



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15381 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

2

(21) u200603414

(22) 29.03.2006

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Бондар Володимир Григорович, Василь'єв Владислав Володимирович, Остапенко Юрій Вікторович, Бондар Григорій Володимирович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб формування кишкового анастомозу, що включає мобілізацію і резекцію кишки з патологічно зміненою ділянкою, відновлення кишкової неперервності за типом „кінець у кінець”, який **відрізняється** тим, що резектують сигмоподібну та частину прямої кишки з пухлиною у області ректосигмоїдного кута, виконують пристінкову деперитонізацію дистального відрізка привідної частини

товстої кишки до лінії резекції протягом 2-2,5 см та видаляють навколишню клітковину разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції протягом 2,5 см на глибину до циркулярного м'язового шару, формують задню лінію анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5 см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивають між собою крізь усі шари вузловим кетгутувим вкручувальним швом, інвагінують міжкишковий кінцево-кінцевий товсто-прямокишковий анастомоз у просвіт дистальної частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовжують формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу.

Спосіб, що заявляється, належить до медицини, а саме до хірургії та онкології та може бути використаний при видаленні пухлини в області ректосигмоїдного кута та відновленні неперервності кишкового тракту формуванням товстопрямокишкового анастомозу.

Відомо спосіб формування кишкового анастомозу [1. Симич П. Хирургия кишечника. - Медицинское издательство. - Бухарест. - 1979. - С.317], що включає мобілізацію і резекцію кишки з патологічно зміненою ділянкою, відновлення кишкової неперервності за типом: «кінець у кінець». При цьому анастомоз «кінець у кінець» формують послідовним зшиванням стінок кишок трьохрядним або однорядним швом.

Недоліком відомого способу є те, що великим є ризик неспроможності швів, в особливості у брижовому краю.

Найбільш близьким за технічною суттєвістю до способу, що заявляється, є спосіб формування кишкового анастомозу [2. Хирургия органов пищеварения. - Республиканский межведомственный сборник. - Вып. 3. - 1974. - С.93-98], що включає мобілізацію і резекцію кишки з патологічно зміненою ділянкою та відновлення кишкової неперервності за типом: «кінець у кінець». При цьому

проксимальний відрізок товстої кишки занурюють у дистальний.

Недоліком відомого способу є те, що занурюють вільний привідний відрізок товстої кишки з мобілізованою від краю брижою у просвіт відповідного відрізка товстої кишки, що призводить до стикування серозної оболонки привідного відрізка зі слизовою відповідного, а це призводить до пролонгування репаративних процесів та у кінці кінців зводить до просвіту анастомозу.

В основу способу, що заявляється, поставлена задача створення способу формування кишкового анастомозу шляхом пристінкової деперитонізації дистального відрізка привідної частини товстої кишки до лінії резекції та видалення навколишньої клітковини разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції на глибину до циркулярного м'язового шару, формування задньої лінії анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5 см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивають між собою крізь усі шари вузловим кетгутувим швом, що ввертається, інвагінації міжкишкового кінце-кінцевого товсто-прямокишкового анастомозу у просвіт дистальної

(19) UA (11) 15381 (13) U

частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовження формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу, що дає можливість забезпечення функціональної повноцінності анастомозу та підвищення його надійності.

Сутність способу полягає в тому, що виконують мобілізацію і резекцію сигмовидної та частини прямої кишки з пухлиною у області ректосигмоїдного кута, відновлення кишкової неперервності за типом «кінець у кінець», виконують пристінкову деперитонізацію дистального відрізка привідної частини товстої кишки до лінії резекції на протязі 2-2,5см та видаляють навколишню клітковину разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції на протязі 2,5см на глибину до циркулярного м'язового шару, формують задню лінію анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивають між собою скрізь усі шари вузловим кетгутовим швом, що ввертається, інвагінують міжкишковий кінце-кінцевий товсто-прямокишковий анастомоз у просвіт дистальної частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовжують формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу.

