

**Спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час зведення у разі черевно-анальної резекції прямої кишки.**

Винахід належить до області медицини, а саме, до онкопроктології і може бути використаний для хірургічного лікування хворих на рак нижньо- і середньоампулярного відділів прямої кишки

Відомий спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час зведення у разі черевно-анальної резекції [ 1 ], коли після мобілізації і пересічення сигмовидної кишки "на обидва відрізки одягають гумову рукавичку Це роблять таким чином на праву кисть одягають другу рукавичку, цією рукою захоплюють відрізок кишки, у цей час асистент стягує з цієї руки рукавичку на куксу кишки Гумова рукавичка зразу ж обв'язується товстою ниткою навколо кишки" [ 1, стор 372 ] " Кишка резецюється у черевній порожнині, і кукса сигмовидної кишки провізорно закривається декількома швами Оперуючий хірург другої бригади розтягує сфінктер прямої кишки за Resamier, а потім через анальний отвір заводить в пряму кишку корнцанг або інший подібний затискувач Верхній відкритий край прямої кишки захоплюється затискувачем і вивертається назовні Оперуючий хірург першої бригади допомагає, препаруючи, натискуючи вниз на куксу, сприяючи тотальному вивертанню кукси прямої кишки довжиною у декілька см через анальний отвір Хірург, оперуючий на промежині, відступивши приблизно 3-4 см від лінії анального отвору, розтинає стінку вивернутої кукси прямої кишки Спочатку у поперечному напрямку розтинається слизова, потім м'язова стінка, поки не попадають у отвір Через цей отвір у порожнину таза знову заводиться затискувач, ним захоплюють зашиту куксу сигмовидної кишки і протягують її через короткий відрізок кукси прямої кишки назовні Сигмовидна кишка зводиться до тих пір, поки не покажиться відрізок кишки з надійним кровопостачанням" [ 1, стор 382 ].

Недоліком відомого способу є можливість травматизації краю легкоранимої брижі зведеної кишки під час протягування трансплантату через анальний канал (особливо у разі "жирної" брижі у хворих з добре розвинутим сфінктером), оскільки гумова захисна рукавичка одягається на "відрізок кишки" [ 1, стор 372 ], але не у брижу. Крім того, при будь-якому способі оперування (одно- чи двобригадному) існує висока імовірність травми брижі зведеної кишки в результаті випадкового и захоплення затискувачем, замість або разом з кишкою. При двобригадному способі оперування це пов'язано з тим, що при вузькому тазі хірургу, який оперує з боку черевної порожнини, важко, а іноді і неможливо точно подати куксу сигмовидної кишки у проведений з боку промежини затискувач, не допустивши при цьому травми й брижі. При однобригадному способі оперування захопити " наосліп " з боку промежини затискувачем куксу сигмовидної кишки без травми и брижі неможливо взагалі.

Відомий спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час зведення, у разі черевно-анальної резекції [ 2 ], коли захоплення затискувачем кукси сигмовидної кишки здійснюють за прошитий апаратним швом край "якщо пухлина прямої кишки великих розмірів або у пухлинний процес утягнені суміжні органи, які підлягають резекції, треба застосувати такий прийом. Відступивши від нижнього краю пухлини не менше 5 см, накладають апарат УКЛ, вище нього затискувач, кишку прошивають і пересікають. На 8-10 см вище пухлини кишку пересікають і прошивають за допомогою апарата НЖКА. Препарат з пухлиною видаляють. Куксу прямої кишки евагінує перша бригада хірургів, друга бригада зсікає її край, прошитий скобками, в отвір кишки вводять корнцанг, в який подають кінець сигмовидної ободової кишки, і останню протягують через куксу прямої кишки до з'явлення розпізнавальної позначки" [2, стор 149-150]

Недоліком відомого способу є можливість травматизації краю легкоранимої брижі зведеної кишки під час протягування трансплантату через анальний канал (особливо у разі "жир-

