведення на промежину. З боку промежини на трубці виробляється демукозація анального каналу з перетинанням сфінктерного апарату прямої кишки, леваторів анального каналу зі збереженням підшкірної (3), поверхневої (4), та глибокої (5) порцій анального сфінктера. Пряма кишка з пухлиною витягається на промежину, зводиться трансплантат сигмоподібної кишки (1). Препарат віддаляється. На трансплантат сигмоподібної кишки одягається гумовий ковпачок, до якого фіксується марлева тасьма, після чого зведена кишка повертається в черевну порожнину. Гачками розтягується операційна рана. Волокна пересічених м'язів, що формують леватори діафрагми таза (2) - прямокишково-куприкового м'яза позаду, клубовокуприкового м'яза праворуч і ліворуч, лобковокуприкового м'яза праворуч і ліворуч зшиваються між собою 2-ма П-подібними швами (6). Виробляється тракція за марлеву тасьму, завдяки чому трансплантат сигмоподібної кишки зводиться на промежину. Трансплантат фіксується до періанальної шкіри вузловими шовковими швами. Таким чином, формується ложе анального каналу, у якому трансплантат зведеної кишки послідовно оточений м'язовими волокнами відновленої діафрагми таза, створеної за допомогою фіксації волокон прямокишково-куприкового, лобковокуприкового, клубовокуприкового м'язів, що формують леватори й підшкірної, поверхневої, та глибокої порцій зовнішнього анального сфінктера. Черевна порожнина пошарово ушивається.

Переваги способу леваторсфінктеропластики при черевноанальній резекції прямої кишки із приводу раку в тому, що:

- дозволяє ліквідувати великий дефект діафрагми таза, що виникає при мобілізації прямої кишки з пухлиною;

- технічно простий для виконання;

- дозволяє поліпшити функцію анального тримання;

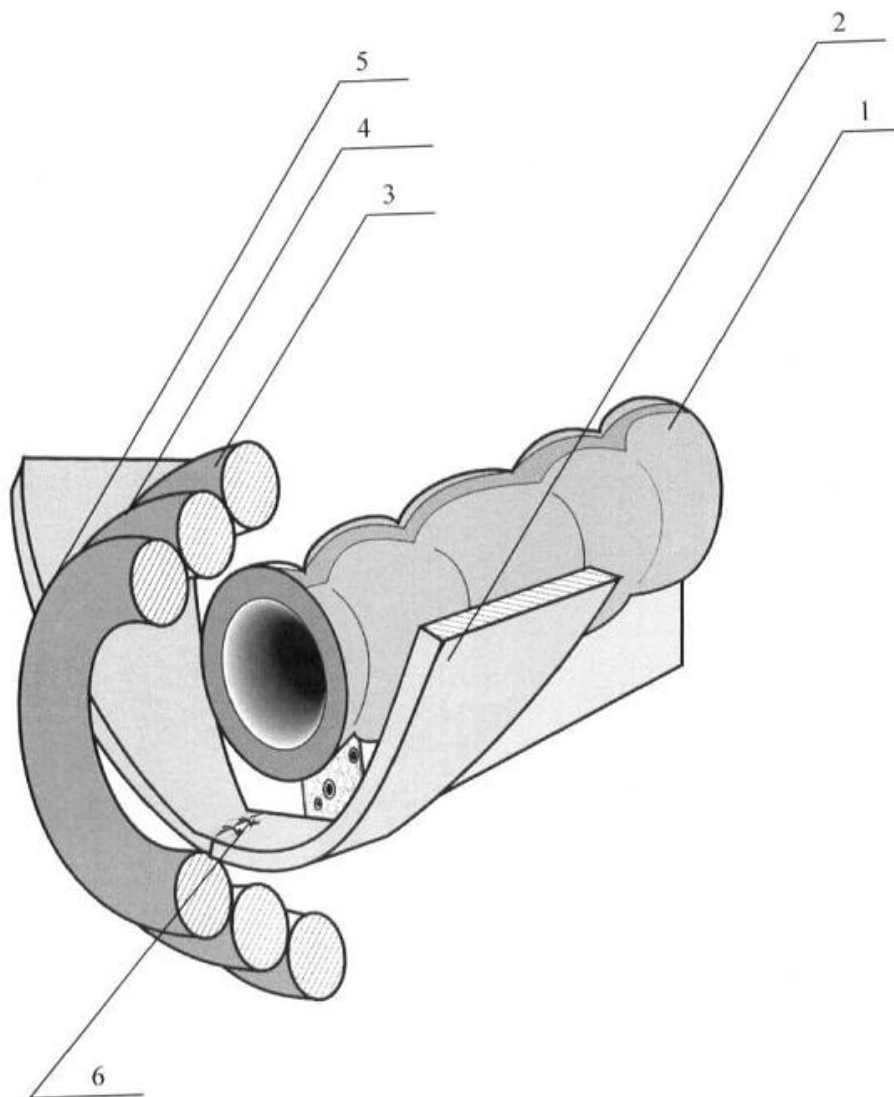
- дозволяє зменшити імовірність розвитку евагінації слизуватої зведеної кишки за рахунок більш ретельної адаптації стінок зведеного трансплантата до ложа анального каналу.

