



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37903 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ НИЗЬКОЇ ПЕРЕДНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

(21) 2000042479

(22) 28.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Кучер Микола Дмитрович, Пойда Олександр
Іванович, Мельник Володимир Михайлович(73) Національний медичний університет ім. О.О.
Богомольця

(57) Спосіб лапароскопічної низької передньої резекції прямої кишки шляхом введення троакарів в черевну порожнину, деваскуляризації сигмовидної та прямої кишок до рівня тазового дна, видалення прямої кишки, формування колоректального анастомозу, який **відрізняється** тим, що пряму кишку евагінують циркулярним зшиваючим апаратом трансанально на промежину і прошивають екстракорпорально.

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до хірургії і може бути використаний для виконання лапароскопічної низької передньої резекції прямої кишки.

Відомий спосіб лапароскопічної передньої резекції прямої кишки [1], який виконують наступним чином: вводять п'ять троакарів в черевну порожнину, виконують деваскуляризацію ободової та прямої кишки до тазового дна, у місцях проксимальної та дистальної меж резекції мобілізовану кишку прошивають лінійним зшиваючим апаратом, дистальніше від лінії прошивання прямої кишки виконують ректотомію і через утворений отвір вводять до черевної порожнини циркулярний зшиваючий апарат, поданий трансанально, проксимальніше від лінії прошивання ободової кишки виконують колотомію і через утворений отвір вводять циркулярний зшиваючий апарат до порожнини ободової кишки, голівку цього апарату зміщують у порожнині ободової кишки проксимально, а саму кишку прошивають і перетинають лінійним зшиваючим апаратом, голівку циркулярного зшиваючого апарату переміщують дистально, шляхом проти-кання стрижнем голівки стінку кишки посередині лінії механічного шва, перетинають пряму кишку і видаляють макропрепарат з черевної порожнини через відкриту куксу прямої кишки, куксу прямої кишки прошивають лінійним зшиваючим апаратом, картридж циркулярного зшиваючого апарату вводять трансанально, а його порожнинний стрижень вигвинчують уперед і проколюють ним стінку кукси прямої кишки посередині механічного шва, голівку, що знаходиться у порожнині ободової кишки з'єднують з картриджем апарату і виконують 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 колотомії і маніпуляцій з відкритою куксою прямої кишки.

2. Значні складні технічні умови виконання операції, пов'язані з герметизацією кишки після колотомії та ректотомії.

3. Обмеженість реалізації способу у випадках низької передньої резекції прямої кишки у пацієнтів з вузьким тазом через значні технічні труднощі його виконання.

Задача запропонованого винаходу полягає у створенні безпечного, економічного і технічно простого способу лапароскопічної низької передньої резекції прямої кишки.

Поставлена задача у відомому способі лапароскопічної низької передньої резекції прямої кишки вирішується тим, що вводять троакари в черевну порожнину, виконують деваскуляризацію сигмовидної та прямої кишок до рівня тазового дна, перетинають і видаляють пряму кишку і формують колоректальний анастомоз. Відповідно до винаходу, у випадках низької передньої резекції пряму кишку не перетинають у черевній порожнині, а евагінують циркулярним зшиваючим апаратом трансанально на промежину і прошивають екстракорпорально.

Суть винаходу пояснюється графічно. На фіг. 1 показані місця введення троакарів, де 1 - точки введення троакарів в черевну порожнину. На фіг. 2 зображено мобілізацію прямої кишки та введення в її просвіт циркулярного зшиваючого апарату, де 2 - перетин парієтальної очеревини, 3 - виділення, кліпсування та перетин середніх прямокишкових судин, 4 - мобілізована пряма кишка, 5 - леватори прямої кишки, 6 - циркулярний зшиваючий апарат, введений трансанально, 7 - прок-