ної" брижі у хворих з добре розвинутим сфінктером), оскільки край брижі нічим не захищений Крім того, існує висока імовірність травми брижі зведеної кишки в результаті випадкового захоплення затискувачем, замість або разом з кишкою Це пов'язано з тим, що у разі вузького таза хірургу, який оперує з боку черевної порожнини, неможливо точно подати куску сигмовидної кишки у проведений, з боку промежини затискувач, так, щоб здійснити захоплення лише за лінію апаратного шва, не допустивши при цьому травми її брижі

Відомий спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час зведення у разі черевно-анальної резекції, обраний за спосіб-прототип, коли [ 3 ] "сигмовидну кишку пересікають між лігатурами, а пряму - під Г-образним затискувачем Видаляють уражений відділ кишечника Задньопрохідний канал тимчасово укривають тампонами, а на кінець сигмовидної кишки після обробки розчином антисептика одягають гумовий ковпачок" [ 3, стор 425 ] " Решту частини сигмовидної кишки у місці пересічення прошивають скріпковим швом, а на той, що видаляють, накладають роздавлюючий затискувач Видаляючи частину прямої кишки, відступивши від пухлини на відповідну відстань, прошивають скріпками апарата УКЛ або УО Кишку пересікають дистальніше накладених скріпкових швів Хірург бригади, оперуючий з боку промежини, через попередньо розтянутий зовнішній сфінктер проводить у порожнину таза затискувач Мікуліча, захоплює підготовлений для зведення кінець сигмовидної кишки і виводить його через отвір задньоброхідного каналу на промежину Виведену кишку підшивають до шкіри промежини" [ 3, стор 428 ]

Недоліком відомого способу, обраного за спосіб-прототип, є можливість травматизації краю легкооранимої брижі зведеної кишки під час протягування трансплантату через анальний канал (особливо у разі " жирної " брижі у хворих з добре розвинутим сфінктером), оскільки гумовий захисний ковпачок одягається на " кінець кишки" [ 3, стор 425 ], але не її брижу Крім того, при обох способах оперування ( одно- чи двобригадному ) існує висока

імовірність травми брижі зведеної кишки в результаті випадкового її захоплення затискувачем замість кишки. При двобригадному способі оперування це пов'язано з тим, що у разі вузького таза хірургу, оперуючому з боку черевної порожнини, важко, а іноді і неможливо точно подати куксу сигмовидної кишки у проведений з боку промежини затискувач, не допустивши при цьому травми п брижі. При однобригадному способі оперування захопити "наосліп" з боку промежини затискувачем куксу сигмовидної кишки без травми п брижі неможливо взагалі.

В основу способу поставлена задача попередження травми брижі кукси сигмовидної кишки. Поставлена задача розв'язується тим, що край резецьованої сигмовидної кишки укривають гумовим ковпачком разом з частиною *n* брижі, після чого протягування трансплантату в процесі зведення створюють рукою, при цьому за куксу прямої кишки, до якої через проміжну серветку підв'язують куксу сигмовидної кишки.

Сутність способу полягає у тому, що під час виконання черевно-анальної резекції проводять мобілізацію сигмовидної і прямої кишок з пухлиною, резеціюють пряму кишку з пухлиною, кукси сигмовидної і прямої кишок прошивають апаратним швом і укривають гумовими ковпачками, причому, під час укриття кукси сигмовидної кишки, гумовий ковпачок одягають не лише на куксу кишки, але і на частину *n* брижі. До кукси прямої кишки ниткою підв'язують один край марльової серветки, серветку містять у порожнину малого таза, до її другого кінця підв'язують край сигмовидної кишки, вкритий разом з частиною брижі гумовим ковпачком. При цьому нитку зав'язують безпосередньо за лінією апаратного шва, без перев'язування брижі з боку промежини, після виконання демукозації анального каналу, пересічення леваторів, роблять видалення вкритої гумовим ковпачком кукси прямої кишки. Під час видалення кукси відбувається витягання підв'язаної до неї серветки, яка у свою чергу витягує підв'язану до серветки куксу сигмовидної кишки. При цьому виключається можливість

травми брижі під час протягування через анальний канал, оскільки вона вкрита гумовим ковпачком, і виключається можливість пошкодження и в процесі захоплення інструментом, оскільки виймання здійснюють рукою за зав'язану раніше, з боку черевної порожнини, лігатуру через проміжну серветку

