



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38570 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ НАДНИЗЬКОЇ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

(21) 2000074516

(22) 27.07.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Дубовий Владислав Андрійович, Жельман Василь Олексійович, Тишко Руслан Олександрович, Ткаченко Федот Геннадійович

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

(57) Спосіб наднизької черевно-анальної резекції прямої кишки, шляхом деваскуляризації сигмовидної та прямої кишок і мобілізації останньої, разом з мезоректумом, який **відрізняється** тим, що після деваскуляризації сигмовидної та прямої кишки виконують мобілізацію прямої кишки нижче тазового дна по міжсфінктерному простору й евагінують пряму кишку на промежину, екстракорпорально видаляють препарат, після чого накладають наднизький компресійний колоанальний анастомоз.

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії і може бути використаний для виконання наднизької черевно-анальної резекції прямої кишки відкритим або лапароскопічним методом.

Відомий спосіб черевно-анальної резекції прямої кишки [1], який виконують наступним чином: після лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини, виконують деваскуляризацію ободової та прямої кишки до тазового дна, визначають проксимальну та дистальну межу пересічення мобілізованої прямої кишки, після чого між затискачами пересікають проксимально ободову кишку в нижній третині сигмовидної кишки і дистальне пряму кишку і видаляють препарат, з проксимального кінця пересіченої ободової кишки знімають затискач і накладають кисетний шов через всі шари кишкової стінки, аналогічний кисетний шов формують на куксі прямої кишки, з боку промежини трансанально вводять апарат АКА-2, на верхнє кільце апарату надівають проксимальний кінець пересіченої ободової кишки і затягують кисетний шов на штоці апарата нижче кільця, аналогічно кисетний шов кукси прямої кишки затягують на штоці апарата вище нижнього кільця, зближують кільця апарата і проводять прошивання відрізків кишок, що підлягають з'єднанню, чим завершують формування анастомозу.

Спосіб має суттєві недоліки: 1. Високий ризик інфекційно-септичних ускладнень, внаслідок контамінації черевної порожнини мікрофлорою товстої кишки під час маніпуляцій з відкритою куксою прямої кишки і пересіченим кінцем ободової кишки при накладанні кисетного шва. 2. Значні складні технічні умови виконання операції, пов'язані з труднощами формування кисетного шва на куксі прямої кишки в порожнині малого тазу. 3. Обме-

женість реалізації способу у випадках низької черевно-анальної резекції прямої кишки у пацієнтів з вузьким тазом, "низькою" локалізацією пухлини прямої кишки (менше 5 см від верхньої межі сфінктера прямої кишки). 4. Високий процент недостатності анастомозу, який складає біля 8,4-16%.

Задача винаходу, полягає у створенні безпечного, економічного і технічно простого способу наднизької черевно-анальної резекції прямої кишки.

Поставлена задача у відомому способі наднизької резекції прямої кишки вирішується тим, що виконують лапаротомію, проводять ревізію органів черевної порожнини, виконують деваскуляризацію сигмовидної та прямої кишок до рівня тазового дна, перетинають і видаляють пряму кишку і формують колоректальний анастомоз. Відповідно до винаходу, у випадках наднизької черевно-анальної резекції, мобілізацію прямої кишки продовжують нижче тазового дна за рахунок гострого відділення внутрішнього сфінктера прямої кишки від зовнішнього дистальніше від верхньої межі аноректального кільця, що дає можливість вільної евагації анального каналу. Пряму кишку не перетинають у черевній порожнині нижче пухлини, а евагінують трансанально на промежину, де на непересіченій кишці на рівні дистальної резекції накладають слизово-м'язевий кисетний шов. З боку промежини препарат відсікають по межі дистальної резекції, заводять апарат АКА-2 і затягують верхній кисетний шов, після чого нижній кисетний шов затягують над нижнім кільцем, зближують кільця і проводять прошивання з формуванням колоанального анастомозу.

