

©Borgis

*Krzysztof Bielecki

Nazewnictwo w proktologii. Podstawowe pojęcia i definicje

Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Szpital na Solcu, Warszawa

Ordynator Oddziału: dr med. Jacek Bierca

Kierownik Proktologii: dr hab. med. Małgorzata Kołodziejczak

Znajomość nazewnictwa i podstawowych definicji w specjalnościach medycznych powinna być powszechną i stale odnawianą. W koloproktologii, a zwłaszcza w proktologii istnieje nadal różnorodność definicji i nazw tych samych struktur anatomicznych, chorób i metod postępowania diagnostyczno-leczniczego. Aby porozumienie pomiędzy specjalistami było właściwe i pełne, musimy posługiwać się tym samym językiem, używać tych samych definicji i określeń. Wspólnie z Panią Docent Małgorzatą Kołodziejczak na podstawie dostępnych źródeł z literatury i osobistego doświadczenia w proktologii postanowiliśmy opracować zbiór pt. „Nazewnictwo w proktologii – podstawowe pojęcia i definicje”. Zbiór ten został wydany przez Wydawnictwo „Standardy Medyczne w Praktyce” w sierpniu 2012 roku (ISBN 978-83-60020-01-2) (1). W niniejszym artykule przedstawiam wybrane, moim zdaniem, najważniejsze definicje i określenia. Zdaję sobie sprawę, że przedstawione definicje i pojęcia nie są ogólnie akceptowane i będą wymagały modyfikacji, ale od czegoś trzeba zacząć. Będę wdzięczny za wszelkie uwagi, które pozwolą na to, aby kolejne wydania coraz bardziej zadawały czytelników i coraz bardziej były słuszne i zbliżone do idealnych.

ANATOMICZNY KANAŁ ODBYTU

Anatomiczne przejście odbytnicy w kanał odbytu zaczyna się na poziomie linii grzebieniastej.

Kanał odbytowy anatomiczny ma długość około 2 cm i znajduje się pomiędzy brzegiem odbytu a linią grzebieniastą (2).

CHIRURGICZNY KANAŁ ODBYTU

Jest to odcinek długości około 4 cm, który zaczyna się na poziomie mięśni dźwigaczy odbytu i ciągnie się od pierścienia odbytowo-odbytniczego (obwodowa granica bańki odbytnicy) do brzegu odbytu. W połowie długości kanału odbytu anoderma przechodzi w błonę śluzową odbytnicy (nabłonek jednowarstwowy walcowaty). Granica pomiędzy nabłonkami przebiega okrężnie u podstawy słupów (kolumn) Morgagniego. Są to podłużne fałdy błony śluzowej odbytnicy w liczbie 5-10 o długości 2 cm.

Za półksiężycowatymi fałdami anodermy u podstaw słupów znajdują się kieszonki zwane zatokami lub

kryptami odbytowymi, które są wysłane nabłonkiem przejściowym. Do zatok (krypt) uchodzą gruczoły odbytowe Hermanna.

GRUCZOŁY CEWKOWE, KRYPTOWE, PROKTODERMALNE HERMANNA

Występują w liczbie 4-8, z których każdy ma ujście w dnie zatoki (krypty) Morgagniego. Niekiedy do jednej krypty uchodzą dwa gruczoły. Najczęściej gruczoły uchodzą do krypt tylnych. Niektóre krypty są pozbawione gruczołów.

Cewki gruczołowe rozgałęziają się ku dołowi, a 2/3 gruczołów wnika do m. zwieracza wewnętrznego i do przestrzeni pomiędzy zwieraczami.

Zapalenie gruczołów odbytowych jest przyczyną ropni i przetok odbytu.

LINIA GRZEBIENIASTA LUB LINIA ZĘBATA

Na poziomie linii zębatej uchodzą gruczoły odbytowe Hermanna, tworząc zatoki (krypty).

Powyżej tej linii znajdują się podłużne fałdy błony śluzowej w liczbie 12-14, zwane kolumnami Morgagniego.

Pomiędzy fałdami znajdują się zatoki (krypty), w dnie których uchodzą gruczoły odbytowe (gruczoły Hermanna). Gruczoły Hermanna biegną od zatoki przez m. zwieracza wewnętrznego odbytu do przestrzeni międzyzwieraczowej.

