



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61773 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ НИЗЬКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ РАКУ НИЖНЬОАМПУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ

1

2

(21) 2003043492

(22) 17 04 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Даценко Борис Макарович, Даценко Олексій Борисович, Бардюк Олександр Якович, Або Галі Мохаммед, EG, Кирилов Олександр Віталійович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб формування низького колоректального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, який включає

низведення сигми до кулки прямої кишки за дренажну трубку з послідовною інвагінацією кулки прямої кишки до нижчерозташованого її сегмента та фіксацією її в цьому положенні провізорними швами-утримувачами, який відрізняється тим, що для повноцінної інвагінації анастомозу при короткій кулці прямої кишки лігатури, що фіксують її, накладають на тканини в зоні прикріплення до кишки м'язів тазового дна, а герметичність анастомозу підвищують завдяки застосуванню обвивного кетгуттового шва на край кулки прямої кишки замість першого ряду з 4 провізорних лігатур.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути застосованим як метод завершення черевно-анальної (сфінктерозберігаючої) резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, коли пухлина віддалена на 6-7 см від шкірно-анальної складки.

Відомий спосіб формування сигморектального анастомозу після "низької" резекції прямої кишки за допомогою апаратних-компресійних або степлерних технологій (F M Steichen, M M Rovitch *Stapling in Surgery* -Chicago - Year Book Medical Publishers - 1984 -391p.) Апаратні методики, особливо при застосуванні разових степлерних приладів, відрізняються високою вартістю і не завжди забезпечують герметичність товстокишкового анастомозу.

В основу ручних способів формування сигморектального анастомозу покладено методику інвагінаційного анастомозу при виконанні передньої резекції прямої кишки за Lockhart-Mummery (1934), суть якої полягає в протягуванні кулки сигмовидної кишки до кулки прямої за дренажну трубку (И Литтманн *Брюшная хирургия* - Будапешт - 1970 - стр 365). Недоліки цієї методики пов'язані з технічними труднощами фіксації окремими швами в глибині малого тазу незведеної сигмовидної кишки до кулки прямої, у зв'язку з чим герметичність анастомозу не завжди буває достатньою.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб формування інвагінаційного товстоки-

шкового анастомозу, розроблений для завершення операції з приводу раку середньоампулярного, верхньоампулярного або ректосигмоїдного відділів прямої кишки (В В Бойко, С В Гуц, В Т Гуц, В Н Горбенко *Способ наложения межкишечного анастомоза при хирургическом лечении осложненного рака толстой кишки* Клинич. хир. - 2001 - №11 - С 7-9).

Суть способу полягає в тому, що низведену до кулки прямої кишки за дренажну трубку сигму спочатку фіксували першим рядом з 4-х лігатур, провізорно накладених на край кулки прямої кишки, а при подальшому потягуванні за трубку інвагінували край кулки прямої кишки до нижче розташованого її сегменту, фіксуючи в такому положенні прошиванням низведеної сигми другим рядом провізорно накладених 4 лігатур.

Описаний спосіб має 2 основних недоліки. Першим з них є недостатня фіксація кулки прямої кишки на низведений сигмі 4 лігатурами, що не забезпечують герметичності анастомозу.

Другий недолік полягає в тому, що спосіб не можна застосовувати при резекції товстої кишки з приводу раку її нижньоампулярного відділу, тому що кулка прямої кишки, яка залишається, вистопть над певаторами не більше, ніж на 2 см, що виключає можливість накладання на неї другого ряду лігатур для послідовної інвагінації в просвіт нижче розташованого сегменту прямої кишки.

В основу винаходу покладено задачу удоско-

(13) A

(11) 61773

(19) UA

налення способу формування низького колоректального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, в якому за рахунок додаткових швів та характеру їх накладання досягається можливість завершити резекцію товстої кишки з приводу раку її нижньоампулярного відділу, а також забезпечується підвищення надійності (герметизації) анастомозу

Поставлена задача вирішується в способі формування низького колоректального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, який містить низведення сигми до кукси прямої кишки за дренажну трубку з послідовною інвагінацією кукси прямої кишки до нижчерозташованого її сегмента та фіксацію її в цьому положенні провізорними швами-утримувачами, згідно з виходом, лігатури, якими її фіксують, накладають на тканини в зоні прикріплення до кишки м'язів тазового дна, при цьому застосовують обвивний кетгутовий шов на край кукси прямої кишки замість першого ряду з 4 провізорних лігатур

Поставлена задача вирішується за допомогою формування другого ряду 4 провізорних лігатур, які накладають не на стінку кукси, а на леватори в зоні їх прикріплення по колу до прямої кишки. Тим самим забезпечується можливість послідовної інвагінації кукси прямої кишки до просвіту її нижче розташованого сегмента

Другою відмінністю від прототипу є застосування обвивного шва на край кукси прямої кишки замість першого ряду провізорних лігатур, що полегшує техніку її фіксації до незведеної сигми та підвищує герметизм інвагінаційного анастомозу