симальна межа резекції сигмоподібної кишки, 8 - пухлина прямої кишки, 9 - голівка зшиваючого апарату, картридж зшиваючого апарату - 10, 11 - відстань відгвинчування голівки від картриджу апарату, 12 - стрижень апарату, 13 - лігатура, якою фіксовано ободову кишку до стрижня апарату. На фіг. 3 ілюстрована позиція зближення голівки апарату 9 з його картриджем 10 та початок евагінації сигмовидної кишки 7 разом з пухлиною 8 шляхом тракції апарату 6 в напрямку промежини вниз з утворенням евагінату 14. На фіг. 4 зображена повна трансанальна евагінація сигмовидної кишки 7 разом з пухлиною 8 на область промежини та місця відтинання кишки 15 і 16 навколо зав'язаної лігатури 13. На фіг. 5 ілюстрована позиція повернення сигмовидної кишки 7 разом з голівкою 9 і стрижнем 12 в черевну порожнину та прошивання евагінованої прямої кишки 17 лінійним зшиваючим апаратом 18 з боку промежини. На фіг. 6 показано введений в куксу прямої кишки 17 картридж 10 сполучення голівки 9 з картриджем 10 за допомогою стрижня 12 та одночасне зближення відрізка сигмовидної кишки 7 з кукусою прямої 17. На фіг. 7 ілюстрована позиція щільного сполучення голівки 9 з картриджем 10 та розміщеними між ними відрізками сигмовидної кишки 7 і кукси прямої 17 з наступним прошиванням зазначених кишок скобковим швом 19. На фіг. 8 показано загальний вигляд колоректального анастомозу сформованого скобковим швом 19 та зубчасту лінію 21.

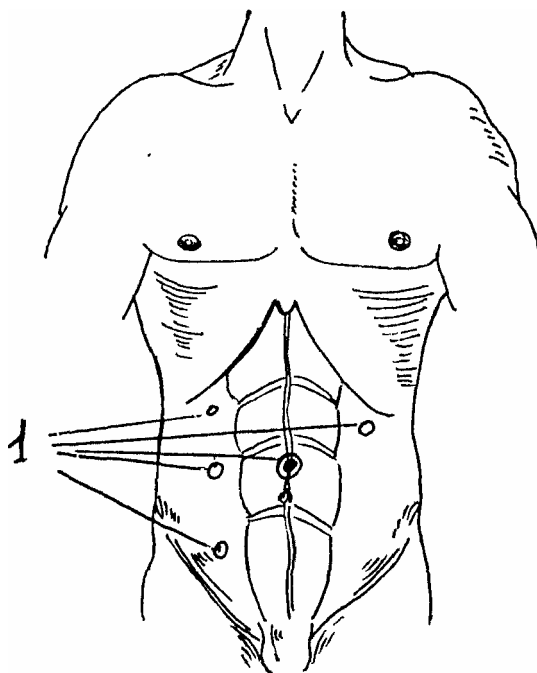
Спосіб виконується таким чином. Зазначені точки 1 використовують для введення троакарів в черевну порожнину, розтинають парієтальну очеревину 2, виділяють, закліпковують та перетинають середні прямокишкові судини 3, мобілізують пряму кишку 4 до рівня її леваторів 5, транс-

анально вводять циркулярний зшиваючий апарат 6 до проксимальної межі резекції сигмовидної кишки 7 вище локалізації пухлини 8, сигмовидну кишку, на межі проксимальної її резекції 7 фіксують навколо стрижня 12 за допомогою лігатури 13, зближують голівку 9 з картриджем 10, здійснюють тракцію вниз і тим утворюють евагінат 14, який зміщують на промежину разом з пухлиною 8, після повного зведення евагінованої кишки 7 разом з пухлиною 8 на промежину, зовнішній циліндр вказаної кишки перетинають 15 і 16 одразу ж під голівкою 9 зберігаючи лігатуру 13 навколо стрижня 12, проксимальний відрізок сигмовидної кишки 7 разом з голівкою 9 повертають в черевну порожнину, куксу прямої кишки 17 прошивають лінійним зшиваючим апаратом 18 з боку промежини, в новостворену куксу прямої кишки 17 вводять картридж 10 і з'єднують його зі стрижнем 12, голівку 9 зближують з картриджем 10 і прошивають відрізки ободової кишки 7 та куксу прямої кишки 17 скобковим швом 19, внаслідок цього утворюється співустя 20, сформоване скобковим швом 19 між відрізком сигмовидної кишки 7 та кукусою прямої кишки 17, розташоване майже на рівні зубчатої лінії 21.

Використання в клініці запропонованого способу лапароскопічної низької передньої резекції прямої кишки дозволяє підвищити радикальність виконання оперативного втручання при збереженні сфінктеру прямої кишки, скоротити час операції, підвищити її асептичність і значно зменшити кількість післяопераційних інфекційно-септичних ускладнень.