Powyżej linii grzebieniastej znajduje się typowa błona śluzowa odbytnicy pokryta nabłonkiem walcowatym, zaś poniżej anoderma pokryta nabłonkiem wielowarstwowym płaskim bez gruczołów i włosów.

Unerwienie błony śluzowej powyżej linii grzebieniastej jest wegetatywne, a poniżej somatyczne. Jest to ważne z punktu widzenia klinicznego i praktycznego.

Linia grzebieniasta to linia krypt i brodawek, które są pozostałością błony stekowej zamykającej przewód pokarmowy w okresie do 8 tygodnia życia płodowego. Linia grzebieniasta jest przytwierdzona do podłoża więzadłami Parksa.

Na poziomie linii grzebieniastej przebiega granica unerwienia somatycznego (poniżej linii) i unerwienia wegetatywnego (powyżej linii grzebieniastej).

MEZOREKTUM

Jest to przestrzeń wzdłuż zewnątrzo- i wewnątrztrzewnowego odcinka odbytnicy ograniczona przez wewnątrzmiędniczną powięź trzewną. Mezorektum zawiera tkankę tłuszczową, tkankę chłonną, naczynia krwionośne, nerwy odpowiedzialne za mechanizm kontynencji gazów i stolca.

Mezorektum jest ograniczone powięzią właściwą odbytnicy i powięzią ścienną miedniczną, pokrywającą kość krzyżową i guziczną, przechodzącą w dolnej części na odbytnicę (powięź Waldeyera).

Od przodu odbytnicy powięź trzewna miedniczna pokrywająca pozaotrzewnową część odbytnicy jest nazwana powięzią Denonvilliersa. Ku przodowi od tej powięzi u mężczyzn znajduje się gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, a u kobiet pochwa. Przy wycinaniu odbytnicy powięź Denonvilliersa powinna pozostawać na usuwanej odbytnicy.

Pomiędzy powięzią właściwą odbytnicy pokrywającą mezorektum od tyłu a powięzią Waldeyera (pokrywającą kość krzyżową) znajduje się beznaczyniowa przestrzeń, tzw. *holy space* (według Heald). Preparowanie w tej przestrzeni warunkuje właściwe usunięcie odbytnicy z nieuszkodzonym mezorektum.

MIĘSIEŃ ZWIERACZ WEWNĘTRZNY ODBYTU (M. ZWO)

Jest to przedłużenie warstwy okrężnej mięśniówki odbytnicy. Jest to mięsień gładkokomórkowy, pozbawiony splotów nerwowych warstwy mięśniowej Meisnera, działający niezależnie od woli pacjenta.

M. zwo ma długość 3-3,5 cm, grubość 5-7 mm, dolny jego brzeg dochodzi do brzegu odbytu. Ma białawą barwę.

M. zwo zaczyna się nieco dogłowowo od mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu i jest zlokalizowany około 1,5 cm poniżej linii grzebieniastej. Na zewnątrz m. zwo przebiegają szczytkowe włókna mięśniowe, będące przedłużeniem warstwy mięśniowej podłużnej odbytnicy, które są przytwierdzone do skóry wokół odbytu i powodują jego promieniste fałdowanie.

M. zwo odpowiada za 50-85% maksymalnego spoczynkowego ciśnienia w kanale odbytu.

MIĘSIEŃ ZWIERACZ ZEWNĘTRZNY ODBYTU (M. ZZO)

Jest mięśniem poprzecznie prążkowanym, a jego czynność jest zależna od woli pacjenta.

M. zzo jest unerwiony przez dolną, odbytniczą gałąź nerwu sromowego i gałąź kroczo-IV nerwu krzyżowego.

M. zzo dzieli się na trzy części:

- część najniższa m. zzo nazywa się m. zz podskórnym, który od tyłu odbytu przechodzi w więzadło odbytowo-guziczne (ang. *anococcygeal ligament*, łac. *ligamentum anococcygeum*), zaś od przodu łączy się z mięśniem poprzecznym krocza,
- część środkowa m. zzo, tzw. zwieracz zewnętrzny powierzchowny, otacza okrężnie kanał odbytu,

- część najwyższa m. zzo, tzw. m. zzo głęboki, łączy się z m. dźwigaczem odbytu.

