



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34061** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БЕЗШОВНОГО ІНВАГІНАЦІЙНОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ НИЗЬКІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ З ПРИВОДУ РАКУ НИЖНЬОАМПУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ**

1

(21) u200802678

(22) 29.02.2008

(46) 25.07.2008, Бюл. № 14, 2008 р.

(72) ДАЦЕНКО БОРИС МАКАРОВИЧ, UA, ДАЦЕНКО ОЛЕКСІЙ БОРИСОВИЧ, UA, КИРИЛОВ ОЛЕКСАНДР ВІТАЛІЙОВИЧ, UA, БАРДЮК ОЛЕКСАНДР ЯКОВИЧ, UA

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, UA

(57) Спосіб формування безшовного інвагінаційного колоректального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, який включає низведення сигми до кукси

2

прямої кишки за дренажну трубку з послідовною інвагінацією кукси прямої кишки до нижче розташованого її сегмента та фіксацією її в цьому положенні 4 провізорними лігатурами-утримувачами, накладеними на тканини в зоні прикріплення до кишки м'яза тазового дна, який **відрізняється** тим, що зав'язують 4 лігатури-утримувачі, заздалегідь накладені знизу на зону прикріплення м'язів тазового дна до прямої кишки, а зверху - на зведену сигмоподібну кишку, відступивши від її краю на 1,5 см і в строгій відповідності з положенням лігатур, накладених на зону прикріплення м'язів тазового дна до кукси прямої кишки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана як метод завершення черевно-анальної (сфінктерозберігаючої) резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного її 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. - 391 p.]. Апаратні методи, особливо при застосуванні разових степлерних примірників, 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 кукси сигмоподібної кишки до кукси прямої за дренажну трубку [И. Литтманн Брюшная хирургия. - Будапешт. - 1970. - С.365]. Застосування цього способу обмежене резекціями сигмоподібної та верхньоампулярного відділу прямої кишки; при локалізації пухлини в середньо- та нижньоампулярній частини використовувати його технічно не можливо.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб формування низького колоректального анастомозу при резекції прямої кишки з приводу

раку нижньоампулярного відділу [Деклараційний патент на винахід UA 61773 A].

Спосіб включає низведення сигми до кукси прямої кишки за дренажну трубку з послідовною інвагінацією кукси прямої кишки до нижче розташованого її сегмента та фіксацією її в цьому положенні провізорними швами-утримувачами. При цьому для повноцінної інвагінації анастомозу при короткій куксі 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 кетгутового шва на край кукси прямої кишки замість першого ряду з 4 провізорних лігатур.

Недоліки цієї методики пов'язані з технічними труднощами фіксації окремими швами в глибині малого тазу низведеної сигмоподібної кишки до кукси прямої, у зв'язку з чим герметичність анастомозу не завжди буває достатньою. У випадках вузького малого тазу, особливо у огрядних хворих, ручний шов для фіксації інвагінаційного анастомозу технічно нездійснимий.

В основу корисної моделі покладено задачу удосконалення способу формування безшовного інвагінаційного колоректального анастомозу при низькій резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, в якому за рахунок зміни етапів операції, досягається повноцінна фіксація низведеної сигмоподібної кишки в коротку куксу прямої кишки, завдяки чому відбувається формування сигморектального анастомозу та підвищен-

(13) **U**  
(11) **34061**  
(19) **UA**

на його надійності.

Поставлена задача вирішується в способі формування безшовного інвагінаційного колоректального анастомозу при низькій резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, який включає низведення сигми до кукси прямої кишки за дренажну трубку з послідовною інвагінацією кукси прямої кишки до нижче розташованого її сегменту та фіксацією її в цьому положенні 4 провізорними лігатурами-утримувачами накладеними на тканини в зоні прикріплення до кишки м'язу тазового дна, згідно з корисною моделлю, зав'язують 4 лігатури-утримувачі, заздалегідь накладені знизу - на зону прикріплення м'язів тазового дна до прямої кишки, а зверху - на зведену сигмоподібну кишку, відступивши від її краю на 1,5см і в строгій відповідності з положенням лігатур, накладених на зону прикріплення м'язів тазового дна до кукси прямої кишки.

Сигмоподібний анастомоз дозволяє безшовно фіксувати низведену сигмоподібну кишку до інвагінатованої культі прямої кишки після виконання низької резекції прямої кишки з приводу раку її нижньоампулярного відділу, а також забезпечує підвищення надійності (герметизації) анастомозу, в умовах вузького тазу і у тому разі, коли накладання швів у порожнині малого тазу стає технічно неможливим.