Джерела інформації.

1. Аррегові М., Саккиєра Д. Малоінвазивная колопроктология. - М.: Медицина, 1999. - С. 254-259.



Фіг. 1

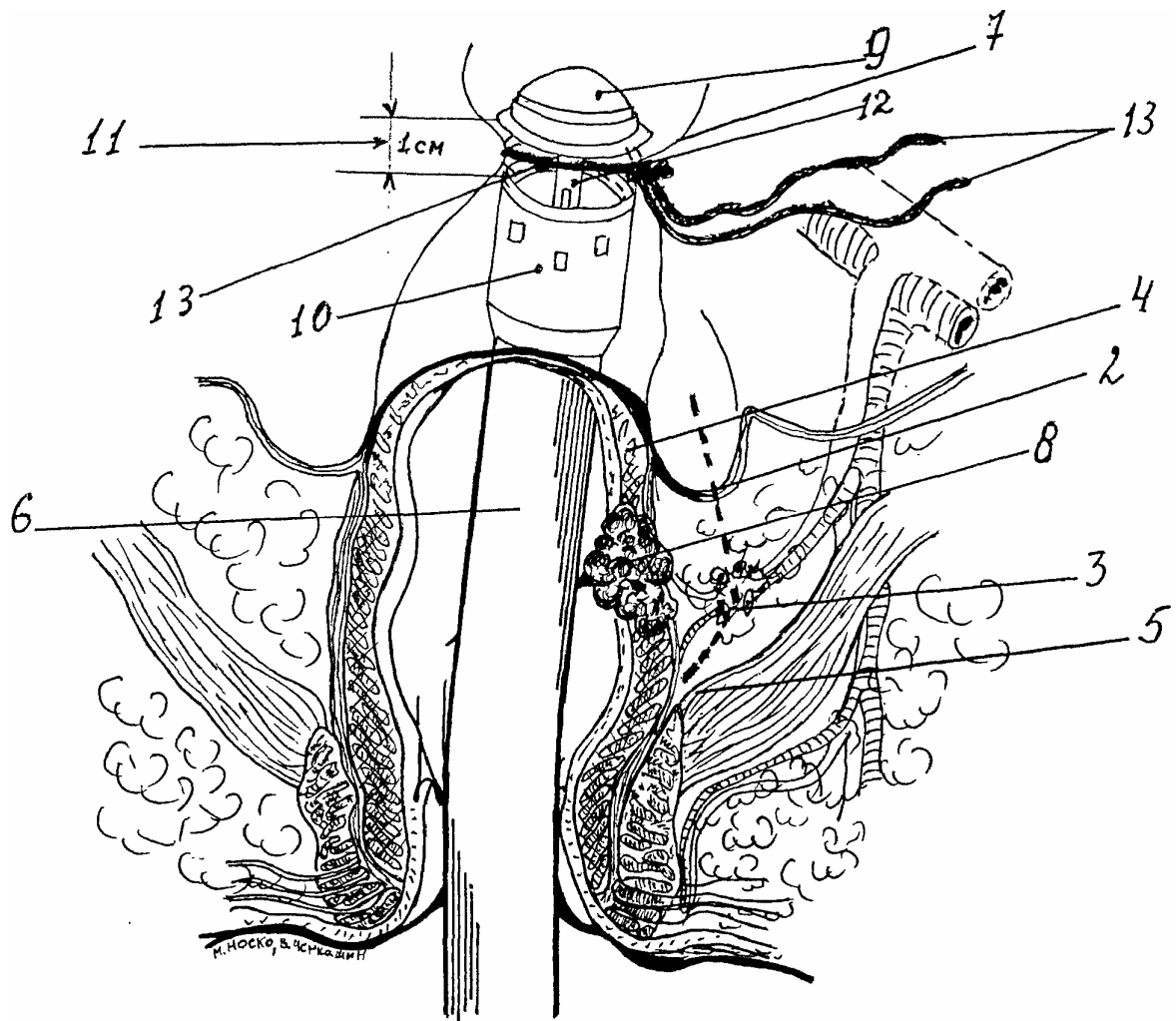


Fig. 2

