



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19190 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/32

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200604556

(22) 25.04.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Хворостов Євген Дмитрович, Цівенко Олексій
Іванович, Томін Михайло Сергійович

(73) Хворостов Євген Дмитрович, Цівенко Олексій
Іванович, Томін Михайло Сергійович

(57) Спосіб мобілізації прямої кишки, що включає розсічення шкіри, підшкірної клітковини, зв'язок, м'язів, видалення регіонарних лімфовузлів та коагуляцію судин, який **відрізняється** тим, що вищезгадані маніпуляції виконують за допомогою ультразвукового скальпеля з робочою насадкою у вигляді ножиць або гачка.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до колопроктології, і може бути використана для радикального лікування хворих на рак нижчеампулярного відділу прямої кишки.

Відомий спосіб мобілізації прямої кишки який включає видалення всієї прямої кишки разом із клітковиною і з регіонарними лімфатичними вузлами за допомогою скальпеля та ножиць з перев'язуванням судин [1].

Недоліками цього способу є неповний гемостаз у зоні операції, травматизація тканин, що негативно впливає на загоєння, а також значний ризик розсіювання життєздатних клітин злоякісної пухлини, що неминуче призведе до рецидиву захворювання.

Найбільш близьким до заявленого є спосіб мобілізації прямої кишки, що включає: розсічення шкіри, підшкірної клітковини, зв'язок, м'язів та видалення регіонарних лімфовузлів за допомогою скальпеля та ножиць. При цьому кровотечу з судин зупиняють шляхом коагуляції монополярним електродом чи пінцетом [2].

Основними недоліками цього способу є: неповний гемостаз у зоні операції, утворення зон коагуляційного некрозу, травматизація тканин, що негативно впливає на загоєння, а також ризик розсіювання життєздатних клітин злоякісної пухлини. Крім цього електрокоагуляція не може бути використана у пацієнтів зі штучним водієм ритму, тому що електричні імпульси можуть вивести його з ладу.

В основу корисної моделі поставлена задача створити такий спосіб мобілізації прямої кишки, який би дозволив забезпечити повний гемостаз, зменшити травматизацію тканин і виразність зон

коагуляційного некрозу, попередити розсіювання життєздатних клітин, видалення злоякісної пухлини.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі мобілізації прямої кишки, який включає розсічення шкіри, підшкірної клітковини, зв'язок, м'язів, видалення регіонарних лімфовузлів та коагуляцію судин, відповідно до корисної моделі, вищезгадані маніпуляції виконують ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у вигляді ножиць або гачка.

Використання ультразвукового скальпеля з насадками у виді ножиць або гачка забезпечує повний гемостаз, знижує травматизацію тканин, зменшує зону коагуляційного некрозу, знижує ризик розсіювання життєздатних клітин злоякісної пухлини.

Спосіб здійснюють таким чином.

При виконанні очережено-промеженої екстирпації прямої кишки промежений етап мобілізації прямої кишки починають таким чином. Товстою ниткою, кісетним швом зашивають задній прохід, і відступаючи від нього 1-2см, ультразвуковим скальпелем проводять розріз шкіри навколо його. Додатково для більшої асептики на шкіряні краї накладають окремі шви шовком. Далі ультразвуковим скальпелем розсікають підшкірну клітковину. На цьому етапі використовують ультразвуковий скальпель з робочими насадками у виді чи ножиць, або гачка з частотою коливання леза 55,5кГц. Клітковину, що розсікається, захоплюють гачком, або стискають між браншами ножиць і в режимі різання перетинають. Потім ближче до куприка ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у виді ножиць розсікають волокна прямокишково-

(13) U
(11) 19190
(19) UA

куприкового м'яза і заднепрохідно-купрової зв'язки. При цьому диссекцію здійснюють захоплюючи м'язи між браншами, чергуючи режими коагуляції і розсічення. Орієнтуючись на сполученнотканинний футляр, утворений власною фасцією, продовжують виділення прямої кишки по задньої стінці. По передній поверхні хрестця відшаровують усю сидничо-прямокишкову клітковину в сторону кишки. Поперечний м'яз і м'язи, що піднімають задній прохід перетинають ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у виді ножиців, але при цьому переважно використовують режим коагуляції, що забезпечує надійний гемостаз. Таким чином, єдиним блоком з мобілізованою прямою кишкою видаляються регіонарні лімфовузли. На цьому мобілізація прямої кишки з боку промежини завершується.

