



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80898** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

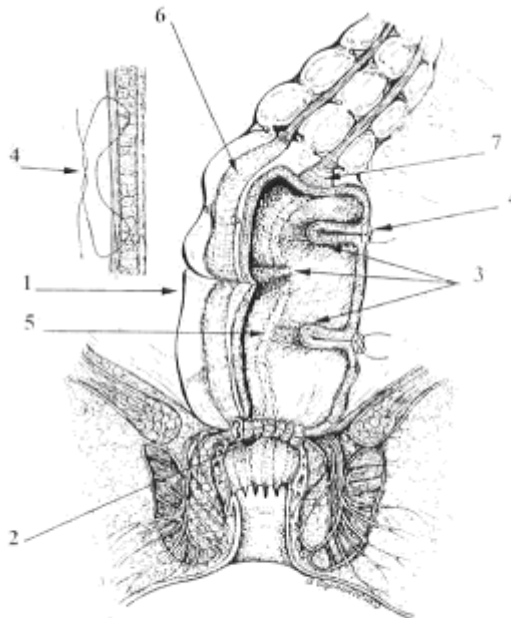
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 00392	(72) Винахідник(и): Пойда Олександр Іванович (UA), Мельник Володимир Михайлович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.01.2013	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2013, Бюл.№ 11	

(54) СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ АМПУЛИ ПРЯМОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб моделювання ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг. На ділянці видалених поздовжніх м'язових смуг із стінки кишки формують поперечні гаустонові заслінки, кількість яких та особливості розташування відповідають аналогічним анатомічним утворенням ампули прямої кишки.



UA 80898 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для відновлення резервуарної функції дистального відділу ободової кишки після видалення ампули прямої кишки.

Відомий спосіб моделювання ампули прямої кишки шляхом створення "J-pouch" товстокишкового резервуара [1]. Після видалення ампули прямої кишки край відрізка ободової кишки прошивають лінійним степлером і складають у вигляді літери "J". Стінки складеної таким чином ободової кишки прошивають і одночасно перетинають апаратом НЖКА. Внаслідок цього утворюється товстокишковий резервуар, дистальний край якого анастомозують з відрізком анального каналу. Зазначений резервуар моделює ампулу прямої кишки, оскільки відновлює певною мірою резервуарність ділянки товстої кишки, розташованої проксимальніше резервуарно-анального анастомозу.

Способу властиві недоліки:

1. Травматичність та недостатня функціональна спроможність створеного резервуара внаслідок зменшення скоротливої спроможності стінки кишки після її перетину та зшивання.

2. Значна кількість післяопераційних ускладнень, зокрема, резервуариту, неспроможності швів резервуара, перитоніту та нориць ділянки резервуара, обумовлених складністю техніки їх формування.

Відомий спосіб моделювання ампули прямої кишки шляхом створення зі стінки відрізка ободової кишки поперечних гаустонових заслінок, які здійснюють фізіологічну затримку просування вмісту, змінюючи їх напрямом, через порожнину дистального відрізка ободової кишки і сприяють, таким чином, нормалізації частоти випорожнень [2].

Способу властивий недолік - недостатня ефективність внаслідок формування лише поперечних анатомічних складок стінки ободової кишки без збільшення її резервуарності.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб моделювання ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, формування дистальніше зазначених видалених смуг утримуючого клапана [3].

Зазначеному прототипу властивий недолік - недостатня резервуарно-евакуаторна функція створеного товсто-кишкового резервуара внаслідок відсутності поперечних гаустонових заслінок стінки сформованої ампули прямої кишки.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у розробці більш ефективного і досконалішого способу моделювання ампули прямої кишки.

Технічний результат - покращання функціональних результатів та якості життя хворих, оперованих з приводу раку прямої кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі моделювання ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, згідно з корисною моделлю, на ділянці видалених поздовжніх м'язових смуг із стінки кишки формують поперечні гаустонові заслінки, кількість яких та особливості розташування відповідають аналогічним анатомічним утворенням ампули прямої кишки.

Суть корисної моделі пояснюється графічним матеріалом, на якому зображено схему запропонованої моделі ампули прямої кишки, де:

1 - ділянка видалених поздовжніх м'язових смуг,

2 - відрізок ободової кишки,

3 - передбачуваний рівень формування низького колоректального або колоанального анастомозу,

4 - сформовані три поперечні гаустонові заслінки,

5 - інвагінації стінки кишки,

6 - серозно-м'язові шви,

7 - збережена брижова поздовжня м'язова смуга,

8 - ділянка видаленої вільної поздовжньої м'язової смуги,

9 - ділянка видаленої чепцевої поздовжньої м'язової смуги.

Спосіб виконують наступним чином.

