



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80899** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

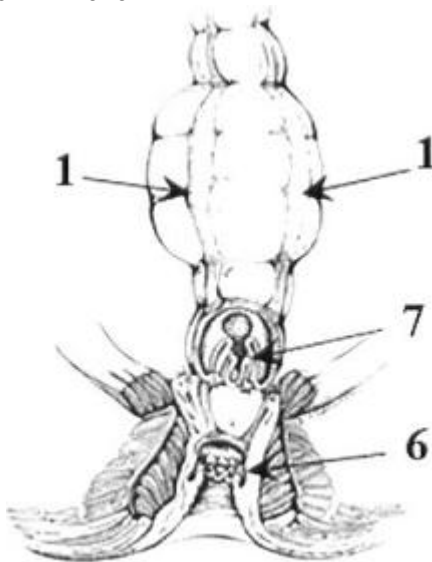
(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 00393	(72) Винахідник(и): Мельник Володимир Михайлович (UA), Пойда Олександр Іванович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.01.2013	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. 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 ВИБОРУ АМПУЛИ ПРЯМОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб вибору ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг. Вибір ампули прямої кишки здійснюють залежно від обсягу радикального етапу хірургічного втручання: після низької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують в ділянці дистального відрізка сигмовидної ободової кишки і анастомозують з відрізком нижньоампулярного відділу прямої кишки. Після наднизької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують проксимальніше на 3-4 см рівня колоанального анастомозу. Після транссфінктерної резекції прямої кишки дистальніше сформованої ампули прямої кишки та проксимальніше колоанального анастомозу додатково утворюють утримуючий клапан.



Фіг. 3

UA 80899 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 формування та недостатня функціональна спроможність створеного резервуара внаслідок зменшення скоротливої спроможності стінки кишки після її перетину та зшивання.

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

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 відділу 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, проксимальніше ділянки формування низького колоректального або колоанального анастомозу вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, формування дистальніше зазначених видалених смуг утримуючого клапана [3].

Зазначеному прототипу властивий недолік - недостатня резервуарно-евакуаторна функція створеного товстокишкового резервуара внаслідок стандартного підходу до формування ампули прямої кишки незалежно від особливостей та обсягу виконання радикального етапу хірургічного втручання.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у розробці способу вибору ампули прямої кишки залежно від анатомічних особливостей між відрізками прямої та ободової кишок після різних за обсягом радикальних хірургічних втручань.

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

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі вибору ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, згідно з корисною моделлю, вибір ампули прямої кишки здійснюють залежно від обсягу радикального етапу хірургічного втручання: після низької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують в ділянці дистального відрізка сигмовидної ободової кишки і анастомозують з відрізком нижньоампулярного відділу прямої кишки, після наднизької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують проксимальніше на 3-4 см рівня колоанального анастомозу, після транссфінктерної резекції прямої кишки дистальніше сформованої ампули прямої кишки та проксимальніше колоанального анастомозу додатково створюють утримуючий клапан.

Суть корисної моделі пояснюється графічно.

На фіг. 1 зображено схему моделі ампули прямої кишки після низької передньої резекції прямої кишки, де:

- 1 - сформована ампула прямої кишки,
- 2 - ділянка відрізка сигмовидної ободової кишки,
- 3 - відрізок сформованої ампули прямої кишки,
- 4 - відрізок нижньоампулярного відділу прямої кишки.

На фіг. 2 зображено схему моделі ампули прямої кишки після наднизької передньої резекції прямої кишки, де:

- 5 - край відрізка сигмовидної ободової кишки,
- 6 - ділянка колоанального анастомозу.

На фіг. 3 збережено схему моделі ампули прямої кишки після транссфінктерної резекції прямої кишки, де:

7 - утримуючий клапан.

Спосіб вибору ампули прямої кишки виконують наступним чином.

- 5 Після низької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки 1 формують в ділянці відрізка сигмовидної ободової кишки 2, відрізок сформованої ампули прямої кишки 3 анастомозують з відрізком нижньоампулярного відділу прямої кишки 4, після наднизької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки 1 формують на 3-4 см проксимальніше краю відрізка сигмовидної ободової кишки 5 і ділянки колоанального анастомозу 6, після
- 10 транссфінктерної резекції прямої кишки дистальніше сформованої ампули прямої кишки 1 і проксимальніше колоанального анастомозу 6 утворюють утримуючий клапан 7.

Приклади конкретного виконання.

- 15 Пацієнтка Д. 63 років, історія хвороби № 209, оперована в клініці 19.02.2007 року з приводу аденокарциноми середньоампулярного відділу прямої кишки. Відповідно до Міжнародної класифікації пухлин встановлено стадію пухлини T3N0M0. Виконана стандартна низька передня резекція прямої кишки. Ампулу прямої кишки сформовано в дистальному в ділянці дистального відрізка сигмовидної ободової кишки. Колоректальний анастомоз накладено між відрізком сформованої ампули прямої кишки та відрізком нижньоампулярного відділу прямої кишки за допомогою циркулярного зшиваючого апарата. В післяопераційному періоді пацієнтка
- 20 перебувала під наглядом онколога, продовжує лікування відповідно до загальноприйнятих онкологічних стандартів лікування хворих на рак прямої 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
- 25 помірне розширення просвіту кишки в ділянці сформованої ампули прямої кишки та нижньоампулярного відділу прямої кишки, що вказує на достатню їх резервуарність. Пацієнтка вважає себе достатньо реабілітованою в медичному та соціальному аспектах.