Спосіб, що заявляється, пояснюють кресленням фіг 1-3, де зображені етапи операції

На фіг 1 – початковий етап формування низького сигморектального анастомозу

фіксація кінця сигмовидної кишки 1 на шпунковому зонді 2 товстою лігатурою 3,

накладання обвивного кетгутового шва 4 на кінець кукси прямої кишки 5,

накладання провізорних лігатур 6 на леватори 7 в зоні їх прикріплення до прямої кишки 8

На фіг 2 – початковий етап формування низького сигморектального анастомозу

підтягуючи зонд, фіксована на ньому сигма 1 низводиться у куксу прямої кишки 5,

обвивний кетгутовий шов 4 затягнутий на 0,8-1,0см вище лігатури 3, яка фіксує сигмовидну кишку на зонді

На фіг 3 – початковий етап формування низького сигморектального анастомозу, де

підтягуючи зонд, затягнута на сигмі обвивним швом кукса прямої кишки 5 інвагується до її нижчерозташованого сегмента 9,

інвагінаційний анастомоз фіксується прошиванням стінки низведеної сигми раніше накладеними на леватори 4 лігатурами-утримувачами 6

Спосіб, що заявляється, здійснюється таким чином. Стандартна мобілізація прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного її відділу має ту особливість, що зона прикріплення леваторів по периметру прямої кишки на відстані 1,0-1,5см ретельно звільняється від залишків жирової клітковини. Після видалення препарату при онкологічно

правильно виконаній резекції прямої кишки кукса її вистопть над леваторами у межах 2-2,5см

Потягуючи за накладений на край кукси прямої кишки Г-образний затискач, накладаємо 4 лігатури-утримувачі тканини в зоні прикріплення до кишки м'язу тазового дна (фіг 1), що забезпечує інвагінацію зони анастомозу. На край кукси накладаємо обвивний кетгутовий шов (фіг 1), просвіт кишки ретельно санується

Кінець сигмовидної кишки на протязі 3,0-3,5см звільняємо від жирових привісків (скелетизуємо), контролюючи збереження в ньому повноцінного кровотоку. З боку промежини через куксу прямої кишки проводимо товстий (1,2-1,4см) шпунковий зонд, який (після ретельної санації) вводимо в сигму на глибину 12-15см та фіксуємо товстою лігатурою, затягуючи її у краю кишки (фіг 1)

Потягуючи за зовнішній кінець зонда, низводимо фіксовану на ньому сигмовидну кишку та інвагуємо її кінець до кукси прямої кишки на глибину до 1,5см, після чого затягуємо обвивний кетгутовий шов (фіг 2). Ще раз потягуємо зонд, інвагуємо затягнуту на сигмі обвивним кетгутовим швом куксу прямої кишки до нижче розташованого її сегменту до рівня леваторів та фіксуємо її в цьому положенні шляхом прошивання стінки низведеної кишки раніше накладеними на леватори 4 лігатурами-утримувачами (фіг 3). Після цього промежинна рана дрениється трубкою, яка позачеревно виводиться через контрапертуру в правій здухвинній ділянці. Очеревина тазового дна підшивається над анастомозом до низведеної сигми, лапаротомна рана зашивається пошарово

Приклад. Хворий К., 45 років поступив у плановому порядку 5.08.02 з діагнозом захворювання прямої кишки.

Обстеження при пальцевому дослідженні та ректороманоскопії - на відстані 6см від анусу визначається пухлинноподібне новоутворення розміром 4х3х3см на передньо-бічній стінці прямої кишки. Взятя щіпкова біопсія.

При УЗД дослідженні - без, патології. Мікроскопічне дослідження препарату будова помірно диференційованої аденокарциноми.

Встановлено діагноз: рак прямої кишки (нижньоануперного відділу) Т 2-3 N0 M0. В комплексі передопераційної підготовки проведено курс променевої терапії середніми фракціями в загальній дозі 25гр.

В плановому порядку 14.08.02 хворий оперативний виконано внутрішньо черевна резекція прямої кишки з пухлиною, з формуванням колоректального анастомозу по розробленому способу. Післяопераційний період протікав без особливостей.

На 2-3 добу по зонду почали відходити гази та рідке копове випорожнення.

На 5 добу самостійно відійшов зонд, на якому формувалася анастомоз.

На 7 добу у хворого з'явилося самостійне м'яке оформлене випорожнення. На 12 добу хворого було виписано.

Контрольний огляд через 1, 3, 6міс. скарг немає, при пальцевому, ректороманоскопічному та УЗД дослідженні зона анастомоза м'яка, без звуження, рецидивів захворювання не виявлено.

Таким чином, запропонований спосіб забезпечує можливість формування сигморектального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, при якому інвагінація короткої (до 2 см) кукси прямої кишки здійснюється завдяки накладанню провізорних швів на

леватори в зоні їх прикріплення до прямої кишки, застосування обвивного шва на край кукси прямої кишки замість першого ряду провізорних лігатур забезпечує техніку фіксації низведеної сигми та підвищує герметизм інвагінаційного анастомозу