Суть винаходу пояснюється графічно. На фіг.1 показані межі мобілізації прямої кишки, де: 1 - вер-

хня межа сфінктера прямої кишки; 2 - рівень мобілізації нижньоампулярного відділу прямої кишки, який проходить між внутрішнім - 3, та зовнішнім сфінктером - 4, на 1 см дистальніше; 5 - пухлина прямої кишки; 6 - перианальна шкіра; 7 - леватори; 8 - мезоректум. На фіг. 2 зображена мобілізована і вивернута трансанально на промежину пряма кишка з пухлиною (9), де 10 - рівень перетину прямої кишки. На фіг. 3 зображено: 11 - апарат АКА-2; 12 - накладений слизово-м'язевий дистальний кисетний шов на вивернуту куксу прямої кишки; 13 - верхнє кільце апарату; 14 - зтягнутий кисетний шов проксимального передіченого кінця ободової кишки. На фіг. 4 зображено стан після зтягування дистального кисетного шву (15) на вивертій куксі прямої кишки (16). На фіг. 5 зображено загальний вид колоанального анастомозу (17) після апаратного прошивання.

Спосіб виконується наступним чином. Після лапаротомії проводять мобілізацію та деваскуляризацію сигмовидної кишки та прямої з обов'язковою перев'язкою верхньої та середніх прямокишечних артерій. Прямую кишку мобілізують до рівня її леваторів (7) з видаленням усієї маси мезоректума (8), після чого гострим методом циркулярно відділяють внутрішній сфінктер (3), який є продовженням м'язового шару товстої кишки, від леваторів і зовнішнього сфінктера (4). Адекватність мобілізації оцінюють бімануально: хірург з боку черевної порожнини і асистент трансанально з боку промежини. Далі, з боку промежини, асистент трансанально в просвіт прямої кишки вводить стилет і евагі-

нує кишку (9), через яку вводить апарат АКА-2 (11). В черевній порожнині хірург накладає серозно-м'язевий кисетний шов на рівні проксимальної резекції і зав'язує останній на штоці апарату (14) під верхнім кільцем (13). Далі асистент з боку промежини на евагінованій прямій кишці (9) визначає рівень дистальної резекції (10), який відповідає межі мобілізації, і накладає слизово-м'язевий кисетний шов (12). З боку промежини проводить видалення препарату відсікаючи його на рівні дистальної резекції, після чого зтягує кисет кукси прямої кишки (15) на штоці апарату над нижнім кільцем. Далі асистент на промежині зближує кільця апарату і проводить прошивання відрізків кишок, що сполучаються (17). Внаслідок цього утворюється наднизький анастомоз між сигмовидною кишкою і анальним каналом.

Використання в клініці способу наднизької черевно-анальної резекції прямої кишки дозволяє підвищити радикальність виконання оперативного втручання при збереженні сфінктерного апарату прямої кишки, скоротити час операції, підвищити її асептичність і значно зменшити кількість післяопераційних інфекційно-септичних ускладнень.

Джерело інформації.

1. Яковлев С.И. Компрессионные анастомозы аппаратом АКА-2 на ободочной и прямой кишках (экспериментальное и клиническое исследование). - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва. - 21 с.