U kobiet na przednim obwodzie odbytu wszystkie trzy części zwieracza zewnętrznego łączą się w jedno pasmo.

MIĘSIEŃ ŁONOWO-ODBYTNICZY

Przyśrodkowa część m. dźwigacza odbytu tworzy mięśniową pętlę zamkniętą od tyłu, która przyciąga ku przodowi odbytnicę i załamuje pod kątem 60 stopni połączenie odbytniczo-odbytowe. Pętlę tę stanowi mięsień łonowo-odbytniczy (łac. *m. puborectalis*).

Oba ramiona m. łonowo-odbytniczego przyczepiają się do dolnych gałęzi kości łonowej. Od przodu odbytnicy nie występuje m. łonowo-odbytniczy.

Mięsień łonowo-odbytniczy jest najważniejszym mięśniem w mechanizmie kontroli oddawania gazów i stolca. Długość mięśnia łonowo-odbytniczego:

- w spoczynku – około 14-16 cm,
- podczas parcia – około 15-18 cm.

ODBYTNICA

Odbytnica jest częścią jelita grubego, rozciągającą się od połączenia esiczo-odbytniczego do pierścienia odbytowo-odbytniczego (od esicy do początku kanału odbytu).

Długość odbytnicy jest różnie oceniana:

- wg J. Golighera – 13-15 cm,
- wg Cormana – 12-15 cm,
- autorzy niemieccy – 16 cm,
- autorzy angielscy – 15 cm,
- autorzy szkoccy – 18 cm,
- www.google – 12 cm.

PIERŚCIEŃ ODBYTOWO-ODBYTNICZY

Pierścieniem odbytowo-odbytniczym (opisany przez Milligana i Morgana w 1934 r.) określa się wyczuwalny palcem (podczas badania *per rectum*) pierścień mięśniowy odpowiadający początkowej części kanału odbytowego i jest to miejsce połączenia odbytniczo-odbytowego.

Pierścień wyznacza granicę pomiędzy odbytnicą i kanałem odbytu. Pierścień ten jest utworzony przez górny brzeg mięśnia zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego odbytu, od przodu zaś bocznie i od tyłu jeszcze dodatkowo przez pętlę mięśnia łonowo-odbytniczego.

Pierścień jest mocny od tyłu, a słabszy od przodu z powodu braku w nim m. łonowo-odbytniczego. Przecięcie pierścienia odbytowo-odbytniczego nieuchronnie prowadzi do nietrzymania gazów i stolca.

POŁĄCZENIE ESICZO-ODBYTNICZE

Połączenie to znajduje się na wysokości promontorium. Anatomicznie jest to okolica, w której trzy taśmy okrężnicy łączą się w jednolitą warstwę mięśniówki podłużnej odbytnicy. Nie ma dowodów na istnienie w tej okolicy zwieracza okrężnego.

Uwaga: nazwa anatomiczna połączenia esiczo-odbytniczego powinna być zachowana, ale należy

zaprzestać nazywania guzów zlokalizowanych w tej okolicy jako rectosigmoid.

POWIĘZIE GŁĘBOKIE MIEDNICY

Powięzie głębokie obejmują narządy miednicy mniejszej:

- powięź przedkrzyżowa jest grubą częścią powięzi ściennej wewnątrzmiędnicy. Powięź ta pokrywa kość krzyżową, kość ogonową, nerwy, tętnicę krzyżową środkową i bezzastawkowe żyły przedkrzyżowe łączące się z układem żył wewnątrzkanalowych.

W pozycji litotomijnej ciśnienie w układzie żył wewnątrzkanalowych wynosi 17-23 cm słupa wody (2-3 razy wyższe od ciśnienia w żyłę częściej dolnej). Dlatego też krwawienie z tych żył jest tak trudne do opanowania i zagraża bezpośrednio życiu chorego. Krwotok żylny podczas operacji wycięcia odbytnicy występuje w 4,6-7% przypadków (3, 4);

- powięź przedkrzyżowa (ang. *rectosacral fascia*) na poziomie S4, powyżej pierścienia odbytowo-odbytniczego zagina się ku przodowi i do dołu, a przechodząc na odbytnicę, łączy się z powięzią właściwą odbytnicy, tworząc powięź odbytniczo-krzyżową – tzw. powięź Waldeyera. Jest to pewna nieścisłość w nazewnictwie, ponieważ William Waldeyer opisał wszystkie powięzie miedniczne i nie wyróżniał szczególnie powięzi krzyżowo-odbytniczej (5).

