

Спосіб ізоляції пухлини у разі черев **но**-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 ізоляції пухлини під час виконання черевно-анальної резекції [1], коли ізоляція пухлини від контакту з анальним каналом прямої кишки досягається шляхом виключення протягування через нього пухлини. Мобілізують сигмовидну і пряму кишку до м'язів тазового дна, роблять пересічення кишки з боку черевної порожнини, видаляють пряму кишку з пухлиною і через анальний канал протягують сигмовидну кишку без пухлини [1, стор. 105, 107]. При цьому вище пухлини кишку прошивають апаратом УКЛ- 60 ("якщо мобілізовану сигмовидну кишку прошити апаратом УКЛ-60 і пересікти на належному для зведення рівні, то препарат легко вийняти через широку черевну рану " [1, стор. 107]), а нижче або перев'язують, або тампонують (" якщо це не вдається зробити лігатурою, то можна ввести в кишку великий тампон, змочений 1% розчином йоду. Хірург абдомінальної бригади вводить праву руку в малий таз і , зацимивши зігнутими у вигляді гачка вказівним та середнім пальцями край кишки нижче тампона, швидко виймає і видаляє її, так як проксимальний кінець кишки вже раніше прошитий апаратом УКЛ- 60, пересічений і герметизований" [1, стор 108])

Недоліком відомого способу є можливе проходження лінії розрізу по дистальному краю пухлини із-за неможливості здійснення візуального контролю із-за глибини малого таза, особливо під час локалізації пухлини у нижньоампулярному відділі. При цьому може відбутися імплантація пухлинних клітин у рані анального каналу, при протягуванні через нього кукси прямої кишки, в проксимальній частині якої, по лінії пересічення залишилась частина

2.

пухлини Крім того, пересічення кишки з боку черевної порожнини з відповідною обробкою проксимального і дистального її кінців, суттєво збільшить тривалість оперативного втручання, що особливо небажано у осіб похилого віку

Відомий спосіб ізоляції пухлини під час виконання черевно-анальної резекції [2], де ізоляція пухлини від контакту з анальним каналом прямої кишки досягається шляхом виключення протягування через нього пухлини Мобілізують сигмовидну і пряму кишку до м'язів тазового дна " Відступивши від нижнього краю пухлини не менше 5 см, накладують 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 відсікає її край, прошитий скобками, у 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 складність тимчасового закриття отвору кукси прямої кишки апаратним швом, особливо при вузькому тазі і локалізації пухлини у нижньоампулярному відділі, можливе проходження лінії розрізу по дистальному краю пухлини через неможливість здійснення візуального контролю із-за глибини малого таза, особливо при локалізації пухлини у нижньоампулярному відділі При цьому, може відбутись імплантація пухлинних клітин у рані анального каналу, при протягуванні через нього кукси прямої кишки, у проксимальній частині якої, по лінії пересічення залишилась частина пухлини Крім того, пересічення кишки з боку черевної порожнини з відповідною обробкою проксимального і дистального її кінців, суттєво збільшить тривалість оперативного втручання, що особливо небажано у осіб похилого віку

Відомий спосіб ізоляції пухлини під час виконання черевно-анальної резекції [3],

обраний за прототип, при якому за загальноприйнятим правилам проводять мобілізацію сигмовидної кишки, а також прямої кишки до рівня м'яза, який піднімає задній прохід Мобілізований з пухлиною відділ кишки вкривають захисним шаром марлі і целофановою плівкою Вище і нижче пухлини кишку міцно перев'язують марльовою тасьомкою, з брїжі ц тупо від- І/ водять сечовід, а також сім'яні або яєчникові судини В місці відходження від аорти роблять перев'язку нижньої брижової артерії і супроводжуючої и вени По мірі виділення кишки зверху, група хірургів, яка працює на промежині, відділяє слизову оболонку прямої кишки у вигляді циліндра від зубчатої лінії вверх на протяжінні до 6-8 см, потім роблять циркулярний розрї м'язової оболонки прямої кишки на тому рівні, де оперуюча з боку живота група хірургів вже здійснила виділення прямої кишки по усьому колу Увесь операційний препарат видаляють через задній прохід [3, стор 450].

Недоліком відомого способу, обраного за прототип, є неможливість створення надійної ізоляції пухлини з боку черевної порожнини Це пов'язано з тим, що при ізоляції кишки з боку черевної порожнини надійне укриття пухлини можна здійснити лише шляхом обгортання кишки з пухлиною окремим шматком ізоляційного матеріалу При цьому можна забезпечити досить якісну ізоляцію пухлини лише від порожнини малого таза Проте, ізоляція пухлини від порожнини малого таза під час виконання черевно-анальної резекції після завершення мобілізації має невелике значення для профілактики рецидиву пухлини, оскільки, якщо і відбувається розсіювання пухлинних клітин у процесі мобілізації клітковини малого таза, то до моменту ізоляції пухлини воно вже відбувалось і попередити його даним методом неможливо Найбільшу ж небезпеку для розсіювання пухлинних клітин представляє протягування пухлини через вузький анальний канал [1] Відомо, що "якщо пухлина повністю проростає стінку кишки, то у разі зіткнення її поверхні з раною можливий розвиток імплантаційного рецидиву" [1, стор 105] При протягуванні трансплантату на промежину через рану анального