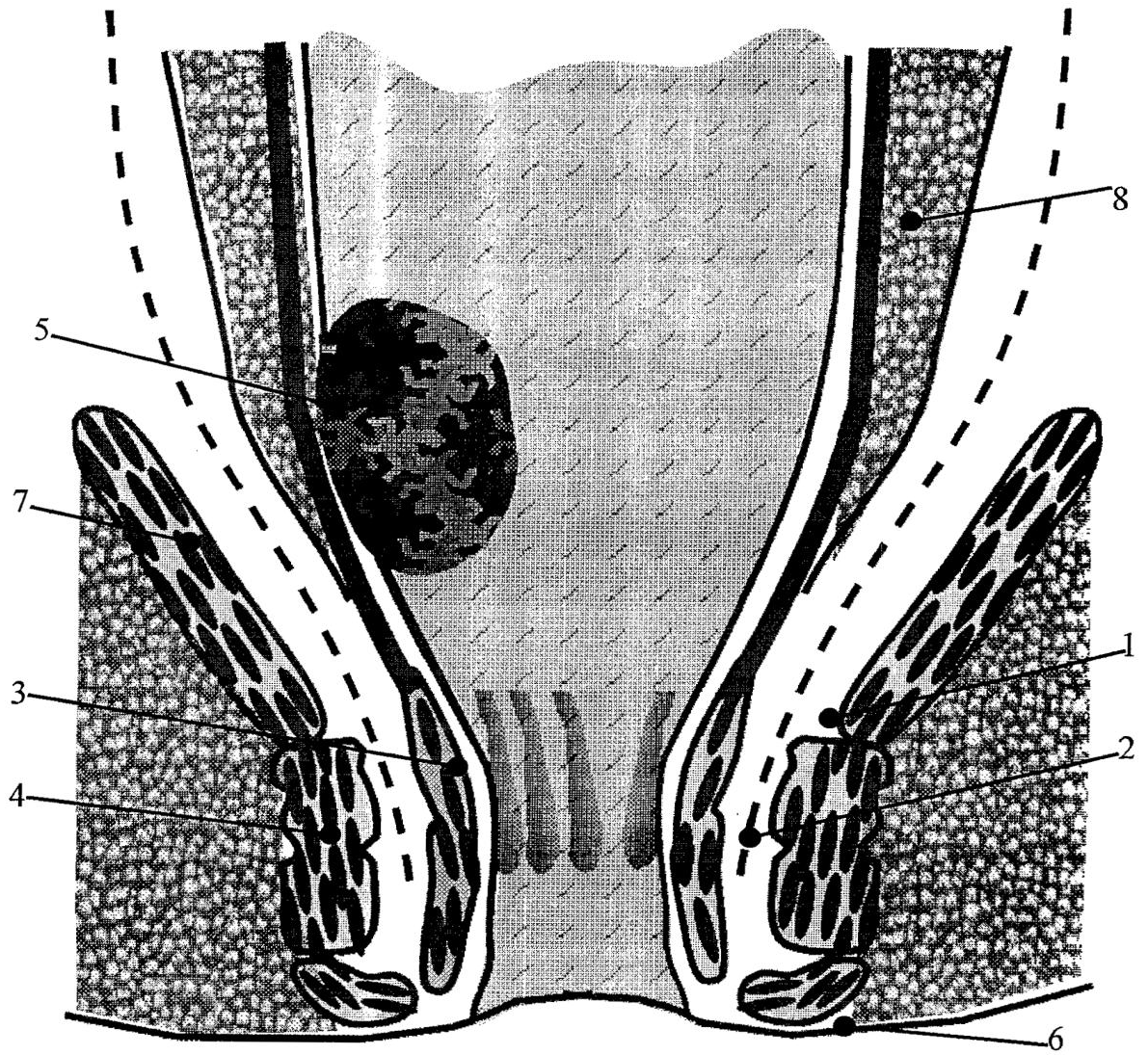


Fig. 1

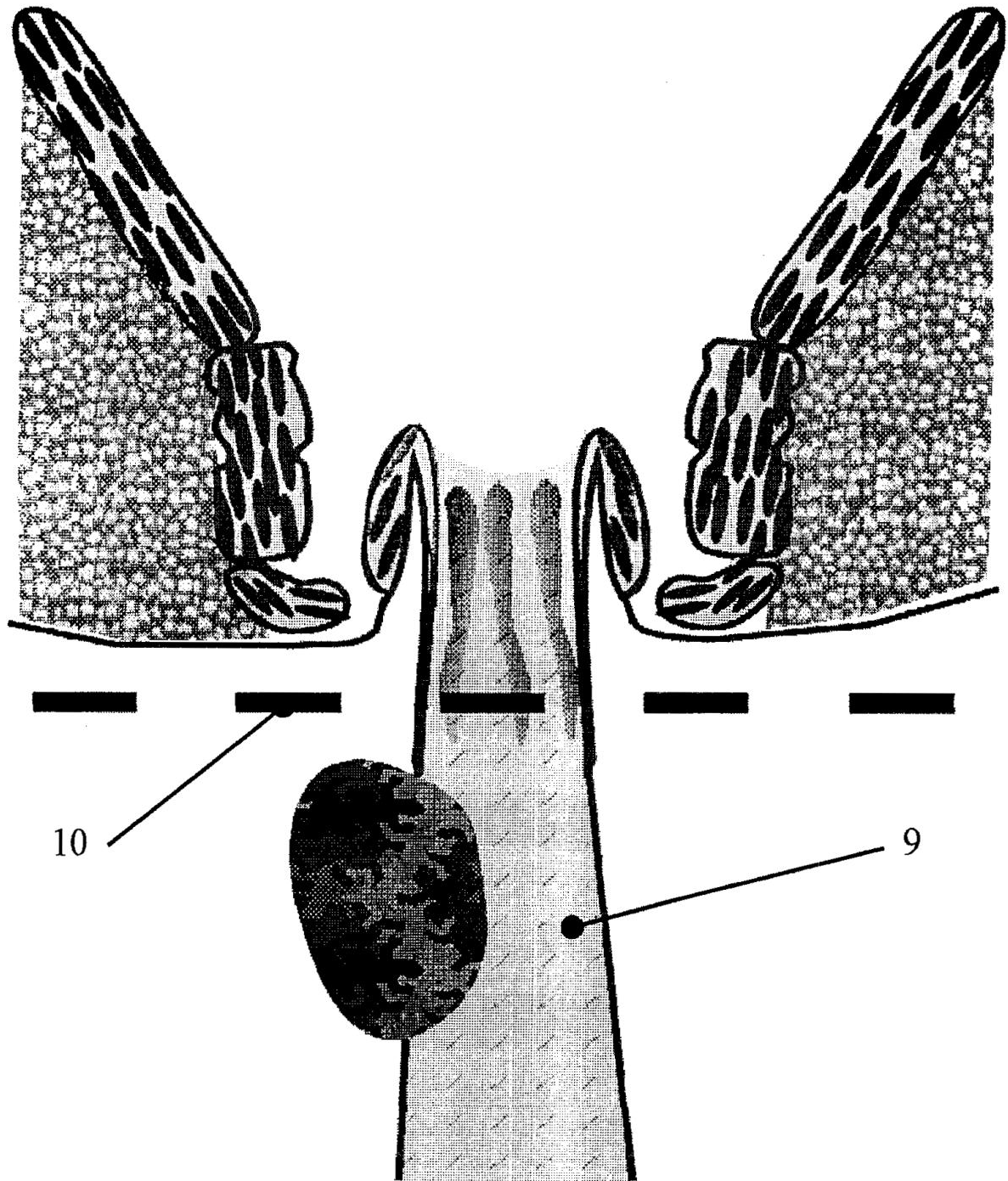


Fig. 2

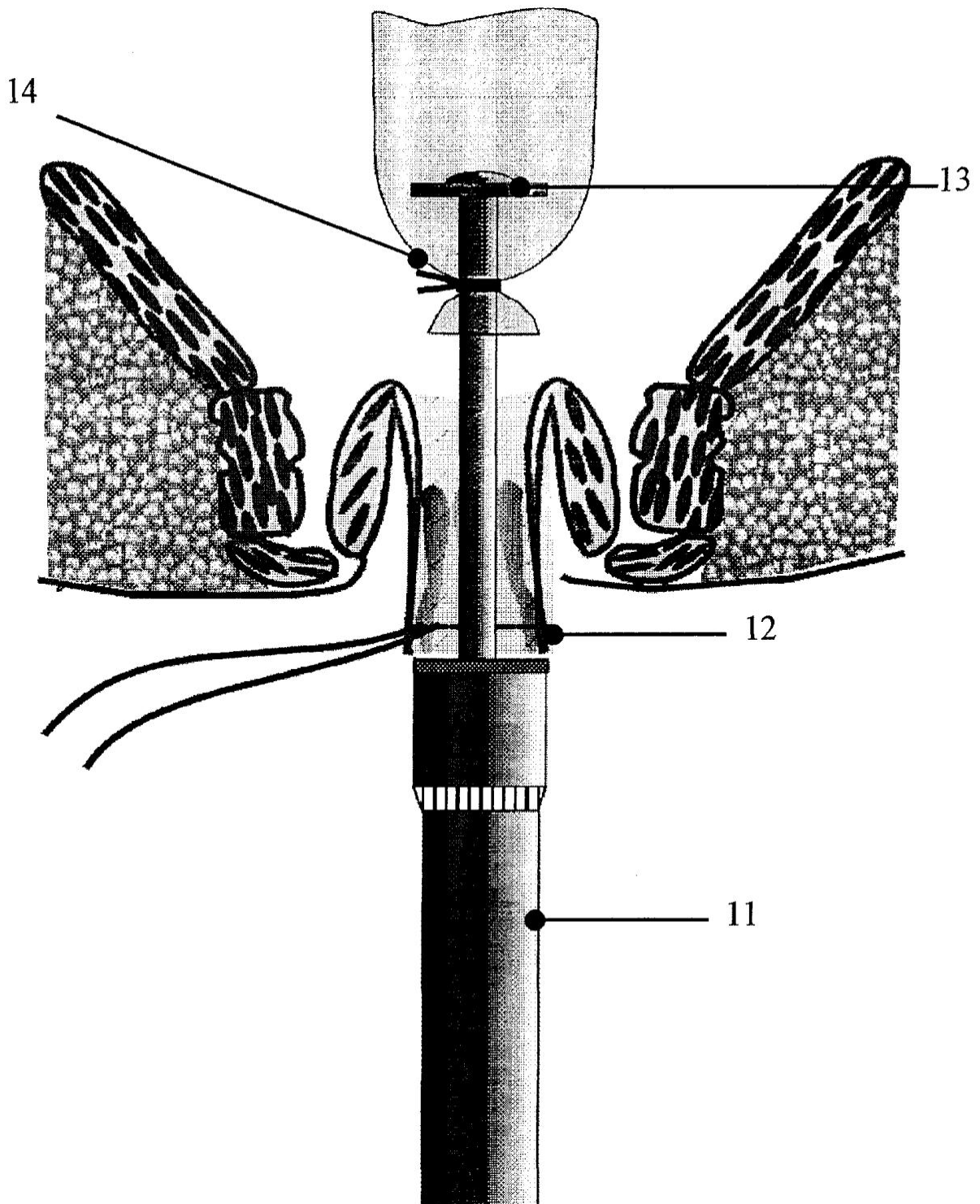