Новим у заявленому способі є те, що гумовий ковпачок накладують на край сигмовидної кишки і частину її брижі, виймання з боку промежини кукси сигмовидної кишки здійснюють рукою за куксу прямої кишки, до якої через проміжну серветку підв'язана кукса сигмовидної кишки, причому підв'язування до серветки кукси сигмовидної кишки здійснюють у черевній порожнині під візуальним контролем Усі вказані ознаки суттєві для забезпечення поставленої задачі

Сутність винаходу ілюстрована на іл 1-4, де прийняті такі позначки

#### **ФІГУРА 1.**

- 1 - сигмовидна кишка,
- 2 - напрямок мобілізації прямої кишки по задньому півколу,
- 3 - лінія проксимального пересічення прямої кишки,
- 4 - напрямок мобілізації прямої кишки по передньому півколу,
- 5 - пухлина,
- 6 - лінія дистального пересічення прямої кишки,
- 7 - сфінктер прямої кишки

- 1 - брижа сигмовидної кишки,
- 2 - лінія апаратного шва на куксі сигмовидної кишки,
- 3 - видалення частини прямої кишки з пухлиною,
- 4 - лінія апаратного шва на куксі прямої кишки,

- 5 - кукса прямої кишки,
- 6 - сфінктер прямої кишки,
- 7 - пухлина

### *ФІГУРА 3*

- 1 - брижа сигмовидної кишки,
- 2 - кукса сигмовидної кишки, вкрита разом з частиною брижі гумовим ковпачком,
- 3 - нитка, що підв'язує куксу сигмовидної кишки до проміжної серветки,
- 4 - проміжна серветка,
- 5 - нитка, що підв'язує проміжну серветку до кукси прямої кишки,
- 6 - кукса прямої кишки, вкрита гумовим ковпачком,
- 7 - сфінктер прямої кишки

### *ФІГУРА 4*

- 1 - край очеревини малого таза спереду від прямої кишки,
- 2 - сигмовидна кишка,
- 3 - брижа сигмовидної кишки,
- 4 - гумовий ковпачок, що вкриває куксу сигмовидної кишки разом з частиною її брижі,
- 5 - місце зав'язування нитки на куксі сигмовидної кишки,
- 6 - нитка, що підв'язує куксу сигмовидної кишки до проміжної серветки,
- 7 - проміжна серветка,
- 8 - нитка, що підв'язує проміжну серветку до видаленої кукси прямої кишки,
- 9 - видалена кукса прямої кишки,
- 10 - видалена слизова анального каналу на куксі прямої кишки

Спосіб реалізують таким чином Перев'язують і пересікають нижні брижові судини нижче відходження лівої ободової Мобілізують пряму кишку з пухлиною до м'язів тазового

дна (<РІГІ, пп. 2,4 ). З урахуванням анатомічних особливостей будови судин брижі сигмовидної кишки формують трансплантат для зведення на промежину. Пряму кишку вище і нижче пухлини (ФІГІ, пп. 3,6 ) прошивають двічі апаратом УО-60 і пересікають між лініями апаратних швів. Препарат видаляють (Ф/Г2, п. 3 ). Лінії апаратних швів (Ф(Г 2, пп. 2, 4 ) оброблюють розчином антисептика. На куску прямої кишки одягають гумовий ковпачок *ty'tr* 3, п. 6 ), який фіксують на кусці лігатурою ( нитка № 6 ) (Р/С 3, п. 5 ). До другого краю цієї ж нитки підв'язують порожнинну марльову серветку (Ф//Г 3, п. 4 ). На проксимальний край серветки накладають другу лігатуру ( нитка № 6 ) (ФІГ 3, п. 3 ). Другим краєм цієї нитки фіксують гумовий ковпачок (*fig.* 3, п. 2 ), одягнутий на куску сигмовидної кишки і частину її брижі (<Р/Г 3, п. 1 ), причому, зав'язування нитки здійснюють безпосередньо над лінією апаратного шва без перев'язування брижі. З боку промежини проводять демуккозацію анального каналу на трубці, пересічення леваторів і виїняття кукси прямої кишки за загальноприйнятою методикою. При виїнятті на промежину кукси прямої кишки виймають серветку (Ф/Г 4, п. 7 ), яка підв'язана лігатурами *fig.* 4, п. 6 ) до кусків як прямої, так і сигмовидної кишок (РІГ. 4, п. 4 ). Здійснюючи тракцію за серветку, протягують на промежину через анальний канал куску сигмовидної кишки, вкриту разом з частиною брижі гумовим ковпачком (ФІГ 4, п. 4 ). Гумовий ковпачок видаляють. Дренування малого таза, фіксацію зведеної кишки і завершення абдомінального етапу здійснюють звичайним способом.