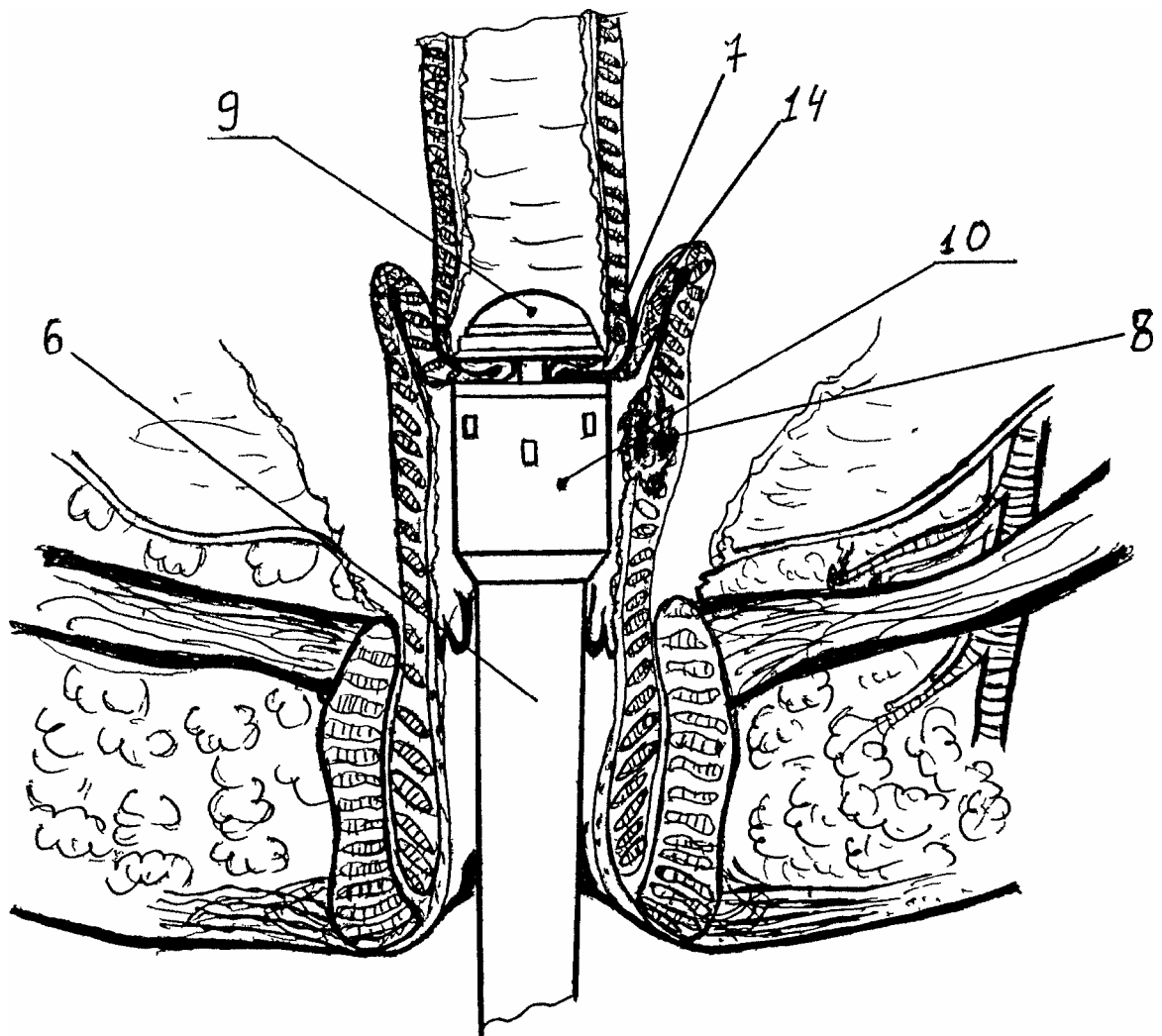


Fig. 3

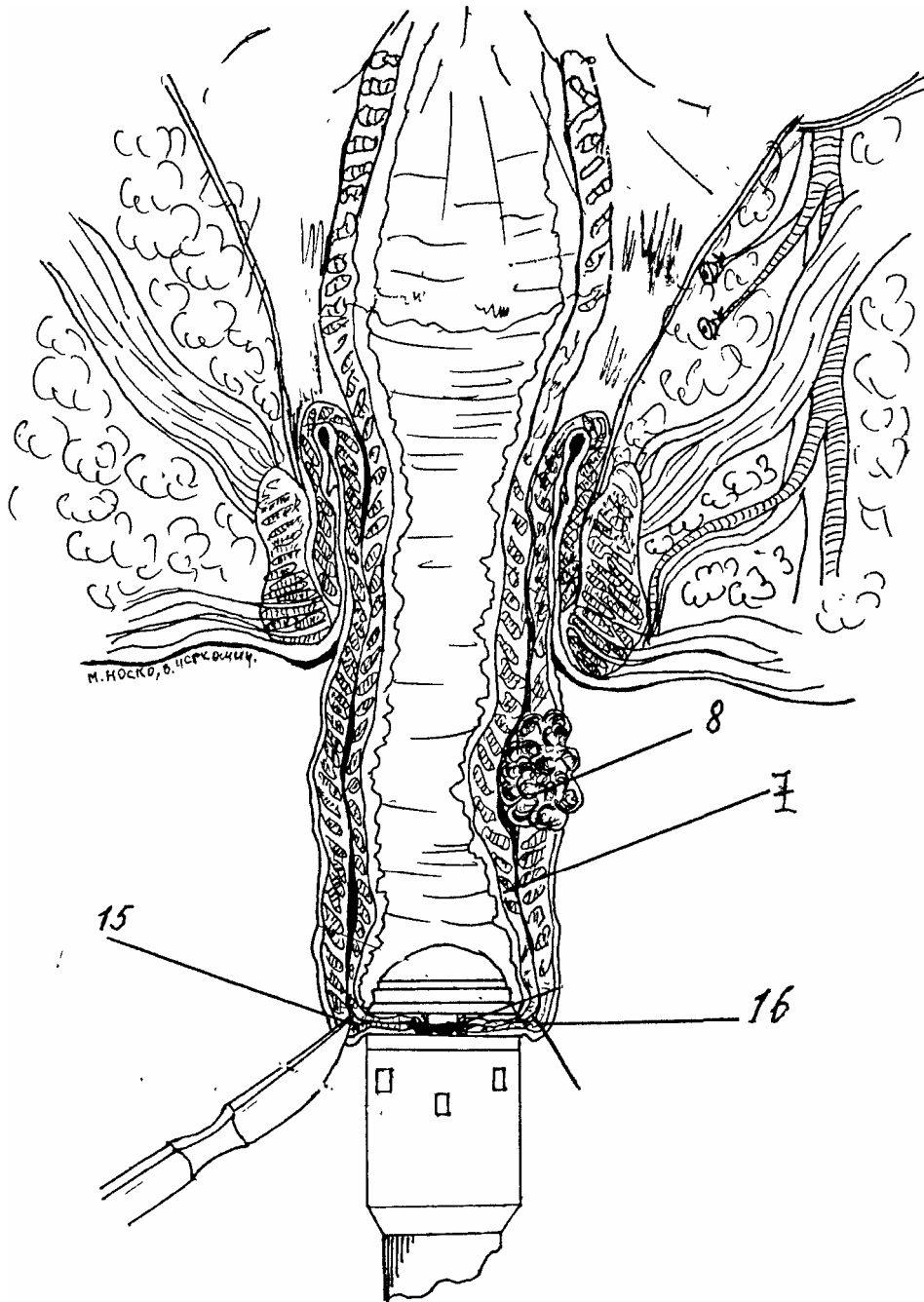