Od przodu część pozaotrzewnowa odbytnicy jest oddzielona od pochwy lub od prostaty i pęcherzyków nasiennych przez mocną powięź, tzw. trzewną powięź miedniczną Denonvilliersa. Błazka ścienna przednia powięzi głębokiej miednicy pokrywająca od przodu narządy moczowo-płciowe jest nazywana powięzią Denonvilliersa. Boczna część powięzi głębokiej miednicy pokrywa okolicę otworu zasłonowego i naczyń biodrowych obustronnie.

DÓŁ KULSZOWO-ODBYTNICZY

Jest to przestrzeń pomiędzy boczną ścianą miednicy, ścianą kanału odbytu i ścianą odbytnicy.

Przestrzeń ta ma kształt piramidy szczytem skierowanej do miejsca połączenia mm. dźwigaczy odbytu z powięzią zasłonową. W ścianie bocznej dołu kulszowo-odbytniczego przebiega kanał Alcocka, a w nim nerw i naczynia krwionośne sromowe.

Oba doły kulszowo-odbytnicze łączą się w przestrzeni pozazwieraczowej nad więzadłem odbytowo-guzicznym.

Przestrzeń ta jest podzielona przez powięź poprzeczną na dwie części: górną, tzw. przestrzeń kulszowo-odbytniczą, i dolną, tzw. przestrzeń okołodobytową.

ZASTAWKI HOUSTON

Są to trzy poprzeczne fałdy błony śluzowej odbytnicy odpowiadające bocznym wygięciom odbytnicy.

Zastawka dolna znajduje się na poziomie 4-7 cm powyżej brzegu odbytu, zastawka środkowa (z. Kohlrauscha) znajduje się na wysokości 9-11 cm powyżej brzegu odbytu, zastawka górna znajduje się na wysokości 12-13 cm powyżej brzegu odbytu.

MAKSYMALNE CIŚNIENIE SPOCZYNKOWE (PODSTAWOWE) W KANALE ODBYTU

MRP (ang. *Maximal Resting Pressure*) – 50-140 mmHg, zależnie od metody pomiaru, płci i wieku pacjenta.

Ciśnienie spoczynkowe jest niższe u kobiet i u pacjentów w podeszłym wieku.

MRP jest wynikiem czynności mięśnia zwieracza wewnętrznego (50-85%), mięśnia zwieracza zewnętrznego odbytu (25-30%) i obecności spłotu hemoroidalnego (15%) (2).

MAKSYMALNE CIŚNIENIE DOWOLNE, WYSIŁKOWE, SKURCZOWE, WSPOMAGANE SKURCZEM ZWIERACZY ODBYTU

MSP (ang. *Maximal Squeeze Pressure*) jest wynikiem zależnej od woli czynności zwieraczy odbytu. Wartość prawidłowa MSP wynosi około 100-180 mmHg. Ciśnienie wysiłkowe głównie zależy od czynności skurczowej m. zzo i m. łonowo-odbytniczego. Powinno 2-3-krotnie przekraczać wartość ciśnienia spoczynkowego.

ODRUCH HAMOWANIA ODBYTNICZO-ODBYTOWY

RAIR (ang. *Rectoanal Inhibitory Reflex*) polega na przejściowym obniżeniu się o ponad 25% podstawowego ciśnienia spoczynkowego w kanale odbytowym pod wpływem zwiększonej objętości balonu (wypełnionego wodą lub powietrzem do objętości 50-200 ml) umieszczonego w bańce odbytnicy.

Odruch ten polega głównie na przejściowym obniżeniu się napięcia m. zwieracza wewnętrznego odbytu.

KĄT ODBYTOWO-ODBYTNICZY

Jest to kąt pomiędzy środkową osią kanału odbytu i osią odbytnicy mierzony w płaszczyźnie strzałkowej na zdjęciu proktograficznym podczas defekografii (tzw. kąt Parksa).