Новим в способі, що заявляється, є те, що резекують сигмовидну та частину прямої кишки з пухлиною у області ректосигмоїдного кута, виконують пристінкову деперитонізацію дистального відрізка привідної частини товстої кишки до лінії резекції на протязі 2-2,5см та видаляють навколишню клітковину разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції на протязі 2,5см на глибину до циркулярного м'язового шару, формують задню лінію анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивають між собою скрізь усі шари вузловим кетгутовим швом, що ввертається, інвагінують міжкишковий кінце-кінцевий товсто-прямокишковий анастомоз у просвіт дистальної частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовжують формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу.

На Фіг.1 представлені підготовлені проксимальний та дистальний відрізки товстої та прямої кишок.

На Фіг.2 представлено формування задньої лінії анастомозу.

На Фіг.3 представлено інвагінацію товсто-прямокишкового анастомозу у просвіт дистальної частини прямої кишки.

На Фіг.4 представлено поздовжній розріз сформованого анастомозу.

На Фіг.5 представлено сформований анастомоз.

Реалізують спосіб наступним чином. Вводять хворого у наркоз, виконують лапаротомію, проводять ревізію органів черевної порожнини. Далі мобілізують ділянки товстої та прямої кишок у обидва боки від локалізації патологічного процесу в обла-

сті ректосигмоїдного кута, резекують його у межах здорових тканин між зажимами. Відсікають брижу від привідного відрізка товстої кишки на 4см, а на протибрижовому краї на цієї ж відстані перев'язують та відсікають жирові підвіски. Зближують привідний та відвідний відрізки товстої та прямої кишок, розвертають їх до притикання. Роблять пристінкову деперитонізацію дистального відрізка привідної частини товстої кишки до лінії резекції на протязі 2-2,5см та видаляють навколишню клітковину разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції на протязі 2,5см на глибину до циркулярного м'язового шару, формують задню лінію анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивають між собою скрізь усі шари вузловим кетгутовим швом, що ввертається, інвагінують міжкишковий кінце-кінцевий товсто-прямокишковий анастомоз у просвіт дистальної частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовжують формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу.

Приклад 1. Хворий Ц., 68 років. Діагноз: Рак ректосигмоїдного відділу кишечника. Показано оперативне лікування.

Під ендотрахеальним наркозом виконано лапаротомію з подальшою ревізією органів черевної порожнини. Далі мобілізували ділянки товстої та прямої кишок у обидва боки від локалізації патологічного процесу в області ректосигмоїдного кута, резекували його у межах здорових тканин між зажимами. Відсікали брижу від привідного відрізка товстої кишки на 4см, а на протибрижовому краї на цієї ж відстані перев'язували та відсікали жирові підвіски. Зближували привідний та відвідний відрізки товстої та прямої кишок, розвертали їх до притикання. Виконували пристінкову деперитонізацію дистального відрізка привідної частини товстої кишки до лінії резекції на протязі 2-2,5см та видаляли навколишню клітковину разом з поздовжньо-м'язовим шаром зі стінки прямої кишки від лінії резекції на протязі 2,5см на глибину до циркулярного м'язового шару з подальшим формуванням задньої лінії анастомозу накладанням вузлових серозно-м'язових швів між мобілізованими частинами стінок товстої та прямої кишок на рівні 2-2,5см від краю просвітів товстої та прямої кишок, що зшивали між собою скрізь усі шари вузловим кетгутовим швом, що ввертається, інвагінували міжкишковий кінце-кінцевий товсто-прямокишковий анастомоз у просвіт дистальної частини прямої кишки на глибину задньої лінії серозно-м'язових швів та продовжували формування передньої лінії серозно-м'язових швів за колом анастомозу.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. У віддаленому періоді: через 1, 3 та 6 місяців при клінічному огляді та рентгенологічному обстеженні констатовано задовільний стан функції анастомозу.

Використання способу, що заявляється, дає можливість виключити неспроможність швів та стеноз просвіту, підвищити механічну міцність

сформованого анастомозу та забезпечити його надійність.