Fig. 4

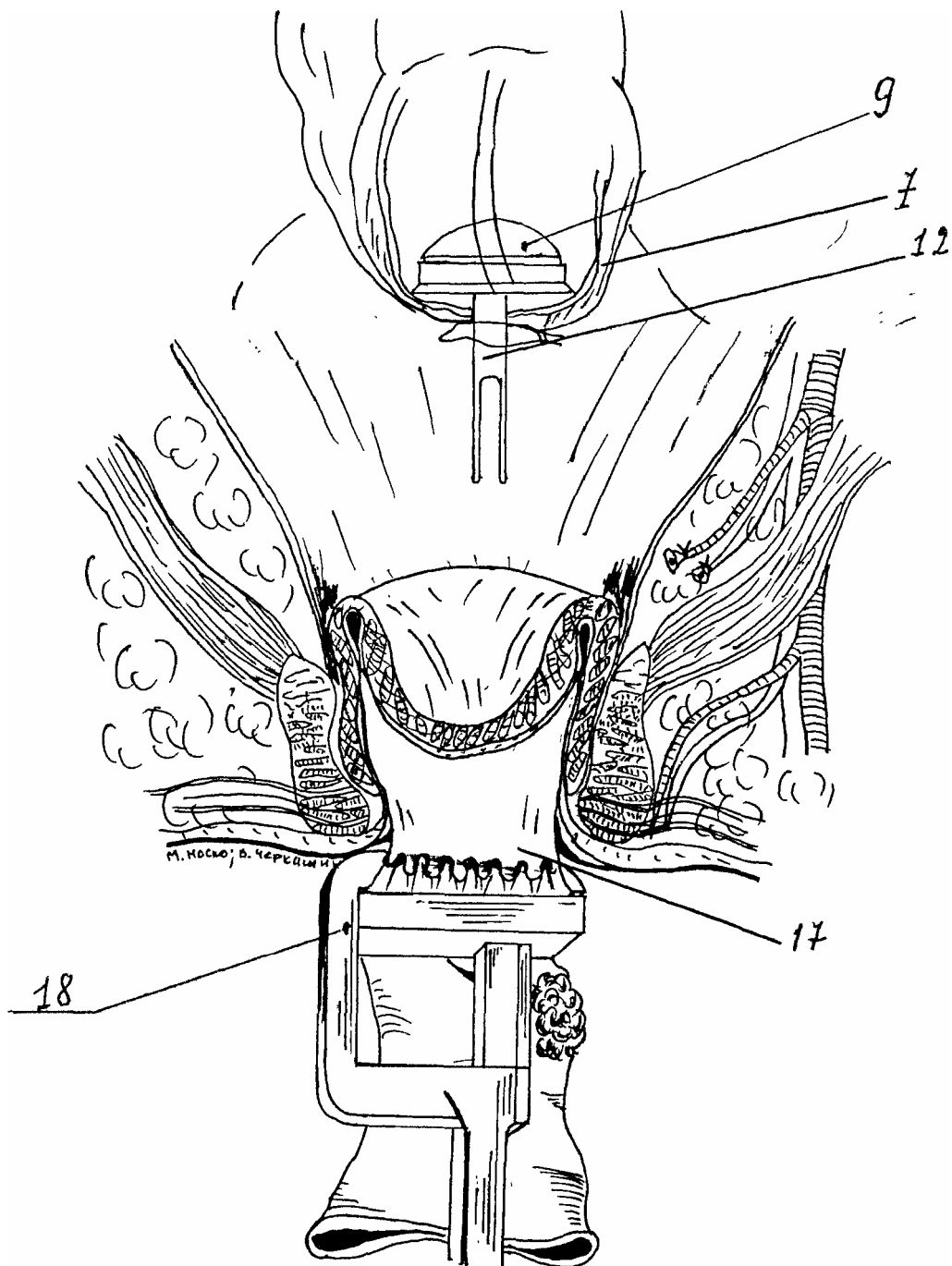


Fig. 5

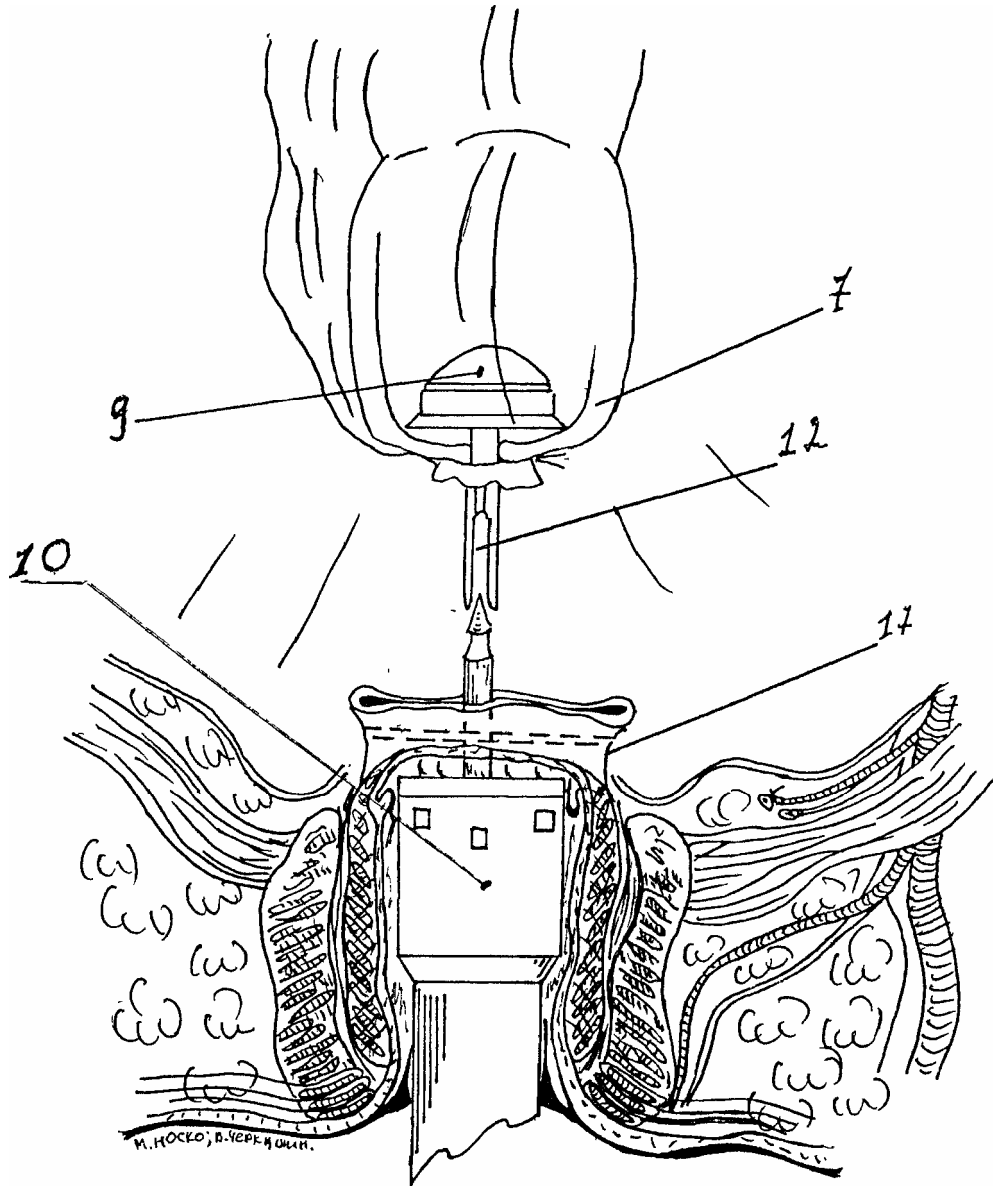