Kąt ten powstaje wskutek pociągania odbytnicy przez m. łonowo-odbytniczy.

Kąt Parksa odgrywa rolę w tzw. mechanizmie zastawkowym trzymania stolca. Ciśnienie wewnątrzbrzuszne powoduje przyciśnięcie przedniej ściany odbytnicy do tylnej ściany odbytnicy na poziomie kąta Parksa. Koncepcja zastawkowa mechanizmu kontynencji nie została ostatecznie potwierdzona.

Kąt Parksa w stanie spoczynku wynosi 70-140°, podczas parcia na stolec i aktu defekacji wynosi 110-180°, zaś podczas skurczu zwieraczy odbytu – 75-90° (6-14).

ENTEROCELE

Jest to wysoko położone rectocele, połączone z wypadaniem macicy i przepukliną jelitową pomiędzy odbytnicą i pochwą. Zaawansowanie enterocele mierzy się poziomem najniższej pętli jelitowej podczas defekacji, co można ocenić podczas defekografii.

- Enterocele I stopnia – najniższa pętla jelitowa, nie przekracza linii łonowo-guzicznej,
- Enterocele II stopnia – najniższa pętla jelitowa, znajduje się pomiędzy linią łonowo-guziczną a linią kulszowo-guziczną,

- Enterocela III stopnia – najniższa pętla jelitowa, znajduje się poniżej linii kulszowo-guzicznej.

GUZ BUSCHKE-LOEWENSTEINA

Są to kłykciny olbrzymie wywołane wirusem brodawczaka ludzkiego (typ HPV 6 i 11) występujące w formie szybko rosnącego guza naciekającego w głąb skóry właściwej okolicy odbytu. Guz Buschke-Loewensteina może być umiejscowiony w okolicy pochwy i sromu u kobiet i napletka u mężczyzn.

Ryzyko nawrotu po leczeniu > 60%, ryzyko przemiany złośliwej > 50%.

PRZETOKA ODBYTU

Określenie przetoka odbytu nie jest przez wszystkich proktologów akceptowane. Według prof. A. Bochenka (Anatomia Człowieka, PZWL. Warszawa 1992, t. 2: 265) odbył jest to końcowy otwór przewodu pokarmowego. Z tego też powodu, zdaniem wielu autorów, nie powinno się mówić o przetoce otworu odbytowego, ale o przetoce okołodobykowej. Dużym zwolennikiem nazwy „przetoka okołodobykowa” jest p. dr L. Stefański, który na ostatnim Sympozjum Polskiego Klubu Kolo-proktologii entuzjastycznie przekonywał do powszechnego używania terminu „przetoka okołodobykowa” zamiast „przetoka odbytu” (15). Z drugiej strony twórca polskiej proktologii Docent Mieczysław Tylicki zawsze używał terminu „przetoka odbytu”. Oboje z p. Docentem Kołodziejczak, jak również cały zespół kliniczny Pododdziału Proktologii ze Szpitala na Solcu z p. dr. med. Maciejem Grochowiczem na czele jesteśmy Wychowankami docenta Tylickiego. Dlatego też wszyscy używamy terminu „przetoka odbytu” (16-18).

Przetoka odbytu jest to kanał wysłany ziarniną zapalną, łączący otwór wewnętrzny, zlokalizowany najczęściej w krypcie odbytu, z otworem zewnętrznym znajdującym się na skórze w okolicy odbytu lub w anodermie kanału odbytu.

Elementy anatomiczno-patologiczne przetoki odbytu:

- zapalenie brodawki (*papillitis*),
- zapalenie krypty (*cryptitis*),
- obecność otworu (ujścia) wewnętrznego przetoki,
- stwardnienie kanału przetoki (*pectenosis*),
- powiększony fałd skórny na brzegu odbytu, tzw. guzek wartowniczy,
- otwór zewnętrzny przetoki na skórze okolicy okołodobykowej.