На ділянці видалених поздовжніх м'язових смуг 1, відрізка ободової кишки 2, проксимальніше передбачуваного рівня формування низького колоректального або колоанального анастомозу 3, створюють три поперечні гаустонові заслінки 4, у вигляді інвагінацій стінки кишки 5, за допомогою серозно-м'язових швів 6, одну поперечну гаустонову заслінку формують справа між збереженою брижовою поздовжньою м'язовою смугою 7 та ділянкою видаленої вільної поздовжньої м'язової смуги 8, інші дві поперечні гаустонові заслінки формують зліва між збереженою брижовою поздовжньою м'язовою смугою 7 та ділянкою

видаленої чепцевої поздовжньої м'язової смуги 9. Кількість сформованих поперечних гаустонових заслінок, відстань між ними, яка становить 4-5 см, відповідають аналогічним анатомічним структурам та їх розташуванню в ампулі прямої кишки.

Приклади конкретного виконання.

5 Пацієнтка Л. 62 років, історія хвороби № 1427, оперована в клініці 24.09.2011 року з приводу аденокарциноми середньоампулярного відділу прямої кишки. Відповідно до Міжнародної класифікації пухлин встановлено стадію пухлини T3N0M0. Виконана стандартна низька передня резекція прямої кишки, моделювання ампули прямої кишки відповідно до розробленого способу шляхом видалення вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг в термінальній ділянці відрізка 10 ободової кишки та створення трьох поперечних гаустонових заслінок між збереженою брижовою та видаленими вільною і чепцевою поздовжніми м'язовими смугами. Операція завершена формуванням степлерного низького колоректального анастомозу. В післяопераційному періоді пацієнтка перебувала під наглядом онколога, отримувала лікування відповідно до загальноприйнятих онкологічних стандартів лікування хворих на рак прямої 15 кишки. Частота випорожнень з другого місяця післяопераційного періоду в неї становить 1-2 рази на добу оформленим стільцем, що відповідає фізіологічній нормі випорожнень здорової людини. При виконанні контрольних рентгенологічних досліджень встановлена фізіологічна затримка просування барієвої суміші та помірне розширення просвіту кишки в ділянці модельованої ампули прямої кишки, що вказує на збільшення її резервуарності. Зазначені 20 результати клінічних та рентгенологічних досліджень вказують на нормалізацію резервуарно-евакуаторної функції дистальних відділів товстої кишки після видалення ампули прямої кишки, відсутність патологічного синдрому низької передньої резекції.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у відтворенні анатомічних структур видаленої ампули прямої кишки шляхом збільшення 25 резервуарності відділу ободової-кишки, розташованої проксимальніше сформованого низького колоректального або колоанального анастомозів, та створенні анатомічних структур на зразок втрачених внаслідок виконання радикального етапу оперативного втручання гаустонових заслінок, що значною мірою відновлює резервуарно-евакуаторну функцію дистальних відділів товстої кишки після видалення ампули прямої.

30 Спосіб, що заявляється, був випробуваний на клінічній базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку клінічну практику.

Джерела інформації:

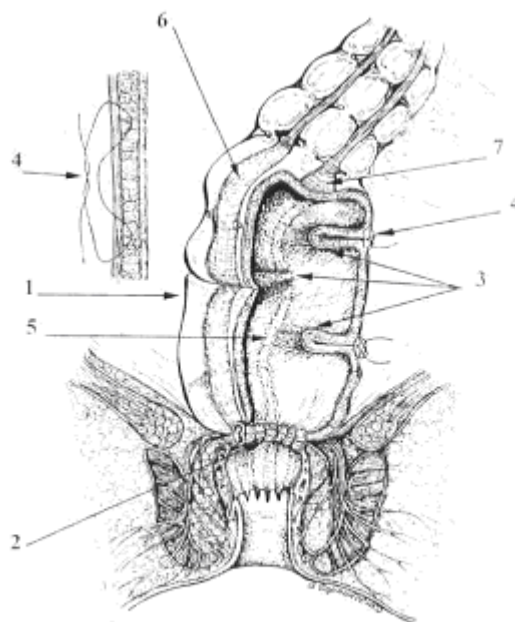
35 1. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Чания З.Д. и др. Качество жизни пациентов после оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции. // Прак. онколог.-2002. - Т. 3, № 2. - С. 114-122.

2. Коноплицкий В.С. Метод реконструктивной тазовой ректопластики у дітей. // Хірургія України. -2010. - № 1. - С. 29-33.

40 3. Патент 54247 А Україна. МПК А61В 17/00. Спосіб формування ампули прямої кишки. О.І. Пойда, В.М. Мельник, М.М. Тараненко (Україна). - Заявл. 21.06.02; опубл. 17.02.03; бюл. № 2.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

45 Спосіб моделювання ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, який **відрізняється** тим, що на ділянці видалених поздовжніх м'язових смуг із стінки кишки формують поперечні гаустонові заслінки, кількість яких та особливості розташування відповідають аналогічним анатомічним утворенням ампули прямої кишки.



Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

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