Література:

1. Симич П. Хирургия кишечника. - Медицинс-

кое издательство. - Бухарест. - 1979. - С.317.

2. Хирургия органов пищеварения. - Республиканский межведомственный сборник. - Вып. 3. - 1974. - С.93-98.

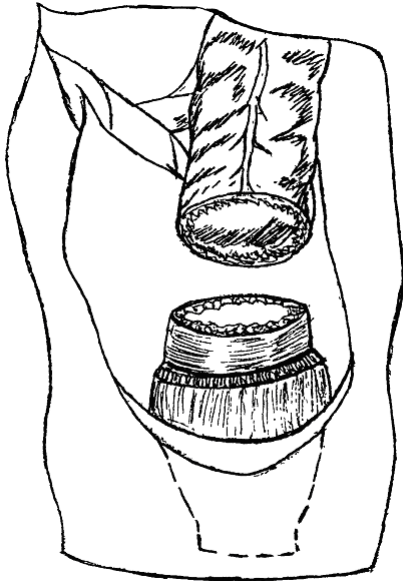


Fig. 1



Fig. 2

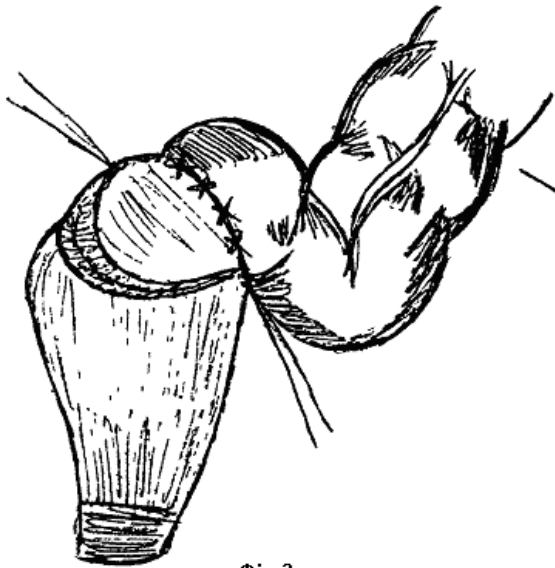


Fig. 3

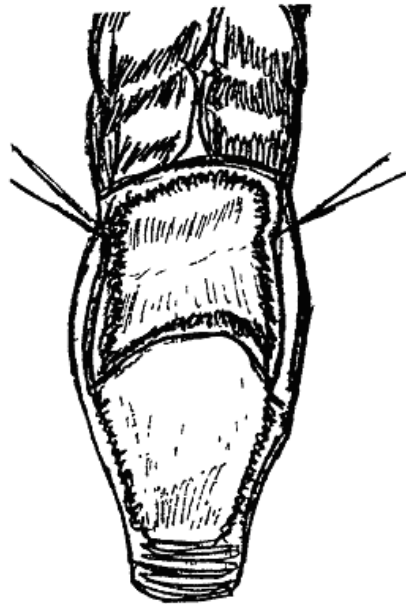


Fig. 4

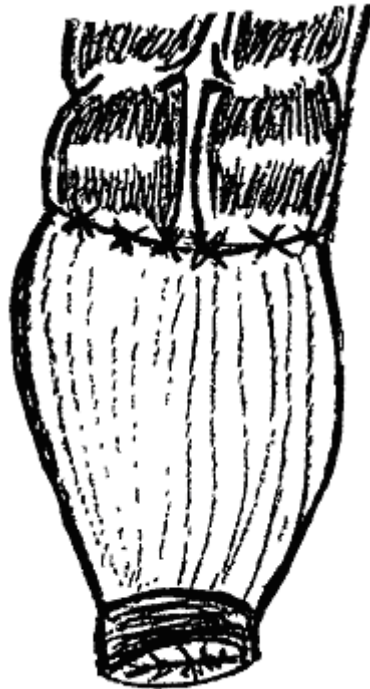


Fig. 5