KLASYFIKACJA PRZETOK ODBYTU WG PARKSA (19)

- Typ I – przetoka międzyszwieraczowa (łac. *fistula intersphincterica*) – kanał przetoki przebiega pomiędzy zwieraczem wewnętrznym i zewnętrznym odbytu; częstość występowania 45-70%,
- Typ II – przetoka przezszwieraczowa (łac. *fistula transsphincterica*) – kanał przetoki przebiega przez mięsień zwieracz zewnętrzny odbytu na różnej jego wysokości; częstość występowania 23-30%,
- Typ III – przetoka nadzwieraczowa (łac. *fistula suprasphincterica*) – kanał przetoki przebiega łuko-

wato powyżej masy zwieracza zewnętrznego odbytu; częstość występowania 2-20%,

- Typ IV – przetoka pozaszwieraczowa (łac. *fistula extrasphincterica*) – kanał przetoki przebiega w dole kulszowo-odbytniczym, omija zwieracze odbytu i łączy się ze ścianą lub światłem odbytnicy powyżej linii grzebieniastej; częstość występowania około 5%; pochodzenie przetoki nie jest odkrytowane.

ROPIEŃ ODBYTU I PRZETOKA ODBYTU

Najczęściej powstają w wyniku zakażenia gruczołów odbytowych Hermannia. Zwykle określa się, że są wynikiem zakażenia i zapalenia odkryptowego.

Klasyfikacja i częstość występowania ropni okołodobykowych wg Cormana:

- ropień przyodbytowy – 40-60%, zlokalizowane w pobliżu brzegu odbytu, podskórne,
- ropień kulszowo-odbytniczy – 15-25%,
- ropień międzyszwieraczowy – 10-20%, wysokie ropnie pomiędzy zwieraczem wewnętrznym a zewnętrznym odbytu,
- ropień nadzwieraczowy – 2-6%,
- ropień nietypowy – 10-20%.

ZAPALENIE GRUCZOŁÓW APOKRYNOWYCH OKOLICY OKOŁODOBYTOWEJ

Zakażenie skóry i tkanki podskórnej okolicy okołodobykowej wywołujące się z zakażenia gruczołów apokrynowych.

Gruczoły apokrynowe są odmianą gruczołów potowych, które stają się aktywne po osiągnięciu dojrzałości płciowej. Znajdują się w okolicach narządów płciowych, pachwin, krocza, dołów pachowych i okolicach brodawek piersi.

Zakażenie jest wywołane przez gronkowce, paciorkowce, *E. Coli*, pałeczkę Odmieńca pospolitego (*Proteus vulgaris*).

ZGORZEL FOURNIERA

Nazwa pochodzi od Alfreda Fourniera, który w 1884 r. opisał zgorzelinową martwicę tkanek krocza. Jest to rozległa martwica tkanek krocza ze zgorzelą, u mężczyzn często współistniejąca z martwicą moszny, spowodowana zatorami bakteryjnymi w naczyńkach.

Patogeneza choroby polega na działaniu enzymów proteolitycznych i bakteryjnych, produkowanych przez bakterie, które działają nekrotycznie na tkanki krocza.

Źródła zakażenia są następujące: w 33% przypadków z jelita grubego, w 21% przypadków z narządu moczowo-płciowego i w 26% przypadków źródło zakażenia nie jest znane.

Zakażenie jest wielobakteryjne, a dominują: paciorkowce, gronkowce, *Bacteroides*, *Klebsiella*, *E. Coli*, pałeczki jelitowe, *Proteus*, *Citrobacter*, *Clostridium welchii*. Chorobie towarzyszą objawy sepsy, ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego, zależnie od zaawansowania zmian zapalno-martwiczo-zgorzelinowych tkanek miękkich.

BOCZNA SFINKTEROTOMIA WEWNĘTRZNA

Z niewielkiego pionowego cięcia w rowku międzywierzcowym wypreparowuje się mięsień zwieracz wewnętrzny odbytu, który przecina się na długości odpowiadającej długości szczeliny odbytu. Zwykle zabieg ten wykonuje się na godzinie 3. w ułożeniu pacjenta w pozycji litotomijnej.

CAŁKOWITE WYCIECIE MEZOREKTUM

TME (ang. *Total Mesorectal Excision*) polega na pozaodbytniczym wycięciu miękkich tkanek aż do poziomu dna miednicy i mięśni dźwigaczy odbytu. Preparowanie odbywa się w tzw. *holy space* – przestrzeń beznaczyniowa w okolicy przedkrzyżowej.

