

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використаний, для виведення двостовбурової колостоми при гострій товстокишковій непрохідності пухлинного генезу.

Відомий спосіб накладання колостоми [1] у хворих на рак товстої кишки, при якому дистальна ділянка кишки заглушається, а проксимальна виводиться на передню черевну стінку з висіченням пухлини (операція типу Гартмана).

Недоліком відомого способу є те, що при виведенні одностовбурової колостоми і зашиванні дистальної частини товстої кишки, для відновлення безперервності останньої потрібна велика порожнинна операція.

Найбільш близьким по технічній сутності способу, що заявляється, є спосіб накладання двостовбурової колостоми [2], при якому по типовій методиці в необхідному місці передньої черевної стінки формують отвір для виведення колостоми. Виведену ділянку кишки підшивають до парієтальної очеревини і до країв шкірної рани з висіченням патологічної ділянки на кишці. Просвіт виведених кінців кишки розкривають через 24 години або раніш.

Недоліком відомого способу є те, що при гострій товстокишковій непрохідності, на ґрунті раку товстої кишки, привідна, кишка може бути сильно розширена, що створює труднощі для виведення в колостомічну рану ділянки товстої кишки, що резектують, а в деяких випадках робить це неможливим. При цьому хірург змушений виконувати резекцію товстої кишки в межах черевної порожнини, що супроводжується небезпекою інфікування останньої кишковим вмістом, або додатково розширювати колостомічну рану.

В основу винаходу поставлена задача розробити спосіб виведення колостоми при гострій товстокишковій непрохідності в хворих на рак товстої кишки шляхом інтраопераційного видалення вмісту розширеної товстої кишки з наступним накладанням двостовбурової колостоми.

Поставлена задача вирішується тим, що к способі виведення колостоми при гострій товстокишковій непрохідності на ґрунті раку товстої кишки, що включає накладання двостовбурової колостоми, відповідно до винаходу, після мобілізації і перетинання товстої кишки дистальніше пухлини відвідну кишку заглушають, а привідну разом із пухлиною виводять на передню черевну стінку, позачеревинно видаляють пухлину, потім у привідну частину кишки вставляють товстий зонд, за допомогою якого останню відмивають від калових мас і видаляють гази, після чого привідний відділ товстої кишки вільно виводять у рану, резектують на необхідному рівні і формують двостовбурову колостому з виведенням у колостомічну рану заглушеної відвідної кишки.

Спосіб виконується таким чином.

Після мобілізації петлі товстої кишки з пухлиною, останню перетинають між затискачами дистальніше пухлини. Нерозширену відвідну кишку заглушають, а привідну кишку разом із пухлиною виводять у колостомічну рану. Проксимальніше пухлини на товсту кишку накладають лігатурні тримачки і роблять резекцію кишки з видаленням пухлини. Потім у розширену привідну кишку вводять товстий зонд, за допомогою якого останню відмивають від калових мас і видаляють гази. Завдяки цим маніпуляціям привідна ділянка кишки зменшується в розмірах, що дозволяє вивести її з черевної порожнини і резектувати на необхідному рівні відповідно до принципів абластики. У колостомічну рану виводять заглушену відвідну кишку і роблять формування колостоми по загальноприйнятій методиці.

Приклад:

Хворий С., 59 років. І.хв. №10722, поступив у клініку з діагнозом рак сигмоподібної кишки, гостра товстокишкова непрохідність. При лапаротомії виявлена пухлина сигмоподібної кишки яка циркулярно охоплює останню. Відділ привідної товстої кишки різко збільшений в об'ємі до 14 сантиметрів у діаметрі. Мобілізовано нисхідну і сигмоподібну кишку, остання резектована нижче пухлини з зашиванням відвідної кишки наглухо. У лівій клубовій області через додатковий розріз у передній черевній стінці виведена мобілізована петля сигмоподібної кишки з пухлиною. У зв'язку з різким збільшенням привідного відділу, вивести останній у необхідних межах не представлялося можливим. Після видалення пухлини, у просвіт привідної кишки, яку утримували за допомогою лігатурних тримачок, установлений товстий зонд, через який кишку відмили і спорожнили від калових мас і газів. У результаті зазначених дій вдалося знизити внутрішньокишковий тиск і зменшити розміри привідної кишки. Після цього остання легко була виведена в колостомічну рану і резектована в необхідних межах із дотриманням принципів абластики. У колостомічну рану виведена заглушена відвідна кишка і сформована двостовбурова колостома по загальноприйнятій методиці.

З використанням даного способу прооперовано 9 хворих із гострою товстокишковою непрохідністю пухлинного генезу. У жодного хворого не було відзначено внутрішньочеревних ускладнень і нагноєння лапаротомної рани. Застосування способу дозволило уникнути виникнення гнійних ускладнень і в більш швидкі терміни спорожнити привідний відділ товстої кишки, тим самим зменшити прояви кишкової непрохідності і домогтися відновлення природної перистальтики.

Перевагами запропонованого способу виведення колостоми при гострій товстокишковій непрохідності є зниження травматичності операції при виведенні розширеної ділянки товстої кишки на передню черевну стінку, зниження кількості післяопераційних гнійних ускладнень. Використання даного способу дозволяє в більш швидкі терміни зменшити прояви кишкової непрохідності в ділянці привідної товстої кишки, знизити внутрішньокишковий тиск і домогтися відновлення товстокишкової перистальтики.

Джерела інформації:

1. Дробни Ш. Хірургія кишечника - Будапешт. -1983. -592с.
2. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктологія. -М. -Медицина. -1984. -384с.