



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47757 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРИСТРІЙ ДЛЯ ЗАХИСТУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ НИЗЬКИХ ПЕРЕДНІХ РЕЗЕКЦІЙ

1

2

(21) u200908293

(22) 06.08.2009

(24) 25.02.2010

(46) 25.02.2010, Бюл.№ 4, 2010 р.

(72) СОРОКІН БОГДАН ВІКТОРОВИЧ, ТАРАНЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ПИРОГОВСЬКИЙ ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, ЗЛОБИНЕЦЬ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЗАДОРЖНИЙ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ПЛЕМЯННИК СЕРГІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, АДАМЕНКО ОЛЬГА ІВАНІВНА, КОНДАКОВ РОСТИСЛАВ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛЯЩЕНКО МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ЗЮНЬКІН ВАЛЕНТИН ГРИГОРОВИЧ

(73) СОРОКІН БОГДАН ВІКТОРОВИЧ, ТАРАНЕНКО АНДРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ПИРОГОВСЬКИЙ

ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, ЗЛОБИНЕЦЬ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЗАДОРЖНИЙ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ПЛЕМЯННИК СЕРГІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, АДАМЕНКО ОЛЬГА ІВАНІВНА, КОНДАКОВ РОСТИСЛАВ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛЯЩЕНКО МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ, ЗЮНЬКІН ВАЛЕНТИН ГРИГОРОВИЧ

(57) Пристрій для захисту колоректального анастомозу після низьких передніх резекцій, який виконаний у вигляді двох декомпресійних м'яких за консистенцією і гнучких трубок з отворами на дистальному кінці, який **відрізняється** тим, що одна з трубок має довжину, приблизно 15 см, і діаметр 1,0 см з закругленим краєм, дистальний кінець якої має 2-3 бокові отвори діаметром 0,3-0,4 мм.

Корисна модель відноситься до медичного інструментарію, зокрема, до пристроїв для захисту коло-ректального анастомозу після низьких передніх резекцій і використовується в лікарнях.

Відома декомпресійна трубка для захисту анастомозів - девульсія сфінктера прямої кишки, формування протестуючих ілео- та колостом та декомпресія товстої кишки.

За аналог взято спосіб захисту анастомозів за допомогою декомпресійної трубки з отворами в ній, розміщеними у верхній її частині, або на всьому її протязі (дивись Клиническая оперативная колопроктология под ред. В.Д. Федорова. Москва, 1994. - с. 53-55. [1].)

Захист анастомозу за допомогою декомпресійної трубки відбувається наступним чином: хворому виконується передня, або низька передня резекція, яка має обов'язковим етапом формування апаратного анастомоза, який виконується за допомогою зшиваючих степлерних апаратів фірми «Eticon» діаметром 29 чи 33мм. Після формування анастомозу, через анус подається м'яка за консистенцією, гнучка трубка діаметром 1,0см. довжиною 50см, з закругленим краєм, перед цим змащена вазеліном на всьому протязі. На дистальному кінці (15см) трубка має 6-8 бокових отворів діаметром 0,3-0,4см. Під контролем пальців хірурга з боку

черевної порожнини трубка проводиться через анастомоз і посувається на довжину 35-40см у проксимальному напрямку. Потім фіксується окремим швом до періанальної шкіри. При початку перистальтики кишківника, та накопичення газів та кишкового вмісту в товстій кишці, в ній збільшується внутрішньокишковий тиск, який може призвести до виникнення дефекту в анастомозі. Через трубку проходить частковий скид газів та кишкового вмісту, що зменшує тиск в кишці та запобігає руйнації анастомоза. Трубка легко промивається фізіологічним розчином, або розчином фурациліну двічі-тричі на добу.

Недоліком даного методу слід вважати те, що в ділянці кишки, яка знаходиться між сфінктером та анастомозом відбувається також підвищення внутрішньокишкового тиску за рахунок секреції слизу, виділення крові з зони анастомозу, наявності калових мас та газів, що проходять повз ендоректальну декомпресійну трубку. Суміш вищевказаних компонентів сприяє розвитку патогенної мікрофлори.

Найбільш близькою до корисної моделі є декомпресійна трубка з отворами не на кінці трубки, а на всьому її протязі.

Однак недоліком даної декомпресійної трубки з отворами на всьому її протязі слід вважати неа-

UA (11) 47757 (13) U

декватну декомпресію кишки вище зони анастомоза, за рахунок обтурації трубки кишковим вмістом, тому що промивання даної трубки малоефективне у зв'язку з тим, що промивна рідина виходить головним чином через нижні отвори трубки нижче анастомоза. Таким чином, неможливо створити достатній тиск для промивання верхніх отворів трубки вище анастомоза.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення конструкції декомпресійних трубок шляхом зміни форми та конструкції, що усуває ризик впливу - збільшення внутрішньокишкового тиску, та біологічного впливу - розвиток інфекції та мікролізису у зоні анастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що інтубація кишки після передньої, або низької передньої резекції виконується двома декомпресійними трубками, які розміщуються в просвіті кишки.

Суть винаходу пояснюється схемою де на Фіг.1 зображено загальна схема розташування декомпресійних трубок у інтубації кишки після передньої, або низької передньої резекції двома кишковими трубками, які розміщуються в просвіті кишки.