O właściwym wycięciu mezorektum świadczy nienaruszona powięź właściwa odbytnicy i nieuszkodzone sploty żyłne przedkrzyżowe.

PODWIĄZANIE TĘTNICY KREZKOWEJ DOLNEJ

Niskie podwiązanie tętnicy kręzkowej dolnej

Polega na podwiązaniu tętnicy poniżej (obwodowo) od odejścia od niej tętnicy okrężniczej lewej.

Wysokie podwiązanie tętnicy kręzkowej dolnej

Polega na podwiązaniu tętnicy w odległości 1 cm od jej odejścia od aorty.

Wymienione powyżej definicje i określenia to tylko część rekomendowanego nazewnictwa proktologicznego, które zawiera wspomniana na wstępie broszura pt. „Nazewnictwo proktologii”, którą dedykujemy naszemu Nauczycielowi Panu Docentowi Mieczysławowi Tylickiemu, twórcy polskiej proktologii.

Niniejszy artykuł pragnę zakończyć pięknym cytatem Konfucjusza:

„Jeśli definicje są niewłaściwe, wtedy twierdzenia nie zgadzają się z faktami, kiedy zaś twierdzenia i fakty nie są zgodne, wtedy poprawne wykonanie zadania nie jest możliwe.” (Konfucjusz I)

“If terms be incorrect, then statements do not accord with facts and when statements and facts do not accord, then business is not properly executed.” (Confucius I)

PIŚMIENNICTWO

1. Bielecki K, Kołodziejczak M: Nazewnictwo w proktologii. Podstawowe pojęcia i definicje. Wydawnictwo „Standardy Medyczne w Praktyce”, Warszawa 2012, ISBN-978-83-60020-01-2.
2. Corman ML: Colon, and rectal surgery. Lippincott-Raven, wyd. 4, Philadelphia, New York 1998.
3. Zama N, Fazio VW, Jagelman DG et al.: Efficacy of pelvic packing in maintaining hemostasis after rectal excision for cancer. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 923-928.
4. Quinyao W, Weijij S, Youren Z et al.: New concepts in severe presacral hemorrhage during proctectomy. *Arch Surg* 1985; 120: 1013-1020.
5. Crapp AR, Cuthbertson AM: William Waldeyer and the rectosacral fascia. *Surg Gynecol Obstetr* 1974; 138: 252-256.
6. Grochowicz P, Kołodziejczak M, Ziembikiewicz A: Choroby odbytu, odbytnicy i jelita grubego. Poradnik dla lekarzy i pacjentów. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2010.
7. Gryglewski A: Podstawy proktologii praktycznej. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2001.
8. Lowry AC, Simmong CL, Boulos P et al.: Consensus statements of definitions for anorectal physiology and rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2001; 44(7): 915-919.
9. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL: Sabiston textbook of surgery. Elsevier Saunders, wyd. 17, Philadelphia 2004.
10. Herman RM, Nowakowski M: Choroby jelita grubego i odbytu. [W:] Szmidi J, Kuzdzał J (red.): Podstawy chirurgii. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
11. Goligher J: Surgery of anus, rectum and colon. Bailliere Tindall, London 1975.
12. Bielecki K, Dziki A: Proktologia. PZWL, Warszawa 2000.
13. Grochowicz M: Podstawowe pojęcia i definicje. [W:] Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I (red.): Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2008.
14. Jorge JMN, Wexner SD: A practical guide to basic anorectal physiology investigations. *Contemporary Surgery* 1993 Oct; 43: 214-224.
15. Stefański L: Anatomia kliniczna okolicy odbytowo-odbytniczej. *Pol Przegl Chirur* 2012; 84(5): 466-476.
16. Tylicki M: Zarys proktologii. Biblioteka Lekarza Praktyka, seria II, tom 74, PZWL, Warszawa 1972.
17. Tylicki M: Operacje proktologiczne. PZWL, Warszawa 1973.
18. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I: Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2008.
19. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD: A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.

otrzymano/received: 15.05.2013
zaakceptowano/accepted: 26.06.2013

Adres/address:
*Krzysztof Bielecki
Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii
Szpital na Solcu
ul. Solec 93, 00-382 Warszawa
tel.: +48 (22) 250-62-68
e-mail: prof.bielecki@gmail.com