



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 4027

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ЦЕКОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) 20040604322

(22) 04.06.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Пойда Олександр Іванович, Мельник Володимир Михайлович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб формування цекоректального анастомозу шляхом з'єднання стінок сліпої кишки з відрізком прямої кишки, який відрізняється тим, що повністю зберігають сліпу кишку, а для анастомозування використовують поверхню її купола.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний при формуванні цекоректального анастомозу після субтотальної дистальної резекції ободової а також після субтотальної дистальної резекції ободової та передньої резекції прямої кишок.

Відомий спосіб формування асцендоректального анастомозу [1]. Після виконання радикального етапу оперативного втручання відрізок висхідної кишки разом з ілеоцекальним відділом розвертають проти часової стрілки на 180°, опускають в порожнину малого тазу і формують анастомоз.

Способу властиві недоліки.

1. Нemoжливість застосування у випадках враження патологічним процесом висхідної ободової кишки, високого розташування ілеоцекального відділу і неможливості його зведення в порожнину малого тазу шляхом здійснення повороту проти часової стрілки.

2. Травматичність способу внаслідок здійснення повороту ілеоцекального відділу проти часової стрілки.

Найближчим аналогом способу обраного в якості прототипу є спосіб формування цекоректального анастомозу, який передбачає збереження баугінієвої заслінки [2]. З метою забезпечення порційної евакуації вмісту тонкої кишки в товсту зберігають баугінієву заслінку, розташовану на межі тонкої і сліпої кишок. При цьому майже повністю видаляють сліпу кишку, залишають лише її стінки в радіусі 2-3 см від межі ілеоцекальної заслінки. Анастомоз формують між залишеними стінками сліпої кишки та куксою прямої.

Способу властиві недоліки.

1. Відсутність резервуару проксимальніше зформованого анастомозу для вмісту тонкої киш-

ки, який потрапив через баугінієву заслінку в порожнину товстої кишки, що негативно впливає на перебіг процесів всмоктування і формування калових мас.

2. Технічні труднощі формування анастомозу між відрізками стінок сліпої кишки та куксою анального каналу.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у формуванні більш досконалого цекоректального анастомозу.

Поставлена задача досягається тим, що відомий спосіб формування цекоректального анастомозу виконують шляхом з'єднання стінок сліпої кишки з відрізком прямої кишки, який відрізняється тим, що повністю зберігають сліпу кишку, а для анастомозування використовують поверхню її куполу.

Суть корисної моделі пояснена графічно. На Фіг. 1 зображено етап підготовки до формування цекоректального анастомозу, де 1 - кукса висхідної кишки, 2 - перехідна складка очеревини, 3 - сліпа кишка, 4-ілеоцекальний відділ. Фіг. 2 ілюструє етап дислокації сліпої кишки, ілеоцекального відділу в порожнину малого тазу та формування цекоректального анастомозу, де 5 - порожнина малого тазу, 6 - цекоректальний анастомоз, 7 - купол сліпої кишки, 8 - кукса прямої кишки.

Спосіб формування цекоректального анастомозу виконують наступним чином. Після завершення радикального етапу оперативного втручання формують куксу висхідної кишки 1, розсікають перехідну складку очеревини 2, виконують дислокацію сліпої кишки 3 та ілеоцекального відділу 4 в порожнину малого тазу 5 і формують цекоректальний анастомоз 6, між куполом сліпої кишки 7 і куксою прямої кишки 8. Приклади конкретного ви-

(13) U

(11) 4027

(19) UA

конання.

