



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80896** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 00390	(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 ІЛЕОЕНДОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

(57) Реферат:

Спосіб ілеоендоанального анастомозу шляхом розташування відрізка тонкої кишки у порожнині відрізка демукозованого хірургічного анального каналу на рівні зубчастої лінії, накладання дворівневого шва. Анастомоз формують інтракорпорально, без евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини.

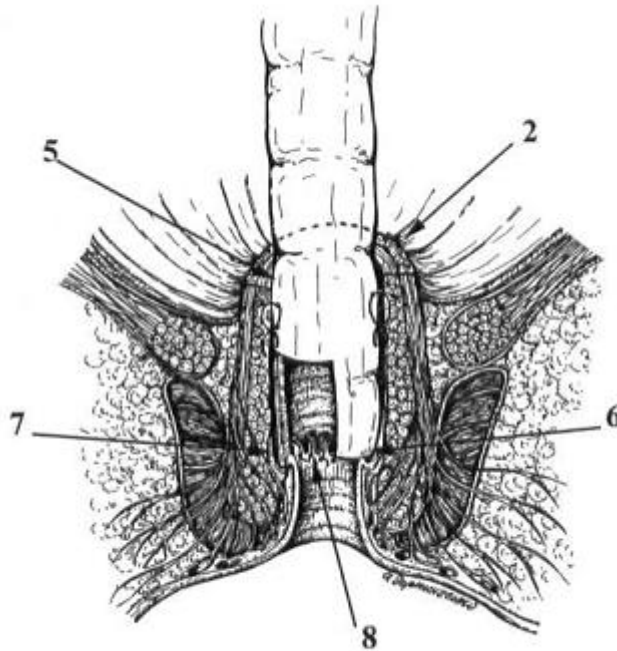


Fig. 2

UA 80896 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для формування ілеоендоанального анастомозу під час виконання вторинної відновної операції після колектомії, наднизької передньої резекції прямої кишки, мукозсубмукозектомії хірургічного анального каналу.

Відомий спосіб формування ілеоанального анастомозу шляхом зведення надлишку відрізка тонкої кишки на промежину через порожнину відрізка анального каналу [1]. Після мобілізації ободової та прямої кишок, виконання колектомії і наднизької передньої резекції прямої кишки відрізок тонкої кишки зводять на промежину через порожнину відрізка анального каналу. Через 12-14 діб, після зростання краю відрізка анального каналу зі стінкою зведеної тонкої кишки, надлишок останньої відтинають на рівні шкіри промежини.

Способу властиві недоліки:

1. Ризик виникнення ішемії та некрозу зведеного тонкокишкового трансплантату внаслідок певних труднощів визначення адекватності його кровопостачання.

2. Незадовільні функціональні результати, зокрема порушення функції анального тримання, які обумовлені атонією і гіпотрофією внутрішнього та зовнішнього сфінктерів прямої кишки, внаслідок постійного тиску на їх м'язові структури стінками та брижою зведеної тонкої кишки.

Відомий спосіб формування ілеоанального анастомозу по типу кінець в кінець [1]. Після колектомії і наднизької резекції прямої кишки ілеоанальний анастомоз формують шляхом з'єднання відрізка тонкої кишки та анального каналу за допомогою однорядного або дворядного кишкового шва.

Способу властиві недоліки:

1. Технічна складність формування анастомозу при різному діаметрі відрізків тонкої кишки і анального каналу.

2. Значна кількість випадків фізичної неспроможності швів анастомозу, яка обумовлена незначною площею з'єднання відрізків тонкої кишки та анального каналу і, як наслідок, виникнення перитоніту або тазового целюліту.

Відомий спосіб формування вставного дворівневого ілеоанального анастомозу [2]. Зазначений спосіб формування ілеоанального анастомозу виконують наступним чином. Після колектомії і наднизької передньої резекції прямої кишки на край відрізка тонкої кишки та стінки анального каналу накладають П-подібні шви. На край відрізка анального каналу та стінки тонкої кишки накладають провізорні серозо-м'язові шви. Шляхом затягування та зав'язування П-подібних та провізорних серозо-м'язових швів завершують формування ілеоанального анастомозу.

Способу властиві недоліки:

1. Технічна складність формування анастомозу з боку черевної порожнини, яка зумовлена низьким розташуванням відрізка анального каналу, особливо у чоловіків з глибоким та вузьким тазом.