Приклад конкретного виконання способу.

Хвора В., історія хвороби № 548, поступила в проктологічне відділення Донецького обласного протипухлинного центру 11.02.98 року. Діагноз - рак середньоампулярного відділу прямої кишки 3 стадія. 18.02.98 року зроблена операція - черевно-анальна резекція прямої кишки із захистом трансплантату за заявленою методикою. Виконали нижньосередньосерединну лапаротомію. Перев'язали і пересікли нижні брижові судини нижче відходження лівої

ободової Мобілізували пряму кишку з пухлиною до м'язів тазового дна з урахуванням анатомічних особливостей будови судин брижі сигмовидної кишки сформували трансплантат для зведення на промежину Пряму кишку вище і нижче пухлини прошили двічі апаратом УО-60 і пересікли між лініями апаратних швів Препарат видалили Лінію апаратних швів обробили розчином антисептика На куску прямої кишки наділи гумовий ковпачок, який зафіксували на кусці лігатурою До другого краю цієї ж нитки підв'язали порожнинну марльову серветку На проксимальний край серветки наклали другу лігатуру Другим краєм цієї нитки зафіксували гумовий ковпачок, одягнутий на куску сигмовидної кишки і частину її брижі, причому зав'язування нитки здійснили безпосередньо над лінією апаратного шва без перев'язування брижі з боку промежини виконали демукозацію анального каналу на трубці, пересічення леваторів і викидання кукси прямої кишки за загальноприйнятою методикою Під час викидання на промежину кукси прямої кишки викидали серветку, підв'язану лігатурами, до куксів як прямої, так і сигмовидної кишок. Здійснюючи тракцію за серветку, протягнули на промежину через анальний канал куску сигмовидної кишки, вкриту разом з частиною брижі гумовим ковпачком Гумовий ковпачок видалили. Дренування малого таза, фіксацію зведеної кишки і завершення абдомінального етапу здійснили звичайним способом Післяопераційний період проходив рівно. Відсічення надлишку зведеної кишки виконано на 14 добу Виписана з відділення на 15 добу

Пропонований спосіб використаний в Донецькому обласному протипухлинному центрі з 1993 року у 17 хворих на рак середньо- і нижньоампулярного відділів прямої кишки Пухлина локалізувалась від 6 до 8 см від ануса Поширення пухлинного процесу відповідало T3N0-1M0 Гістологічно в усіх хворих була аденокарцинома різного ступеня диференційовки. Вік хворих коливався від 42 до 69 років Усім хворим у доопераційному періоді проводився



