

Предлагаемый способ относится к медицине, а частности к онкологии, а именно - проктологии, при большом местном распространении опухоли.

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому способу является способ лечения рака правой половины ободочной кишки, включающий лапаротомию, мобилизацию и резекцию большого сальника подвздошной ободочной кишки, формирование тонко-толстокишечного анастомоза по Витебскому, укрытие дефекта париетальной брюшины брыжейкой подвздошной кишки.

Недостатком известного способа является то, что перитонизация задне-боковой стенки живота после удаления местно-распространенной опухоли правой (левой) половины ободочной кишки брыжейкой тонкой кишки не всегда технически осуществимо из-за короткой брыжейки. Иногда это может привести к натяжению верхней брыжеечной артерии. Кроме того, внутрибрюшное расположение анастомоза в случае несостоятельности его швов приведет к развитию разлитого гнойного перитонита, представляющего особую опасность для жизни человека.

В основу заявляемого способа поставлена задача хирургического лечения местно-распространенного рака ободочной кишки путем формирования в части большого сальника окна, в котором располагают тонко-толстокишечный анастомоз, а оставшуюся после резекции свободную часть сальника подвешивают к листам париетальной брюшины и выстилают им дефект задне-боковой стенки брюшной полости, что дает возможность обеспечить экстраперитонизацию анастомоза и задней боковой поверхности брюшной полости.

Суть способа заключается в том, что хирургическое лечение местно-распространенного рака ободочной кишки левой (правой) ее половины осуществляют следующим образом. Выполняют лапаротомию, резекцию подвздошной и ободочной кишок левой (правой) ее половины, подводят конец подвздошной кишки к концу ободочной через окно, сформированное в оставленной после резекции части большого сальника. Формируют тонко-толстокишечный анастомоз или толсто-толстокишечный, смещают оставшуюся после резекции часть большого сальника право (влево), подшивают его свободный край к листкам париетальной брюшины и выстилают им дефект задне-боковой стенки брюшной полости.

Кроме того, формируют дубликатурный тонко-толстокишечный анастомоз.

Реализуют способ следующим образом.

Выполняют средне-срединную лапаротомию, мобилизацию и резекцию подвздошной и ободочной кишки правой (левой) ее половины, резекцию мобилизованного участка кишечника между зажимами, формируют в бессосудистом участке большого сальника окно, через которое проводят конец подвздошной кишки к концу ободочной кишки, формируют тонко-толстокишечный (толсто-толстокишечный) анастомоз. Укрывают линию швов анастомоза стенками окна большого сальника, смещают оставшуюся его часть в правую (левую) половину брюшной полости и выстилают им дефект задне-боковой стенки брюшной полости. Подшивают свободный край большого сальника к листкам париетальной брюшины. В частности, выполняют

средне-срединную лапаротомию, рассекая брюшину у корня брыжейкой тонкой кишки; выделяют и перевязывают подвздошно-ободочную, правую (левую) ободочную и правую (левую) ветвь средней ободочной артерии. Затем выполняют мобилизацию 15 - 20см подвздошной и правой (левой) половины ободочной кишок. На уровне мобилизации между зажимами пересекают подвздошную и поперечно-брюшинную кишку выполняя резекцию подвздошной и правой (левой) половины ободочной кишки. В части большого сальника, оставшейся после резекции формируют "окно" (для того, чтобы через него пропустить конец подвздошной кишки и в нем расположить анастомоз). Затем подводят конец подвздошной кишки и конец ободочной кишки к сформированному в сальнике "окну", продевают через него подвздошную кишку и формируют тонко-толстокишечный или тонко-толстокишечный анастомоз (дубликатурный илеотрансверзоанастомоз "конец в конец"). Перемещают оставшуюся часть сальника направо (налево) и подшивают его свободный край к листкам париетальной брюшины, т.о. укрывают большим сальником дефект задне-боковой стенки брюшной полости. Следовательно, наружная линия швов анастомоза перитонизируется дополнительно большим сальником. После этого отдельными швами сопоставляются брыжейки подвздошной и поперечно-ободочной кишки. Забрюшинное пространство перитонизируют через контрапертуру в правой (левой) поясничной области резиновыми трубками. Срединную рану послойно ушивают.

Пример конкретного выполнения способа.

Больной М., 1936г.р., поступил в клинику 18.06.93г. по поводу рака восходящего отдела ободочной кишки, субкомпенсированной кишечной непроходимостью. Явления кишечной непроходимости купированы консервативными мероприятиями.

28.06.93 - операция, правосторонняя гемиколэктомия с удалением большого участка брюшины вдоль правого фланга брюшной полости, забрюшинной клетчатки. Непрерывность кишечника восстановлена дубликатурным илеотрансверзоанастомозом "конец в конец", который расположен экстраперитонially, в ранее сформированном "окне" большого сальника. Дефект задне-боковой стенки живота перитонизирован свободной прядью большого сальника.

Гистологическое заключение №9414 - 9423; высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая все слои стенки кишки с метастазами в параколические лимфоузлы. Послеоперационный период протекал гладко, выписан из отделения 09.07.93. Контрольный период протекал гладко, выписан из отделения 09.07.93. Контрольный осмотр 03.02.97г., жалоб не предъявляет, данных за продолжение болезни не выявлено.

Таким образом, преимущества предлагаемого способа заключаются в исключении развития гнойно-септических осложнений в брюшной полости.