2. Можливі ускладнення при загоєнні анастомозу, які пов'язані із з'єднанням стінки відрізка тонкої кишки покритою зовні серозною оболонкою з відрізком хірургічного анального каналу, вистеленого зсередини слизовою оболонкою.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраним як прототип, є спосіб формування ілеоендоанального анастомозу [3], який виконують шляхом евагінації на промежину демукозованої кукси анального каналу, зведення на промежину через порожнину демукозованого евагінованого анального каналу відрізка тонкої кишки, накладання дворівневого шва між відрізком анального каналу та стінкою зведеного на промежину відрізка тонкої кишки, а також між краєм відрізка тонкої кишки і зубчатою лінією.

Способу властивий недолік - неможливість використання способу при вторинних реконструктивно-відновних операціях у пацієнтів з короткою куксою прямої кишки внаслідок травматичності, значних технічних труднощів евагінації зазначеної кукси на ділянку промежини із-за вираженого злукового процесу в порожнині малого тазу.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у зменшенні ускладнень та летальних наслідків після виконання колектомії шляхом удосконалення формування ілеоендоанального анастомозу.

Технічний результат - покращання результатів хірургічного лікування хворих на виразковий коліт, хворобу Крона та родинний аденоматозний поліпоз товстої кишки.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі формування ілеоендоанального анастомозу шляхом розташування відрізка тонкої кишки у порожнині відрізка демукозованого хірургічного анального каналу на рівні зубчастої лінії, накладання дворівневого шва, згідно з корисною моделлю, анастомоз формують інтракорпорально без евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини.

Суть корисної моделі пояснена графічно.

Фіг. 1 ілюструє етап накладання провізорних швів на край зрізу хірургічного анального каналу та підготовку до розміщення відрізка тонкої кишки в порожнину демукозованого хірургічного анального каналу, де:

- 5 1- провізорні шви,
- 2 - край зрізу демукозованого хірургічного анального каналу,
- 3 - відрізок тонкої кишки,
- 4 - порожнина демукозованого хірургічного анального каналу.
- На фіг. 2 зображено етап накладання першого та другого рівнів швів, де:
- 10 5 - стінка відрізка тонкої кишки,
- 6 - край зрізу тонкої кишки,
- 7 - стінка демукозованого хірургічного анального каналу,
- 8 - рівень гребінчастої лінії.
- Спосіб виконують наступним чином.

- 15 Накладають провізорні шви 1 на край зрізу демукозованого хірургічного анального каналу 2, відрізок тонкої кишки 3, підготовлений до зведення у порожнину демукозованого хірургічного анального каналу 4, перший рівень швів накладають між краєм зрізу демукозованого хірургічного анального каналу 2 та стінкою відрізка тонкої кишки 5, другий рівень швів - між краєм зрізу тонкої кишки 6 та стінкою демукозованого хірургічного анального каналу 7, на рівні
- 20 гребінчастої лінії 8.

Приклади конкретного виконання.

- Пацієнт В. 23 років, історія хвороби № 1204, госпіталізований в клініку 20.10.2009 р. для виконання вторинної реконструктивно-відновної операції з діагнозом - наслідки хірургічного лікування виразкового коліту, тотального враження товстої кишки, III ступеня активності
- 25 патологічного процесу, ускладненого токсичною дилатацією ободової кишки. У зв'язку з цим два роки тому була виконана операція колектомії, наднизька передня резекція прямої кишки, формування ілеостомии за методом Брука. Під час повторної госпіталізації трансанально виконана мукозектомія хірургічного анального каналу, сформовано вставний дворівневий
- 30 ілеоендоанальний анастомоз без евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини. Анастомоз відключено протекуючою петлевою ілестомією. Ускладнень в післяопераційному періоді з боку сформованого анастомозу не було. Через 2 місяці після загоєння анастомозу протекуючу ілеостому було "закрито" з локального доступу.

- Пацієнт обстежений через 3 місяці з часу "закриття" протекуючої ілеостомии. Порушення тримання хімуса не спостерігається. Функція зовнішнього та внутрішнього сфінктерів прямої
- 35 кишки за результатами проведеної комп'ютерної пневмоанометрії збережена на рівні нижньої межі фізіологічної норми.