- 30 Пацієнтка Д. 67 років, історія хвороби № 402, оперована в клініці 17.03.2004 року з приводу аденокарциноми середньоампулярного відділу прямої кишки T3N1M0. Виконана наднизька передня резекція прямої кишки, формування ампули прямої кишки на 3-4 см проксимальніше краю відрізка сигмовидної ободової кишки і ділянки вставного колоанального анастомозу. Перебіг раннього післяопераційного періоду ускладнився пневмонією. Консервативне лікування з приводу пневмонії протягом 10 днів призвело до одужання. Обстеження пацієнтки в різні строки пізнього післяопераційного періоду вказувало на цілком задовільні функціональні
- 35 результати. Випорожнення були фізіологічними, їх частота становила 1 раз протягом доби, що вказує на достатню резервуарність сформованої ампули прямої кишки. Ознаки порушення функції анального тримання у пацієнтки не спостерігалися.

- 40 Пацієнт Г. 61 рік, історія хвороби № 527, оперований в клініці 28.04.2006 року з приводу аденокарциноми нижньоампулярного відділу прямої кишки. Відповідно до Міжнародної класифікації пухлин встановлено стадію пухлини T4N0M0. Виконана транссфінктерна резекція прямої кишки. В ділянці сигмовидної ободової кишки було сформовано ампулу прямої кишки, дистальніше якої на 3 см - утримуючий клапан, який в подальшому виконував функцію частково видаленого сфінктерного апарата прямої кишки. Дистальніше зазначеного утримуючого клапана сформовано вставний колоанальний анастомоз. Перебіг раннього післяопераційного
- 45 періоду був без ускладнень. Пацієнт обстежений через 3, 6 та 12 місяців після виконаного хірургічного втручання. Кількість випорожнень у нього після втрати всієї ампули прямої кишки та формування нової ампули прямої кишки становить 1-2 рази упродовж доби, що вказує на достатню резервуарність зазначеної сформованої ампули. Також у пацієнта були відсутні порушення функції анального тримання, незважаючи на часткове видалення сфінктерного
- 50 апарата прямої кишки, що вказує на компенсацію зазначеної функції за рахунок сформованого утримуючого клапана, розміщеного дистальніше сформованої ампули прямої кишки.

- Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншими аналогами полягає у відновленні резервуарної функції дистальних відділів товстої кишки шляхом вибору способу формування ампули прямої кишки, що відповідає анатомічним взаємовідносинам між відрізками ободової та прямої кишок після різних за обсягом радикальних хірургічних втручань, які супроводжуються вимушеним видаленням $\frac{2}{3}$ ампули прямої кишки, всієї ампули прямої кишки, а також всієї ампули прямої кишки та частини сфінктерного апарата прямої кишки.
- 55

- Спосіб, що заявляється, був випробуваний на клінічній базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, отримані позитивні результати
- 60 дають підстави рекомендувати цей спосіб для широкого використання в клінічній практиці.

Джерела інформації:

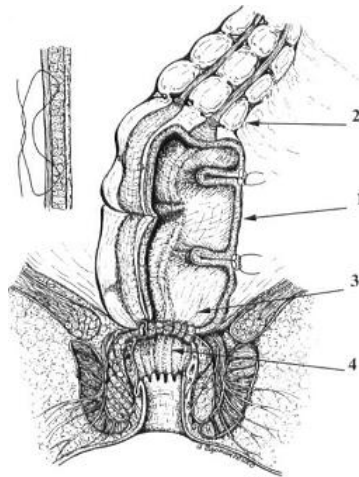
1. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Чания З.Д. и др. Качество жизни пациентов после оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Сфинктеросохраняющие операции. // Практик. онколог.-2002. - Т. 3, № 2. - С. 114-122.

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

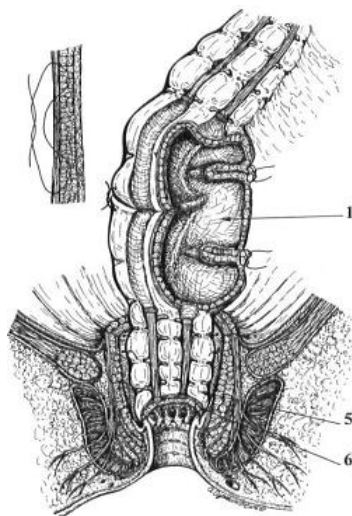
3. Патент 54247 А Україна. МПК А61В 17/00. Спосіб формування ампули прямої кишки. О.І. Пойда, В.М. Мельник, М.М. Тараненко (Україна). - Заявл. 21.06.02; опубл. 17.02.03. // Бюл. № 2.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

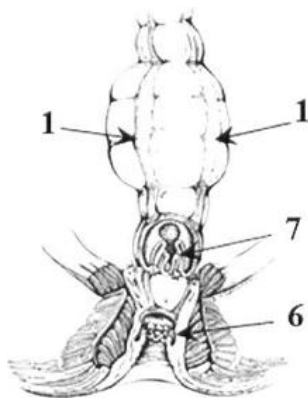
Спосіб вибору ампули прямої кишки шляхом видалення на певній відстані відрізка ободової кишки вільної та чепцевої поздовжніх м'язових смуг, який **відрізняється** тим, що вибір ампули прямої кишки здійснюють залежно від обсягу радикального етапу хірургічного втручання: після низької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують в ділянці дистального відрізка сигмовидної ободової кишки і анастомозують з відрізком нижньоампулярного відділу прямої кишки, після наднизької передньої резекції прямої кишки ампулу прямої кишки формують проксимальніше на 3-4 см рівня колоанального анастомозу, після транссфінктерної резекції прямої кишки дистальніше сформованої ампули прямої кишки та проксимальніше колоанального анастомозу додатково утворюють утримуючий клапан.



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

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