Приклад. Хворий Т., 76 років. Історія хвороби №96. Діагноз: рак прямої кишки T4N1M0 (III стадія). Надійшов у клініку зі скаргами на болі в нижніх відділах живота, наявність крові в калі, слабкість, запори. При об'єктивному дослідженні: загальний стан середньої ваги, язик у кореня обкладений білим нальотом, при пальпації живіт м'який, незначно хворобливий у лівій пахвинно-підвздошної області і над лобком. При пальцевому дослідженні прямої кишки визначається бугриста пухлина на 5см від ануса. При ректороманоскопії: циркулярно охоплює просвіт прямої кишки пухлина, слизова над нею бугриста, інфільтрована, легко кровоточить, розташована на 5см від ануса. Узятю біопсію. При гістологічному дослідженні високодиференційована аденокарцинома прямої кишки. При ультразвуковому дослідженні віддалених метастазів не виявлено. Передопераційна підготовка, операція. Після лапаротомії, при ревізії органів черевної порожнини метастази не виявлені. За допомогою ультразвукового скальпеля Ultracision (Ethicon) з робочою насадкою у виді ножиців, чергуючи режими різання і коагуляції виконана мобілізація сигмоподібної і прямої кишок до верхнього полюса пухлини разом з регіонарними лімфовузлами. Надалі розпочато промежений етап операції. Товстою ниткою кісетним швом зашитий задній прохід, і відступаючи від нього на 1см, ультразвуковим скальпелем провели розріз шкіри навколо нього. Додатково на шкіряні краї накладені окремі шви шовком. Далі ультразвуко-

вим скальпелем розсікли підшкірну клітковину. Клітковина, що розсікається, захоплювалася і стискувалася між браншами ультразвукових ножиців і в режимі різання перетиналася. Потім ближче до куприка ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у вигляді ножиців розсічені волокна прямокишково-куприкового м'яза і заднепрохідно-купрової зв'язки. При цьому диссекція здійснювалася захоплюючи м'язи між браншами і чергуючи режими коагуляції і розсічення. По передній поверхні хрестця відшарована вся сидничо-прямокишкова клітковина кишки. Поперечний м'яз і м'язи, що піднімають задній прохід пересічені ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у виді ножиців, але при цьому переважно був використаний режим коагуляції, що забезпечило надійний гемостаз. На цьому мобілізація прямої кишки з боку промежини завершена, пряма кишка з пухлиною і дистальний відділ сигмоподібної кишки вилучені разом з регіонарними лімфовузлами та сформовано протиприродний задній прохід. Після проведення ретельної ревізії ушито дефект парієтальної очеревини. Операція завершена дрениванням порожнини малого таза і промеженої рани рукавичково-трубковими дренажами. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень, пацієнт виписаний на 12 добу зі стаціонару.

Усього було проведено 9 очережено-промежених екстирпацій прямої кишки з мобілізацією прямої кишки ультразвуковим скальпелем із приводу раку, інтраопераційних і післяопераційних ускладнень ми не спостерігали. Застосування ультразвукового скальпеля при операціях із приводу раку прямої кишки забезпечує практично безкровне операційне поле, відмінний візуальний контроль, меншу травматизацію тканин і незначні зони коагуляційного некрозу, а також зводить до мінімуму ризик розсіювання життєздатних клітин, видаляємої злоякісної пухлини. Крім цього ультразвуковий скальпель може бути використаний у пацієнтів зі штучним водієм ритму, тому що ультразвук не впливає на дію данного приладу.

Джерела інформації:

1. Федоров В.Д. Рак прямой кишки.- М: Москва, - 1979. - С. 181-192.
2. Петерсен Б.Е. Атлас онкологических операций. - М: Москва, - 1987. - С. 398-413.