- Пацієнтка Т. 28 років, історія хвороби № 545. В клініці 23.03.2007 року виконана вторинна реконструктивно-відновна операція, яка полягала в трансанальній мукозектомії хірургічного анального каналу до гребінчастої лінії, формуванні вставного дворівневого ілеоендоанального
- 40 анастомозу без евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини. Анастомоз відключено протекуючою петлевою ілестомією, яку "закрито" через 2 місяці з часу її формування. Перебіг післяопераційного періоду був неускладненим. Проведені обстеження пацієнтки в строки через 3, 6, 12 місяців після "закриття" петлевої ілеостомии вказують на досягнення сприятливого функціонального результату, задовільну функцію
- 45 анального тримання, відсутність ознак анальної інконтиненції.

Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у вінтракорпоральному формуванні вставного дворівневого ілеоендоанального анастомозу з боку промежини, після мукозектомії хірургічного анального каналу, без евагінації нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини.

- 50 Розроблений спосіб ілеоендоанального анастомозу доцільно використовувати у випадках, коли виконувати евагінацію відрізка нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини з технічних причин недоцільно.

Джерела інформації:

- 1. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. -
- 55 М., 1994. - 432 с.
- 2. Патент № 6877. Спосіб формування ілеоанального анастомозу. В.М. Мельник, О.І. Пойда (Україна). - Опубл. 16.05.2005. - Бюл. № 5.
- 3. Патент №18993. Спосіб формування ілеоендоанального анастомозу. О.І. Пойда, В.М. Мельник - Заявл. 5.07.06; опубл. 15.11.06. // Бюл. №11.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб ілеоендоанального анастомозу шляхом розташування відрізка тонкої кишки у порожнині відрізка демукозованого хірургічного анального каналу на рівні зубчастої лінії, накладання дворівневого шва, який **відрізняється** тим, що анастомоз формують інтракорпорально, без евагінації кукси нижньоампулярного відділу прямої кишки на ділянку промежини.

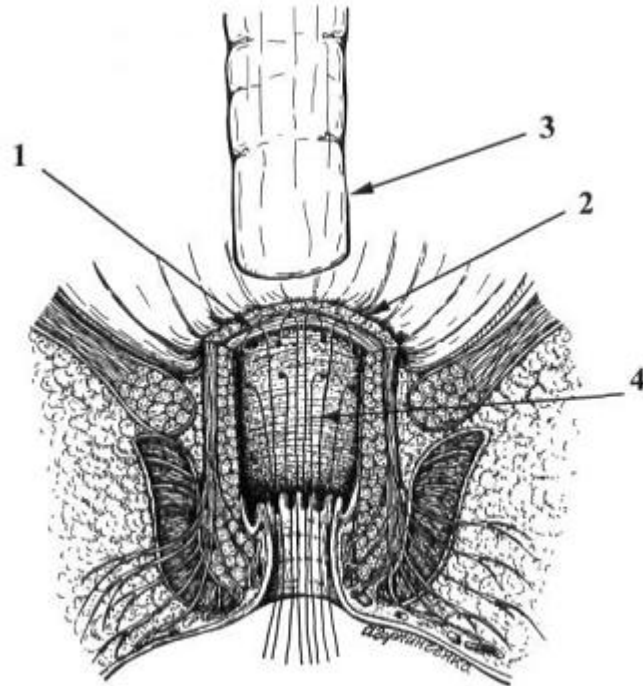


Fig. 1

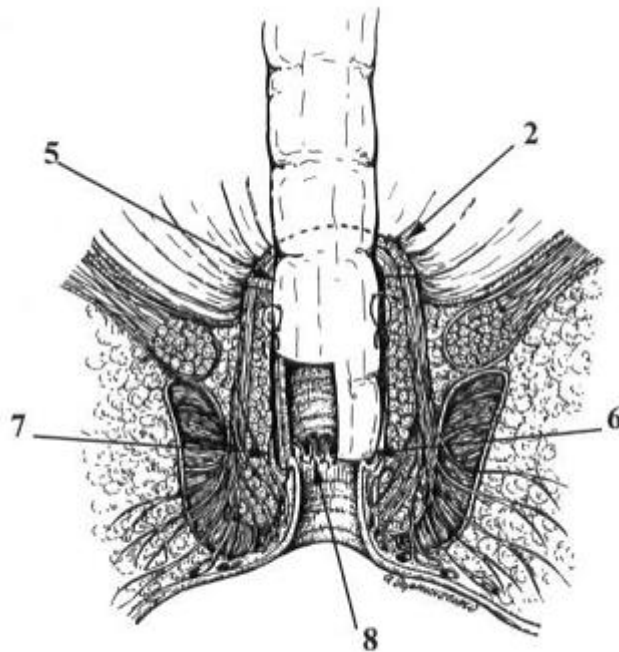


Fig. 2

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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