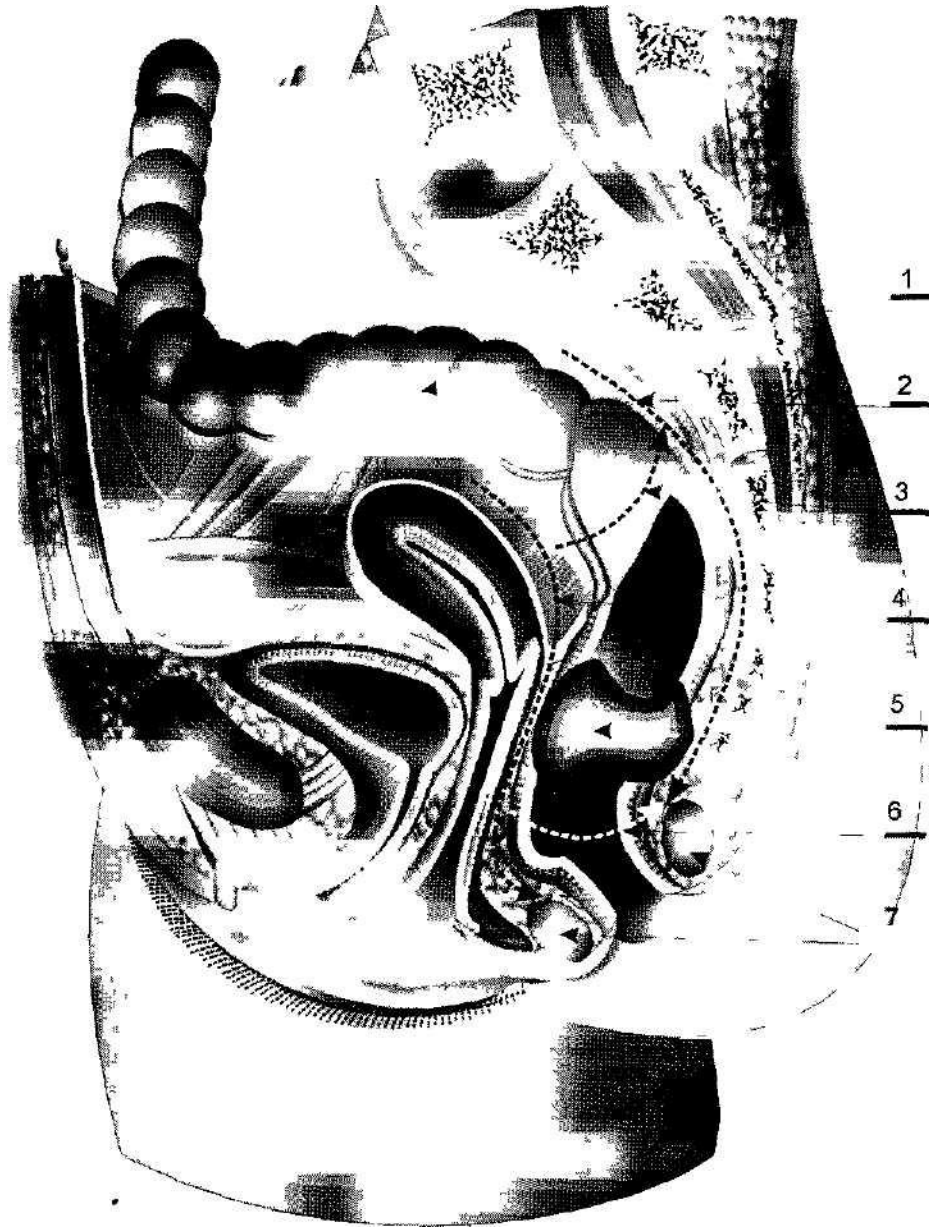
9.

курс променевої терапії Ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого способу, не спостерігалось.

## ЛІТЕРАТУРА

- 1 Литтман Имре Брюшная хирургия Издательство Академии наук Венгрии, Будапешт, 1970, С 372,382
- 2 Дедков И П, Черный В А, Черниченко В А и др Комбинированное лечение опухолей пищевого канала К Здоров'я, 1981, С 149-150
- 3 Петерсон Б Е, Чиссов В И., Пачес А И Атлас онкологических операций М Медицина, 1987, С 425, 428