Декомпресійні трубки для захисту коло-ректального анастомозу після низьких передніх резекцій, це дві м'які за консистенцією, і гнучкі трубки. Трубка 1, має довжину, приблизно 50см, і діаметр 1,0см з закругленим краєм. Дистальний кінець 2, (15см) трубки 1, має 6-8 бокових отворів 3, діаметром 0,3-0,4мм.

Трубка 4, має довжину, приблизно 15см, і діаметр 1,0см з закругленим краєм. Дистальний кінець 5, (5см) трубки 2, має 2-3 бокових отворів 6, діаметром 0,3-0,4мм.

Також на Фіг.1 зображено анус 7, анастомоз 8, кишка 9.

Запропоновані декомпресійні трубки для захисту коло-ректального анастомозу після низьких передніх резекцій використовуються так.

Після формування анастомозу 8, через анус 7, подається проксимально, під контролем пальців хірурга з боку черевної порожнини. Трубка 1 проводиться через анастомоз 8 і посувається на довжину 35-40см у проксимальному напрямку. Потім фіксується окремим швом до перианальної шкіри. Трубка 2, перед цим, змащена вазеліном на всьому протязі. Після проведення трубки 1, трубка 2, вводиться в анус 7, до анастомоза 8, на висоту 5-10см (в залежності від висоти анастомоза від ануса і фіксується окремим швом до перианальної шкіри. Таким чином, декомпресійні трубки для за-

хисту коло-ректального анастомозу після низьких передніх резекцій усуває вказані недоліки, а саме:

- дозволяє ефективно промивати отвори в трубках, з метою профілактики їхнього коркування калом;

- дозволяє проводити декомпресію як проксимального відділу кишки, так і дистального, розміщеного нижче анастомоза, евакуювати слиз, кал, та кров, суміш яких може бути лізатом для тканин в зоні анастомоза.

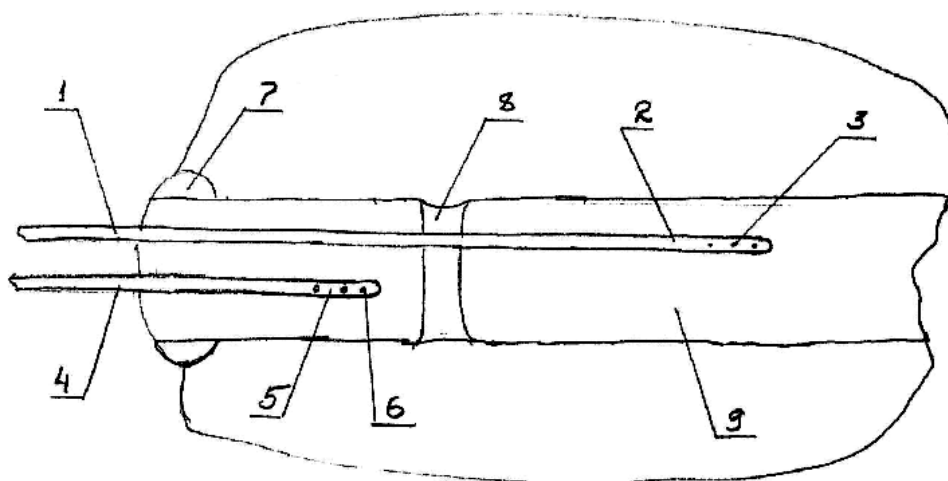
Прикладом застосування даного способу може бути такий:

Історія хвороби №601798/382.

Хвора Л. 69 років поступила у відділення проктології КОКЛ із скаргами на виділення крові із прямої кишки, слабкість. При обстеженні встановлений діагноз Рак середньоампулярного відділу прямої кишки Т3N0M0, (стенозуюча пухлина нижній полюс на 10см). ПГЗ №4.322-25 від 20.02.09 - аденокарцинома. Проведений курс передопераційної хіміопроменевої терапії сумарною вогнищевою дозою 40Гр. Через 4 тижні після закінчення хіміопроменевої терапії, 24.04.2009р., виконана операція низька передня резекція прямої кишки. Протокол операції - під загальним знеболенням після обробки операційного поля, виконана нижньо-серединна лапаротомія. Випота немає. Черевина чиста. Печінка звичайних розмірів без патологічних змін. Патології органів черевної порожнини та геніталій не виявлено. В середньоампулярному відділі прямої кишки визначається пухлиноподібне утворення до 3см в діаметрі. Проведена мобілізація сигмовидної кишки, прямої кишки на 5см нижче нижнього краю пухлини. Перев'язані нижньобрижові судини. Виконана низька передня резекція прямої кишки з апаратним десцендо-ректо анастомозом. Трансанальна інтубація кишки двома ПХВ трубками 1-а - діаметром 1см, довжиною 50см з отворами на кінці, проведена вище анастомоза на 30см і друга - діаметром 1см, довжиною 15см з отворами на кінці встановлена нижче анастомозу. Трубки фіксовані нитками до перианальної шкіри. Відновлена черевина малої миски. Спарені дренажі підведені в малу миску та за черевинний простір. Черевна порожнина пошарово ушита. Асептична наклейка.

Мікропрепарат - кишка з пухлиною виразково-інфільтративного типу до 3см в діаметрі. Лімфовузли в мезоректумі кількістю 3шт.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Дренажі та ендоректальну трубки видалені на 4 добу. 29.04.2009р. хвора виписана для амбулаторного нагляду за місцем проживання.



Фіг.