Приклад. Хворий А., 75 років, історія хвороби № 453268, був прийнятий у клініку з діагнозом "Рак середньоампулярного відділу прямої кишки". Діагноз підтверджений морфологічно, рентгенологічно. Хворий обстежений, у доопераційному періоді одержав курс променевої

- терапії по інтенсивній програмі. Протипоказань до операції не виявлено. Хворому виконана черевневоанальна резекція прямої кишки із сфінктеролеваторопластиком і зведенням на промежину сигмоподібної кишки. Післяопераційний період без особливостей. На 12-у добу відсічений надлишок зведеної кишки, сформований колоанальний анастомоз, хворий виписаний з відділення. Через 1 місяць хворому в плані комплексного лікування вироблена стимуляція анального каналу. Ступінь анальної континенції й роботи замикального апарату визначалася показниками сфінктерометрії, знятими в доопераційному періоді й через 1, 3 й 6 місяців після операції, що показали відновлення анальної континенції до 70 % від рівня доопераційних показників. Суб'єктивно хворий утримував кал і газ. З використанням даного способу прооперовано 12 хворих у віці від 36 до 78 років з локалізацією пухлини прямої кишки в середньоампулярному відділі.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб сфінктеролеваторопластики при черевноанальній резекції прямої кишки із приводу раку, що полягає у мобілізації прямої кишки з пухлиною, підготовці для зведення життєздатного трансплантата сигмоподібної кишки, мобілізації промежинним доступом анального каналу з перетинанням леваторів анального каналу та внутрішнього анального сфінктера, зведенні трансплантата на промежину, формуванні колоанального анастомозу, який **відрізняється** тим, що під час промежинного етапу операції після видалення прямої кишки з пухлиною на трансплантат сигмоподібної кишки одягається гумовий ковпачок, до якого фіксується марлева тасьма, після чого зведена кишка повертається в черевну порожнину, гачками розтягується операційна рана, волокна пересічених м'язів, що формують леватори діафрагми тазу - прямокишково-куприкового м'яза позаду, клубовокуприкового м'яза праворуч і ліворуч, лобовокуприкового м'яза праворуч і ліворуч зшиваються між собою 2-ма П-подібними швами, виробляється тракція за марлеву тасьму, завдяки чому трансплантат сигмоподібної кишки зводиться на промежину, трансплантат фіксується до промежинного етапу операції вузловими шовковими швами, таким чином формується ложе анального каналу, у якому трансплантат зведеної кишки послідовно оточений м'язовими волокнами відновленої діафрагми тазу, створеної за допомогою фіксації волокон прямокишково-куприкового, лобовокуприкового, клубовокуприкового м'язів, що формують леватори й підшкірної, поверхневої та глибокої порцій зовнішнього анального сфінктера.



Фіг.

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

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

---

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