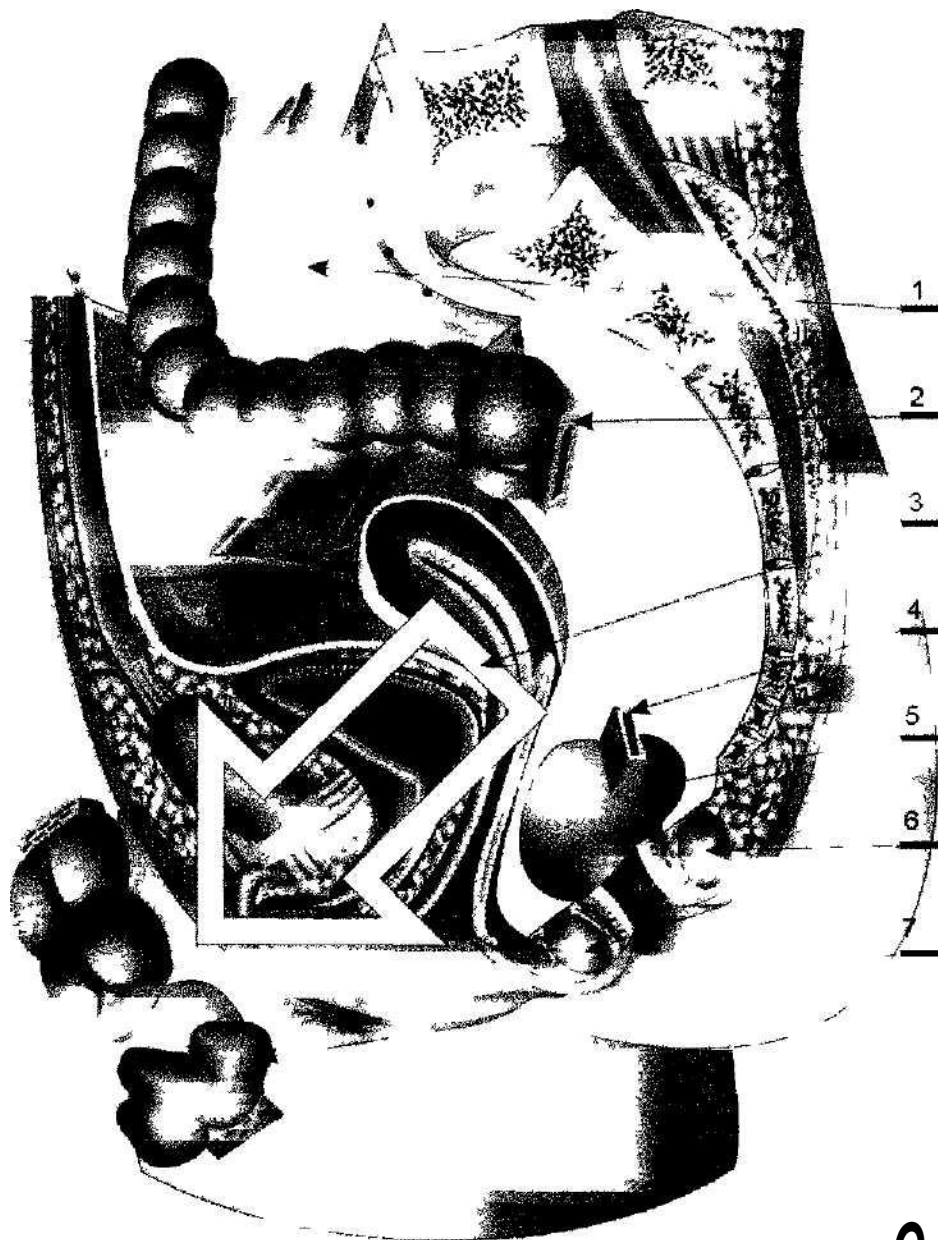
Спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час  
низведення при чревно-анальній резекції прямої кишки



<PIГ.

6.X,  
30AOTI/XIHСЯ  
СЕМ і коз /Л Г

Спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час  
низведення при чревно-анальній резекції прямої кишки



С  
ПСАРАС і Г.

