



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **86326** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 08251	(72) Винахідник(и): Бондар Григорій Васильович (UA), Башев Володимир Харитонович (UA), Бондаренко Микола Васильович (UA), Ковальчук Олександр Іванович (UA), Совпель Ігор Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 01.07.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.12.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.12.2013, Бюл.№ 24	(73) Власник(и): ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО, пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

(54) СПОСІБ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб резекції прямої кишки включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересічення та лігування нижніх брижових артерії та вени, мобілізацію прямої кишки. Мобілізацію прямої кишки та розсічення тканин здійснюють за допомогою високочастотної електрокоагуляції з використанням апарата ЕК-300М1 шляхом стиснення масиву тканин між браншами затискача і обробки електрозварюванням з наступним розсіченням ріжучим інструментом. Проникають у позадупрямокишковий простір, розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів. Паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки виконують часткову мобілізацію її бокових окружностей з наступною мобілізацією переднього півкола прямої кишки, для чого розсікають власну фіксацію прямої кишки та її бокових зв'язків, які фіксують пряму кишку до стінок таза, при цьому середні артерії, що проходять в них, заварюють.

UA 86326 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до онкології, і може бути використана при виконанні резекції прямої кишки, у тому числі з приводу злоякісних новоутворень прямої кишки.

Відомий спосіб виконання є загальнопоширеним та полягає у виконанні нижньосерединної лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересіченні та лігуванні нижніх брижових артерії та вени. Гострим шляхом, що є основним принципом тотальної мезоректумектомії, проникають у позадупрямокишковий простір, з цією метою розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки, можливо виконати і часткову мобілізацію її бокових окружностей, однак повністю виділити кишку по бокових поверхнях можна тільки після мобілізації її переднього півкола, що здійснюється розсіченням власної фасції прямої кишки (апоневрозу Денонвільє); у міру просування до м'язів тазового дна, розсікають відрогі апоневрозу Денонвільє (бокові зв'язки), які фіксують пряму кишку до стінок таза, у тому числі середні прямокишкові артерії, що проходять в них, які обов'язково лігують. Мобілізація всієї прямої кишки вважається закінченою, коли при дисекції визначаються м'язи тазового дна по передній, задній і боковій стінках. Даний спосіб взятий як прототип [1].

Однак він має такі недоліки:

- гемостаз здійснюється вже після розсічення тканин, що містять кровоносні судини, тому мобілізація пов'язана з суттєвою крововтратою;

- мобілізація прямої кишки виконується різальним інструментом, пересічені лімфатичні судини залишаються зіяючими, що призводить до значної лімфореї у післяопераційному періоді;

- необхідність додаткового лігування кровоносних судин подовжує час операції;

- в рані після мобілізації прямої кишки залишається сторонній матеріал у вигляді лігатур, що може служити джерелом інфекції.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки способу резекції прямої кишки, який дозволить зменшити крововтрату та скоротити час оперативного втручання.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі резекції прямої кишки, який включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересічення та лігування нижніх брижових артерії та вени, мобілізацію прямої кишки, згідно з корисною моделлю, мобілізацію прямої кишки та розсічення тканин здійснюють за допомогою високочастотної електрокоагуляції з використанням апарата ЕК-300М1 шляхом стиснення масиву тканин між браншами затискача і обробки електрозварюванням з наступним розсіченням ріжучим інструментом; проникають у позадупрямокишковий простір, розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки виконують часткову мобілізацію її бокових окружностей з наступною мобілізацією переднього півкола прямої кишки, для чого розсікають власну фіксацію прямої кишки та її бокових зв'язків, які фіксують пряму кишку до стінок таза, при цьому середні артерії, що проходять в них, заварюють.

Спосіб реалізується наступним чином.

Після виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізації сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересічення та лігування нижніх брижових артерії та вени проводять мобілізацію прямої кишки та розсічення тканин проводять за допомогою високочастотної електрокоагуляції з використанням апарата ЕК-300М1 шляхом стиснення масиву тканин між браншами затискача і обробки електрозварюванням з наступним розсіченням ріжучим інструментом; проникають у позадупрямокишковий простір, з цією метою розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки виконують часткову мобілізацію її бокових окружностей з наступною мобілізацією переднього півкола прямої кишки, що здійснюється розсіченням власної фасції прямої кишки та її відрогів (бокові зв'язки), які фіксують пряму кишку до стінок таза, при цьому середні артерії, що проходять в них, не лігують; мобілізація всієї прямої кишки вважається закінченою, коли при дисекції визначаються м'язи тазового дна по передній, задній і боковій стінках.

Приклад конкретного виконання способу:

Хвора Б., 1948 року народження, історія хвороби № 102665 госпіталізована до проктологічного відділення ККЛПУ "ДОПЦ" 1.04.2013 з діагнозом рак прямої кишки Т3N0M0, II стадія, після проведеного передопераційного курсу променевої терапії СОД 25 Гр. пацієнтка 8.04.2013 оперована в обсязі наданальної резекції прямої кишки, мобілізація прямої кишки

виконувалась за способом, що заявляється, тобто за допомогою електрозварювання. Післяопераційний період без ускладнень. 19.04.2013 виписана з відділення у задовільному стані. Явка для контрольного огляду через 3, 6 та 12 місяців.

За заявленим способом в Донецькому обласному протипухлинному центрі виконано понад 150 оперативних втручань, відзначена менша крововтрата під час операції, зменшення лімфореї та частоти інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді, скорочення часу оперативного втручання.

Переваги способу резекції прямої кишки:

- надійний гемостаз під час операції та у післяопераційному періоді,
- зменшення лімфореї у післяопераційному періоді,
- скорочення часу операції до 30-40 %,
- в рані після мобілізації прямої кишки не залишається сторонній матеріал у вигляді лігатур,
- менша частота післяопераційних інфекційних ускладнень у малому тазі,
- простота у використанні та невисока вартість комплексу устаткування.

Джерела інформації:

1. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. - Будапешт: изд-во АН Венгрии, 1989. - 592 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб резекції прямої кишки, який включає виконання нижньосерединної лапаротомії, мобілізацію сигмоподібної кишки, яка полягає у розсіченні латерального та медіального листків очеревини з наступним продовженням до переднього півкола прямої кишки, пересічення та лігування нижніх брижових артерії та вени, мобілізацію прямої кишки, який **відрізняється** тим, що мобілізацію прямої кишки та розсічення тканин здійснюють за допомогою високочастотної електрокоагуляції з використанням апарата ЕК-300М1 шляхом стиснення масиву тканин між браншами затискача і обробки електрозварюванням з наступним розсіченням ріжучим інструментом; проникають у позадупрямокишковий простір, розсікають сполучнотканинні тяжі між фасціями прямої кишки і крижів; паралельно з мобілізацією задньої стінки прямої кишки виконують часткову мобілізацію її бокових окружностей з наступною мобілізацією переднього півкола прямої кишки, для чого розсікають власну фіксацію прямої кишки та її бокових зв'язків, які фіксують пряму кишку до стінок таза, при цьому середні артерії, що проходять в них, заварюють.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601