Fig. 3

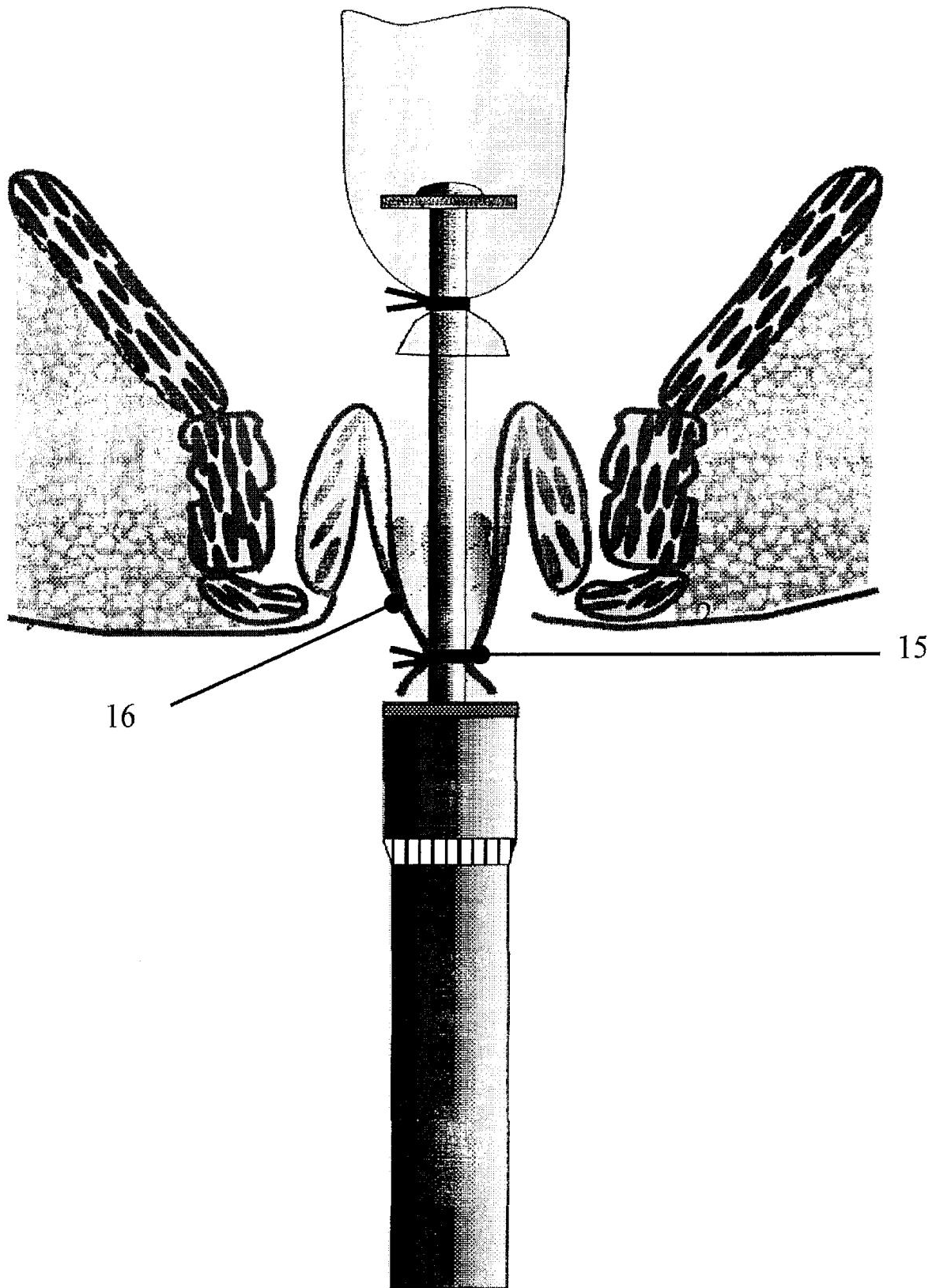
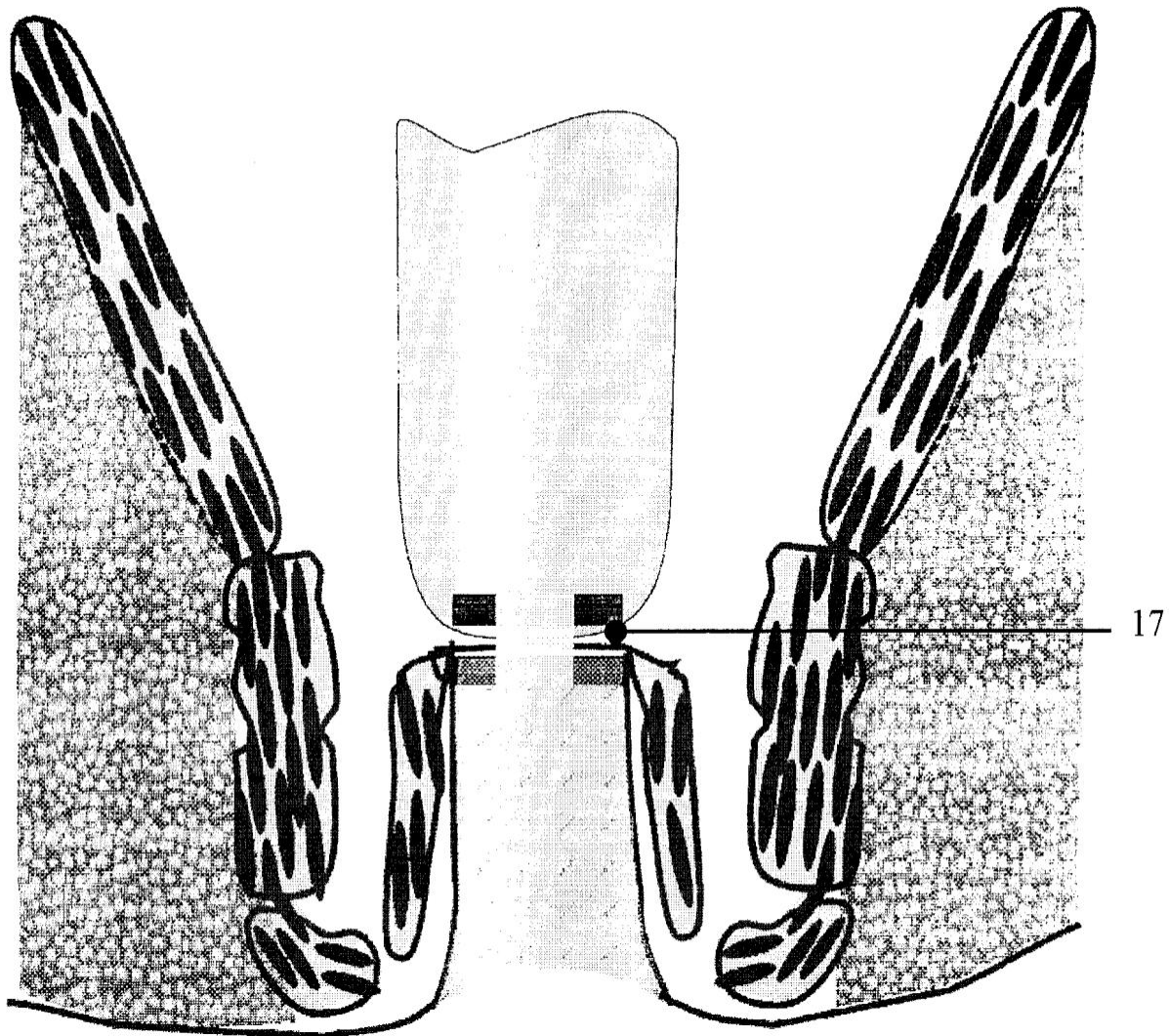


Fig. 4



Фіг. 5

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
 Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
 (044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
 Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
 (044) 268-25-22
