



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **129964** (13) **U**  
(51) МПК (2018.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 17/02** (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО  
ЕКОНОМІЧНОГО  
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2018 04434</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>23.04.2018</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.11.2018</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.11.2018, Бюл.№ 22</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Керничний Віталій Володимирович (UA), Суходоля Анатолій Іванович (UA), Сторожук Ігор Володимирович (UA), Балицький Віталій Вікторович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
--	---

**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КОЛОАНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ІНТЕРСФІНКТЕРНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ**

**(57) Реферат:**

Спосіб формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній резекції прямої кишки включає з'єднання ободової кишки з анальним каналом. При цьому з боку промежини на анальний канал встановлюють Lone Star Retractor та формують колоанальний анастомоз на промежині "кінець в кінець" безперервним обвивним швом із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу.

**UA 129964 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до онкопроктології, та може бути використана при виконанні інтерсфінктерних резекцій прямої кишки з приводу раку.

5 Найбільш близьким до запропонованого є спосіб формування колоанального анастомозу, що включає виконання демукозації анального каналу з видаленням внутрішнього сфінктера, низведення в анальний канал підготовленого товстокишкового трансплантату та його фіксацію до перианальної шкіри окремими вузловими швами [Одарюк Т.С., Воробев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. - М., 2005. - 256 с.]

10 Недоліками даного способу є технічні труднощі при формуванні анастомозу, ризик ішемії та некрозу низведеної кишки з подальшим виникненням гнійно-септичних ускладнень, ризик ретракції кишки.

Відомий спосіб формування колоанального анастомозу шляхом низведення товстокишкового трансплантату через анальний канал на промежину [Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривким В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. - М., 1994. - 432 с.]

15 Найбільш вагомим недоліком даного способу є незадовільні функціональні результати, перш за все порушення функції утримання, яка обумовлена атонією і атрофією анального сфінктера внаслідок тривалого тиску на м'язові структури анального каналу низведеної кишки.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити більш досконалий спосіб формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній резекції прямої кишки.

20 Поставлена задача вирішується тим, що в способі формування колоанального анастомозу, що включає черевно-анальну резекцію прямої кишки, видалення внутрішнього анального сфінктера, низведення в анальний канал життєздатного товстокишкового трансплантату, згідно з корисною моделлю, з боку промежини на анальний канал встановлюється Lone Star Retractor та формується колоанальний анастомоз на промежині "кінець в кінець" безперервним обвивним швом із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу.

25 Запропонований спосіб здійснюється таким чином. Після виконання абдомінального етапу черевно-анальної інтерсфінктерної резекції прямої кишки з боку промежини на анальний канал встановлюють ретрактор Lone Star, частково вивертаючи анальний канал на промежину. Радикально відступивши від нижнього полюсу пухлини прямої кишки наданально накладається кисетний шов. Далі виконується видалення внутрішнього анального сфінктера за допомогою електрохірургічного ножа і пряма кишка з пухлиною та мезоректумом видалається. В анальний канал низводиться життєздатний товстокишковий трансплантат. Анастомоз формують із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу 2/0-3/0 із двома ½ колючими голками 26 мм. Перший шов накладають П-подібно, вколюючи з просвіту кишки через усі шари її стінки і виколоючись на анодермі з просвіту анального каналу в проекції на 6 годин (за умовним циферблатом), і зав'язують вузловий шов (фіг. 1). Наступним етапом однією лігатурою з атравматичною голкою накладають безперервний обвивний шов, формуючи анастомоз між 35 кишкою і анальним каналом по правій півкružності (фіг. 2), а іншою лігатурою накладають безперервний обвивний шов, формуючи анастомоз між кишкою і анальним каналом по лівій півкružності, та зав'язують обидві на нитки, виколоті (в проекції на 12 годин за умовним 40 циферблатом) в просвіт сформованого анастомозу (фіг. 3).

Приклад клінічного застосування способу.

Хворий А., 64 роки. Діагноз: Рак нижньоампулярного відділу прямої кишки рТ3N0M0G2C4 ПА ст., III кл.гр.

45 Операція: Черевно-анальна інтерсфінктерна резекція прямої кишки з формуванням колоанального анастомозу на промежині. Превентивна трансверзостомія.