ФІГ-2

БАШЄЄ& В Х  
Золотмм<sup>с</sup> °  
СЕМ і КОЗ И Г

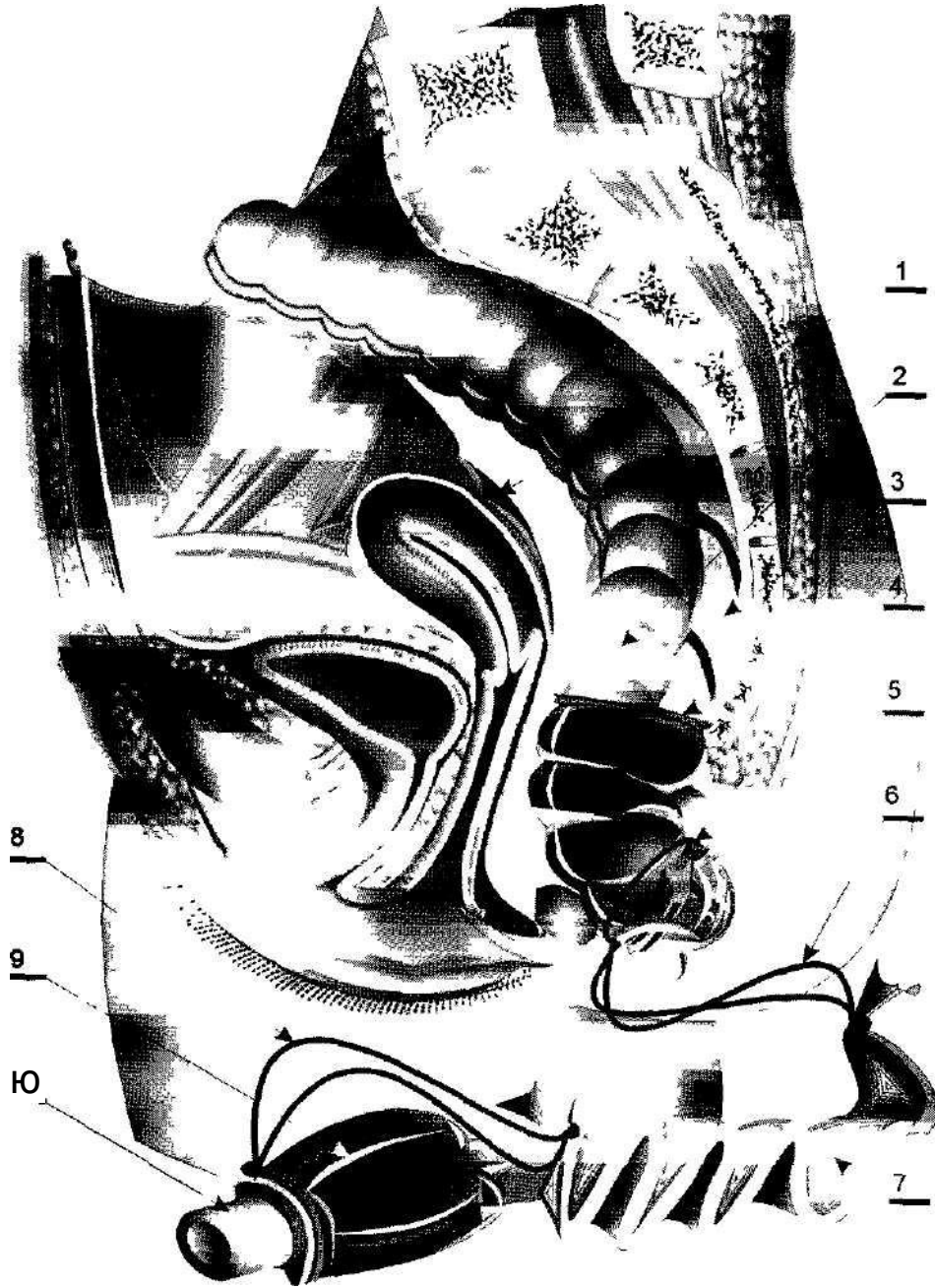
Спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час  
низведення при ч<sup>р</sup>евно-анальній резекції прямої кишки



Фіг  
3

БонМР і &■  
ПСАРАС Г.Т.  
БАШЄЄВ З Х  
ЗОЛОТУХІН С/  
СЕМІКОЗ Н Г.

Спосіб захисту трансплантату від пошкодження під час  
низведення при фемно-анальній резекції прямої кишки



ФІГА

БОНДАР  
ПСАРАС Г.і.  
БАЖЕНКО В.Х.  
ЗОЛУХІН С.Є.