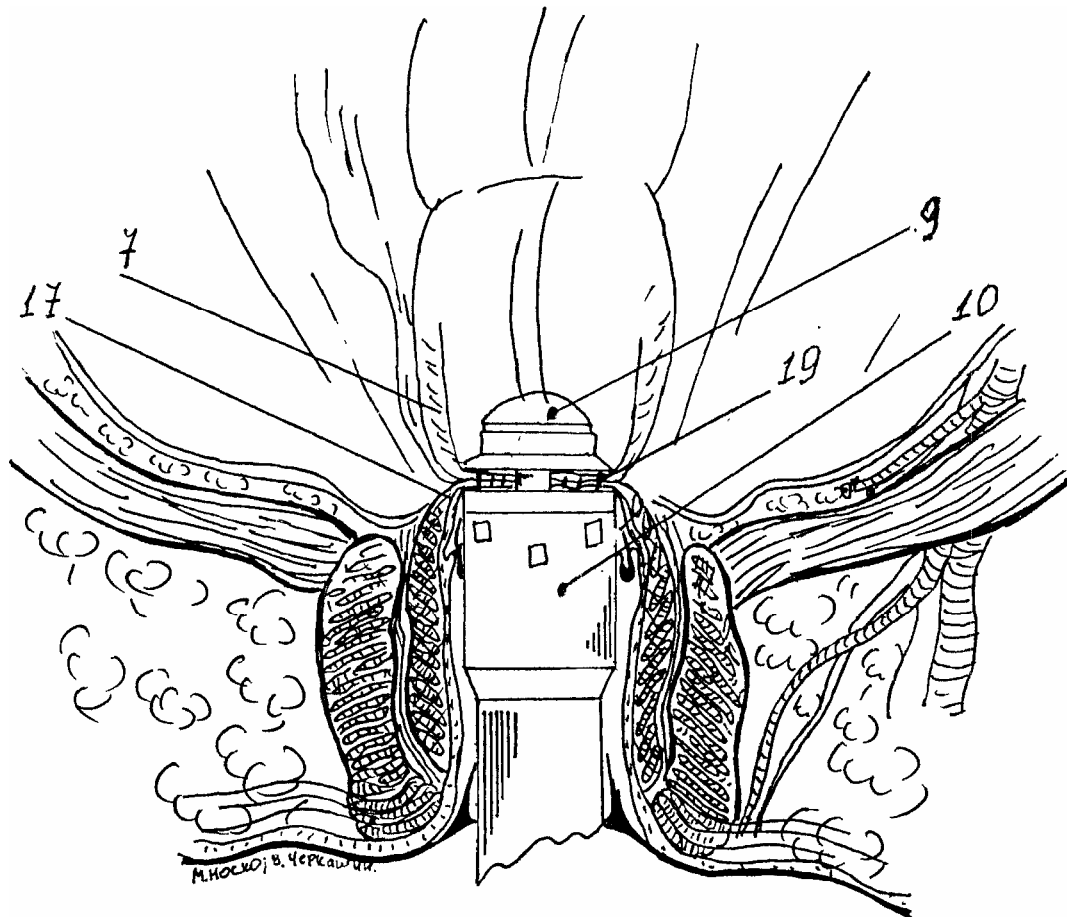
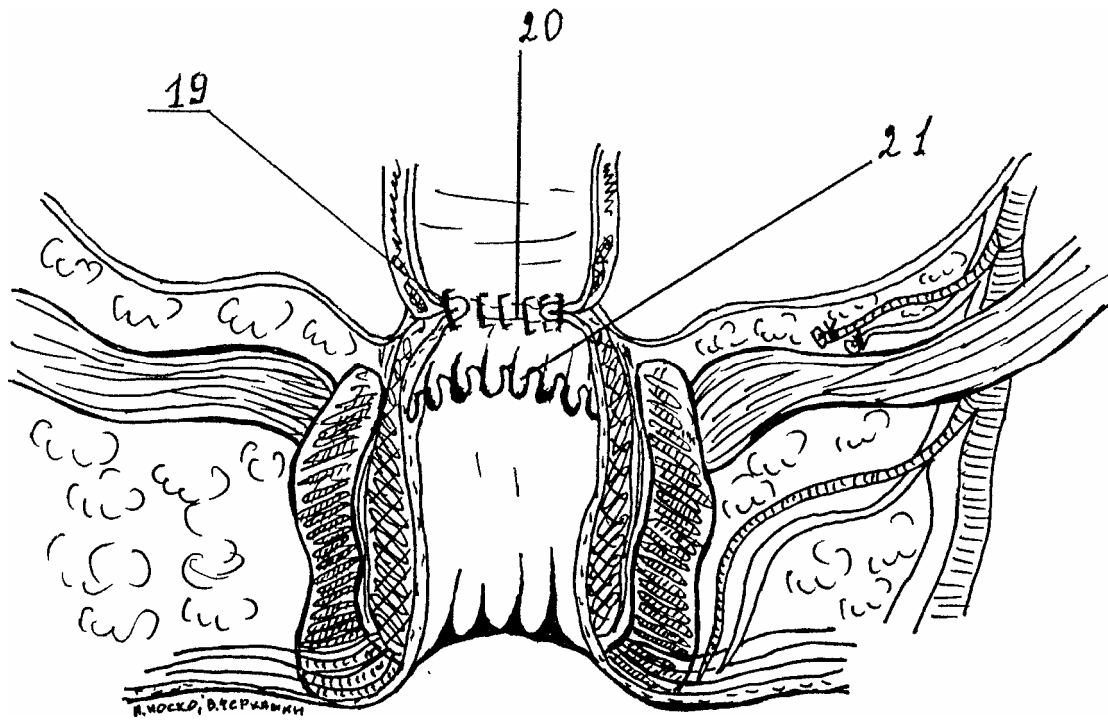


Fig. 6



Фиг. 7



Фіг. 8

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