Виконана нижньо-серединна лапаротомія. Перев'язано та перелічено: нижньобрижова артерія біля устя аорти та нижньобрижова вена біля нижнього краю підшлункової залози. Мобілізована пряма кишка разом із мезоректумом до тазового дна. З боку промежини на анальний канал встановлюють ретрактор Lone Star. Відступивши від нижнього полюсу пухлини 50 прямої кишки на 1,5 см накладається кисетний шов. За допомогою електрохірургічного ножа циркулярно виконано видалення внутрішнього сфінктера анального каналу, сформувавши таким чином нижній край резекції. Пряма кишка з пухлиною та мезоректумом видалена. Гачки анального ретрактора Lone Star зміщені до лінії резекції, частково вивертаючи анальний канал на промежину. В анальний канал низведено життєздатний товстокишковий трансплантат. 55 Формування анастомозу виконувалось із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу Surgipro 3/0 із двома ½ колючими голками 26 мм. Накладено П-подібно шов, вколюючи з просвіту кишки через усі шари її стінки і виколоючись на анодермі з просвіту анального каналу в проекції на 6 годин (за умовним циферблатом), і зав'язано. Однією лігатурою з атравматичною голкою накладено безперервний обвивний шов, формуючи анастомоз між кишкою і анальним 60 каналом по правій півкružності, а іншою лігатурою накладають безперервний обвивний шов,

формуючи анастомоз між кишкою і анальним каналом по лівій пів кружності, та зав'язано (обидві нитки виколоті в проекції на 12 годин за умовним циферблатом в просвіт сформованого анастомозу). Сформована превентивна трансверзостома.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Пацієнт в задовільному стані на 8 добу післяопераційного періоду виписаний із стаціонару. Трансверзостома ліквідована через 2 міс. Колоанальний анастомоз функціонує, тонус анального сфінктера ослаблений, вольові скорочення сфінктера не порушені. Даних про місцевий рецидив пухлини немає.

Таким чином, принципово відмінною ознакою способу у порівнянні із іншими аналогічними методами є його простота, швидкість виконання і малотравматичність, що значно покращує результати хірургічного лікування та реабілітацію хворих з раком нижньоампулярного відділу прямої кишки.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб формування колоанального анастомозу при інтерсфінктерній резекції прямої кишки, що включає з'єднання ободової кишки з анальним каналом, який **відрізняється** тим, що з боку промежини на анальний канал встановлюють Lone Star Retractor та формують колоанальний анастомоз на промежині "кінець в кінець" безперервним обвивним швом із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу.