Спосіб, що заявляється, пояснюють малюнки Фіг.1-3, де зображені етапи операції.

На Фіг.1 - початковий етап формування низького сигморектального анастомозу:

- фіксація кінця сигмоподібної кишки на шлунковому зонді 2 товстою лігатурою 3 та накладання провізорних лігатур 1 на сигму;
- накладання обвивного кетгutowого 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 - проміжний етап формування низького сигморектального анастомозу:

- підтягуючи зонд, фіксована на ньому сигма 1 низводиться у куксу прямої кишки 5;
- обвивний кетгutowий шов 4 затягнутий на 0,8-1,0см вище лігатури 3, яка фіксує сигмоподібну кишку на зонді;

На Фіг.3 зображений завершальний етап формування низького сигморектального анастомозу

- підтягуючи зонд, затягнута на сигмі обвивним швом кукса прямої кишки 5 інвагінується до її нижче розташованого сегмента 9;
- інвагінаційний анастомоз фіксується зв'язуванням 4 лігатур-утримувачів раніше накладеними на леватори та сигмовидну кишку 6.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

Виконують стандартну мобілізацію прямої кишки з приводу раку її нижньоампулярного відділу, при цьому 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 вистить над леваторами у межах 2-2,5см. У цих умовах стандартне накладання 4 швів-утримувачів

на куксу прямої кишки протипоказано, оскільки довжина кишки, що «залишається» над цими швами краю, не перевищує 1,5см, що робить проблематичною його успішну (а тим більше - надійну) інвагінацію в просвіт відділів кукси прямої кишки, що пролягають нижче.

Відповідно цьому, місце фіксації швів-держалок нами було зміщено донизу. Потягуючи за накладений на край кукси прямої кишки Г-подібний затискач, ці 4 лігатури-утримувачі накладаємо на тканини в зоні прикріплення до кишки м'язу тазового дна, використовуючи їх двічі по різному призначенню. Після чого за допомогою швів-утримувачів забезпечують фіксацію кукси прямої кишки (після зняття Г-подібного затискача), коли на край кукси після санації її просвіту накладаємо обвивний кетгutowий шов (Фіг.1).

Кінець сигмоподібної кишки на протязі 3,0-3,5см звільняють від жирових привісків (скелетують), контролюючи збереження в ньому повноцінного кровотоку. Стерильний товстий (1,2-1,4см) шлунковий зонд проводять через куксу прямої кишки до нарузі (на промежину); другий його кінець вводять в сигму на глибину 12-15см та фіксують товстою лігатурою, затягуючи її у краю кишки (Фіг.1). Вище лігатури, на відстані 1,3-1,5см від неї на кишку накладають 4 лігатури-утримувачі, відповідно 4 лігатурам, аналогічно накладеним раніш на куксу прямої кишки.

Потягуючи за зовнішній кінець зонда, низводять фіксовану на ньому сигмоподібну кишку та інвагінують її кінець до кукси прямої кишки на глибину до 1,5см, після чого затягують обвивний кетгutowий шов (Фіг.2). Ще раз потягують зонд, інвагінують затягнуту на сигмі обвивним кетгutowим швом куксу прямої кишки до нижче розташованого її сегменту до рівня леваторів та фіксують її в цьому положенні шляхом зв'язування 4 лігатур-утримувачів, які були раніше накладені як на леватори, так і на сигмоподібну кишку (Фіг.3).

Промежину рану дренують трубкою, яку по-заочеревинно виводять через контрапертуру в правій здухвинній ділянці. Очеревину тазового дна підшивають над анастомозом до низведеної сигми, лапаротомну рану зашивають пошарово.

Приклад. Хворий Д., 57 років поступив у плановому порядку 17.10.07. з приводу захворювання прямої кишки.

Обстеження: при пальцевому дослідженні та ректороманоскопії - на відстані 5см від анусу визначається пухлино подібне новоутворення розміром 5х4х3см по задньо-бічній стінці прямої кишки. Взята щіпкова біопсія. При УЗД та комп'ютерній томографії органів черевної порожнини та лімфовузлів малого тазу патології не виявлено. Мікроскопічне дослідження препарату - помірно диференційована аденокарцинома.

Встановлено діагноз: рак нижньоампулярного відділу прямої кишки T<sub>2-3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. В комплексі передопераційної підготовки проведено курс променевої терапії середніми фракціями в загальній дозі 25Гр.

В плановому порядку 30.10.07 хворий оперований: виконано внутрішньочеревну резекцію прямої кишки з пухлиною з формуванням колоректального анастомозу по розробленому способу.