1. Пацієнт К. 32 років, № історії хвороби 43 госпіталізований в клініку 17.01.2003 року. Після обстеження встановлено діагноз доліхомегаколон, субтотальне враження товстої кишки. 24.01.2003 р. Виконана операція - субтотальна дистальна резекція ободової та передня резекція прямої кишки. Зформована кукса висхідної кишки, виконана дислокація сліпої кишки та ілеоцекального відділу в порожнину малого тазу, зформовано цекоректальний анастомоз між куполом сліпої кишки та куксою прямої. Після виконаної операції хворий двічі був обстежений в умовах клініки. Стан хворого при першому та наступному обстеженнях задовільний. Кількість випорожнень протягом доби становить 2-3 рази. Стілець оформлений, кашоподібний. Дефіциту маси тіла не встановлено. Діагностовано постколектомічний синдром 1 ступеню.

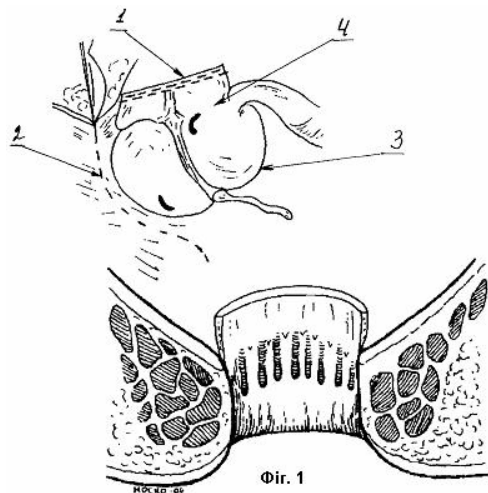
2. Пацієнт С. 68 років № історії хвороби 127 госпіталізований в клініку 19.03.2003 року з діагнозом: денокарцинома нижньої третини сигмовидної кишки стадія III клінічна група II (Т3, N1Mx), дивертикулярна хвороба ободової кишки, субтотальне враження. 28.03.2003 р. виконана операція - субтотальна дистальна резекція ободової кишки. Зформована кукса висхідної кишки, виконана дислокація сліпої кишки та ілеоцекального відділу в порожнину малого тазу, зформовано цекоректальний анастомоз між куполом сліпої кишки та куксою прямої. Після виконаної операції хворий

через 6 місяців був обстежений в клініці. Стан хворого задовільний. Кількість випорожнень протягом доби - 2-3 рази. Стілець оформлений, кашоподібний. Дефіциту маси тіла немає. Діагностовано постколектомічний синдром 1 ступеню.

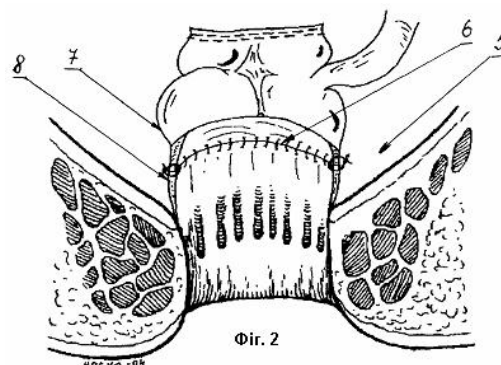
Особливість корисної моделі у порівнянні з прототипом та іншим аналогом полягає у збереженні сліпої кишки, як резервуару для накопичення вмісту, покращення процесів всмоктування і формування калових мас, у випадках враження патологічним процесом і неможливості збереження висхідної ободової кишки. Формування цекоректального анастомозу між куполом сліпої кишки і куксою прямої створює умови для більш тривалої затримки кишкового вмісту в порожнині сліпої кишки, завдяки зворотнього антиперистальтичного просування кишкового вмісту у напрямку від баугінієвої заслінки до куполу сліпої кишки. Атравматичність дислокації сліпої кишки та ілеоцекального відділу в порожнину малого тазу без повороту зазначених анатомічних структур на 180° сприяє збереженню їх адекватного кровопостачання і як наслідок сприятливому перебігу репаративних процесів в ділянці цекоректального анастомозу.

Список літератури:

1. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. //Клиническая оперативная колопроктология. М. - 1994. - 432 с.
2. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев.-«Здоровья» - 1990. - 176 с.



Фиг. 1



Фиг. 2