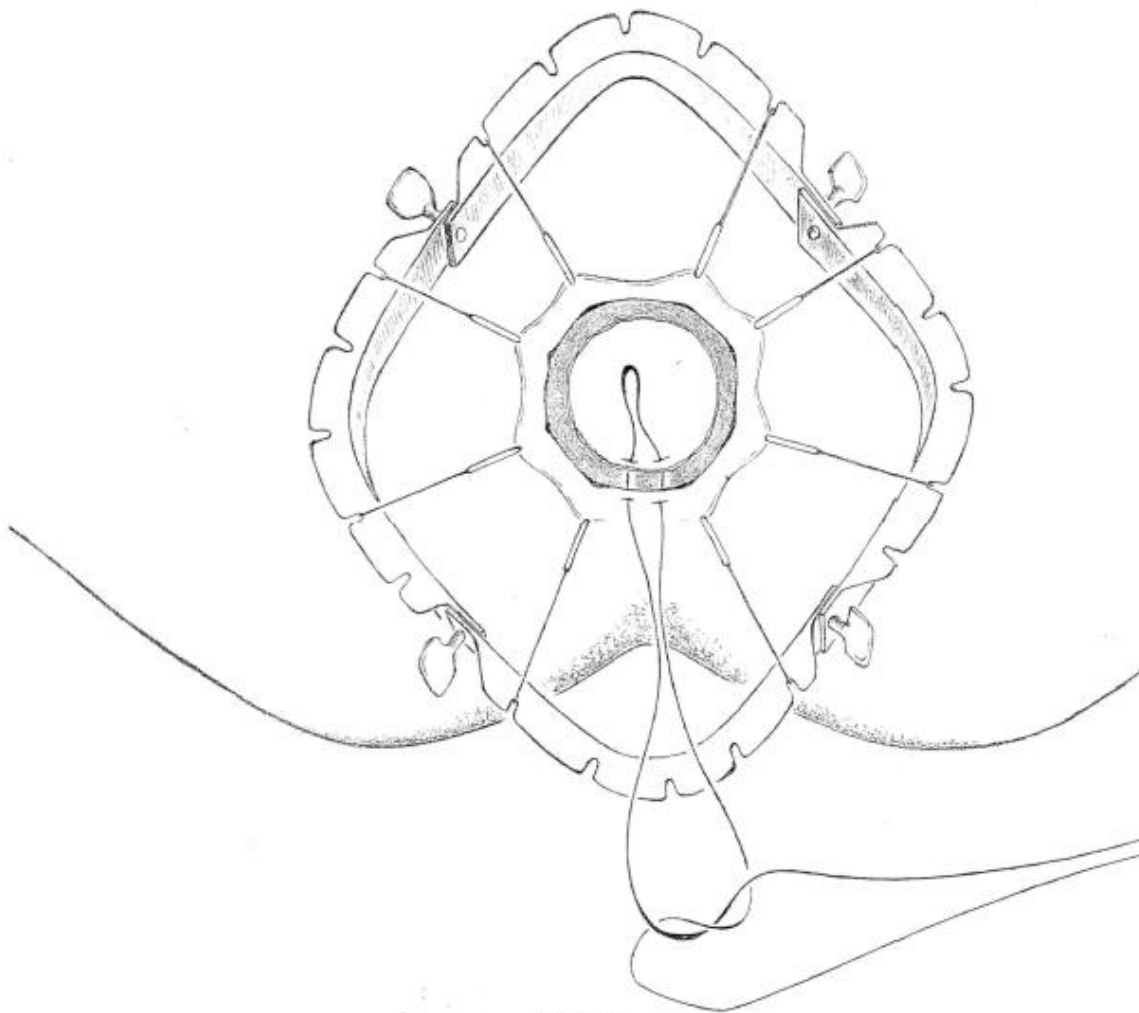


Fig. 1

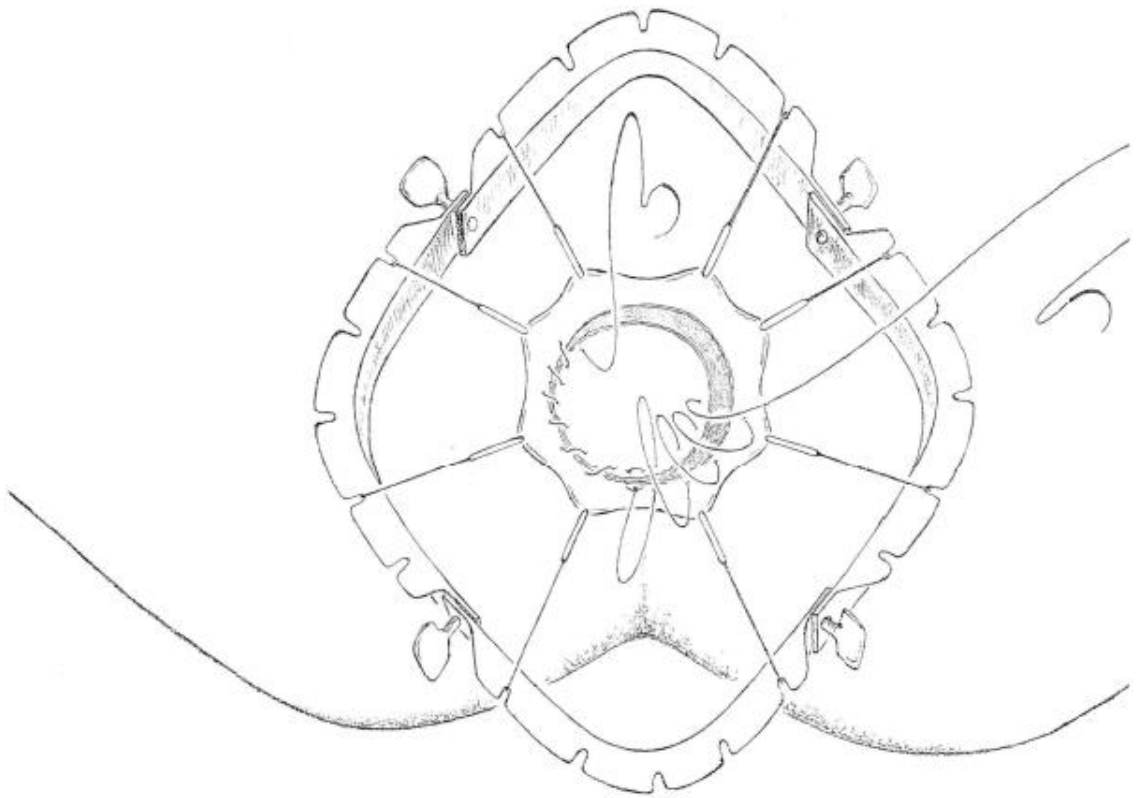
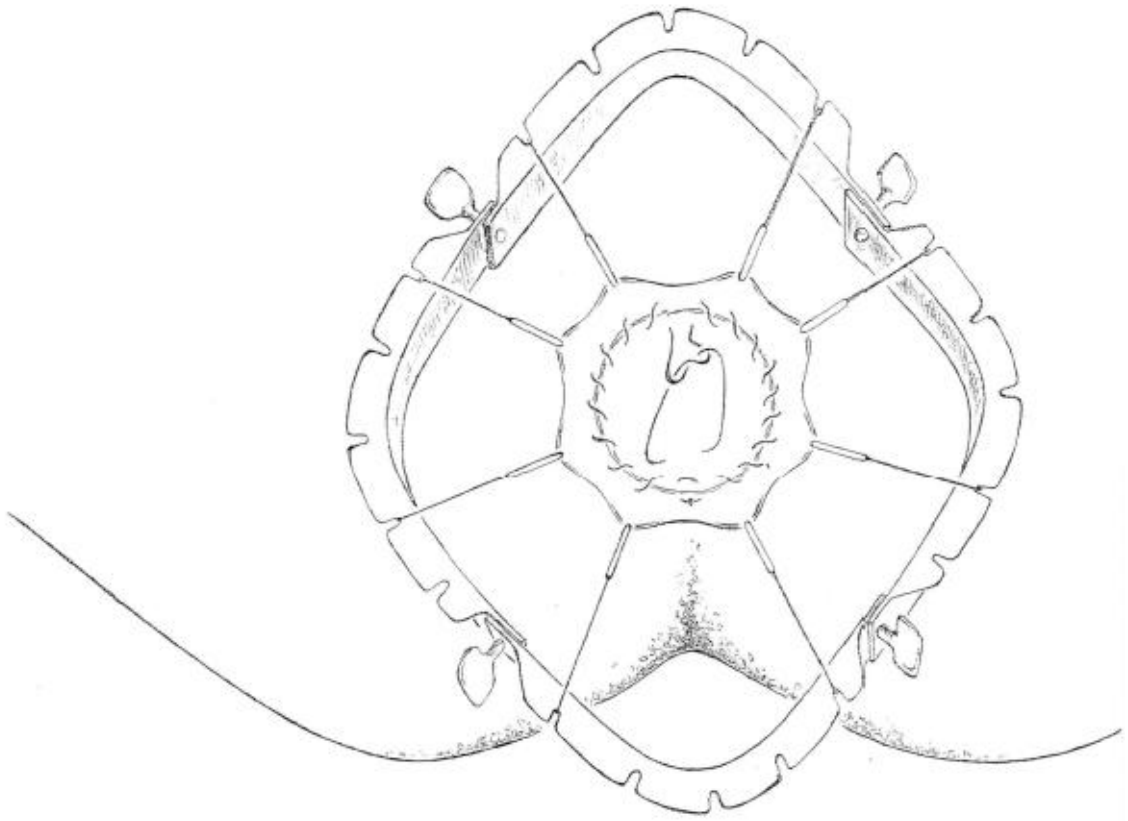


Fig. 2



Фіг. 3

---

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

---

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

---

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