Післяопераційний період проходив без особливостей. На 3 добу по зонду почали відходити гази та рідке калове випорожнення. На 6 добу самостійно відійшов зонд, на якому було сформовано анастомоз. На 8 добу у хворого з'явилося самостійне м'яке оформлене випорожнення. На 14 добу хворого було виписано.

Контрольний огляд через 1, 3 та 6 міс: скарги на випорожнення 2-3 рази на добу; при пальцево-му дослідженні, ректороманоскопії зона анастомозу м'яка, без звуження, сфінктер у тонусі, функція утримання не порушена.

Таким чином, запропонований спосіб забезпе-

чує можливість формування сигмореctalного анастомозу при резекції прямої кишки з приводу раку нижньоампулярного відділу, при якому інвагінацію короткої (до 2см) кулки прямої кишки здійснюють завдяки накладанню провізорних швів на леватори в зоні їх прикріплення до прямої кишки, а фіксацію інвагінованої кишки здійснюють завдяки «простого» зв'язування провізорно накладених лігатур; застосування обвивного шва на край кулки прямої кишки замість першого ряду провізорних лігатур забезпечує техніку фіксації низведеної сигми та підвищує герметизацію інвагінаційного анастомозу.

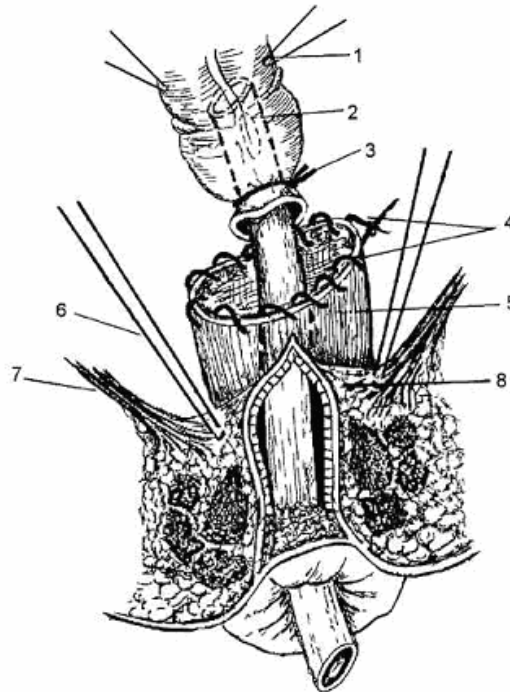


Fig. 1

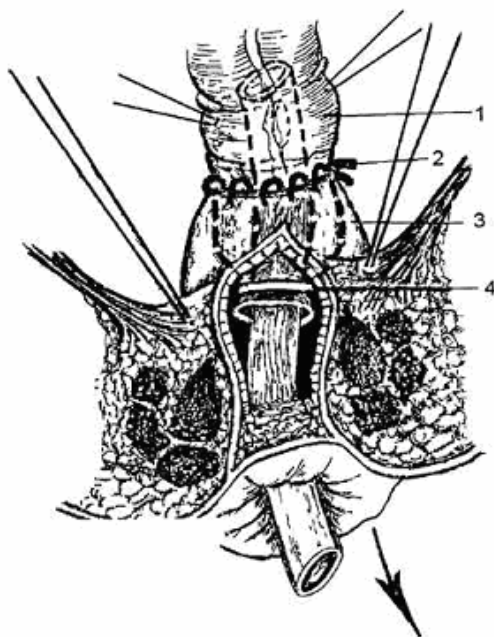


Fig. 2

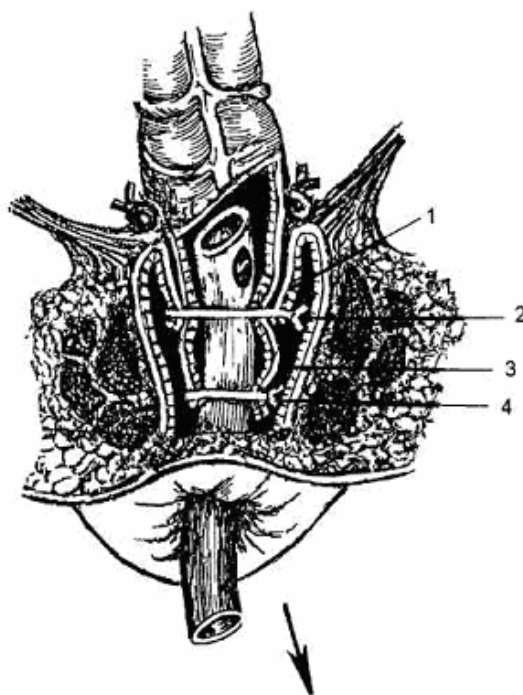


Fig. 3