каналу, різко підвищується імовірність розвитку імплантаційного метастазування - незадовільні віддалені результати, одержані при значному поширенні пухлини, пов'язані, на нашу думку, з необхідністю протягувати кишку, пророщену пухлиною, через вузький анальний канал, що являє собою свіжу рану, готовий ґрунт для імплантації пухлинних клітин" [1, стор 107]. Під час ізоляції пухлини з боку черевної порожнини важко домогтись надійної фіксації ізоляційного матеріалу на кишці, коли її протягувати через анальний канал Оскільки ізоляція здійснюється методом обгортання навколо кишки з пухлиною марлі і целофанової плівки, які фіксуються на кишці лише двома лігатурами, то, для якісного відмежування пухлини від анального каналу, необхідно здійснити обгортання вказаними ізоляційними матеріалами декілька разів. У противному разі, при протягуванні кишки з пухлиною через анальний канал, відбудеться зміщення захисного покриття над пухлиною, що зробить можливим імплантацію пухлинних клітин у рані анального каналу Обгортання ж кишки у декілька шарів ізоляційним матеріалом суттєво збільшить її товщу, що при протягуванні трансплантату через анальний канал неминуче приведе, або до травми замикаючого апарату прямої кишки, або зробить це протягування неможливим взагалі

В основу способу покладена задача ізоляції пухлини під час черевно-анальної резекції прямої кишки Поставлена задача розв'язується шляхом укриття кишки з пухлиною гумовим ковпаком з боку промежини після деукозації анального каналу, причому, для виключення інфікування малого таза спочатку на відсепаровану слизову анального каналу з боку промежини одягається один гумовий ковпак, а потім, після фіксації його лігатурою на слизовій анального каналу, поверх нього з боку промежини одягається другий гумовий ковпак, який подається у положнину малого таза і у малому тазі натягується на пряму кишку з пухлиною і фіксується вище пухлини лігатурою (нитка № 6)

Сутність способу полягає у тому, що при виконанні черевно-анальної резекції прово-

дять мобілізацію сигмовидної і прямої кишок з пухлиною до м'язів тазового дна На гумову трубку одягають два гумових ковпаки, які фіксують до трубки однією лігатурою на відстані 3-4 см від її кінця Трубку вставляють в анальний канал кінцем, вкритим гумовими ковпаками до нитки, яка фіксує на ній обидва ковпаки Роблять демукозацію анального каналу на трубці за звичайною методикою Після пересічення леваторів витягують за трубку на промежину слизову анального каналу до з'явлення м'язової оболонки кишки На слизову анального каналу одягають перший ковпак, який натягують до м'язової оболонки кишки і фіксують на цьому рівні лігатурою Потім поверх першого одягають другий гумовий ковпак на слизову анального каналу і частково м'язову стінку кишки Прямую кишку зі слизовою анального каналу, фіксованою на трубці і критою двома гумовими ковпаками, подають у порожнину малого таза назад на 3-4 см З боку малого таза натягують другий гумовий ковпак на пряму кишку і вище пухлини на 3-4 см фіксують лігатурою (нитка № 6) З боку промежини роблять тракцію за трубку У цьому разі пряма кишка з пухлиною, вкрита гумовим ковпаком, зводиться на промежину При цьому виключається можливість розсіювання пухлинних клітин в анальному каналі Накладання гумового ковпака з боку промежини призводить до того, що при тракції за трубку з боку промежини відбувається ще більше натягування гумового ковпака на кишку з пухлиною Це дозволяє не накладувати багат шарових захисних пов'язок і фіксувати гумовий ковпак лише однією лігатурою, навантаження на яку буде зменшуватись по мірі протягування пухлини через анальний канал

Новим у заявленому способі є те, що ізоляцію пухлини під час виконання черевно-анальної резекції прямої кишки здійснюють з боку промежини шляхом укріплення гумовим ковпаком, причому, для виключення інфікування малого таза, спочатку на відсепаровану слизову анального каналу з боку промежини одягають один гумовий ковпак, а потім, поверх нього з боку промежини одягають другий гумовий ковпак, який подають у порожнину мало-

6.

го таза, з боку малого таза натягують на кишку І фіксують вище пухлини лігатурою

Сутність винаходу ілюстрована на 1-4, де прийняті такі позначення 1.

- 1 - сигмовидна кишка,
- 2 - лінія розсічення очеревини спереду від прямої кишки,
- 3 - лінія мобілізації прямої кишки по задньому півколу ,
- 4 - лінія мобілізації прямої кишки по передньому півколу,
- 5 - пухлина,
- 6 - пряма кишка,
- 7 - сфінктер прямої кишки

2.

- 1 - слизова анального каналу, фіксована на трубці,
- 2 - лігатура, яка фіксує демукозовану слизову анального каналу на трубці (зав'язаний кисетний шов),
- 3 - лігатура, яка фіксує обидва гумових ковпаки на трубці,
- 4 - два гумових ковпаки, одягнутих на трубку,
- 5 - трубка,
- 6 - напрямок мобілізації кишки в анальному каналі

3.

- 1 - кінець трубки, вкритий двома гумовими ковпаками, в анальному каналі,
- 2 - лігатура, яка фіксує перший гумовий ковпак, одягнутий на слизову анального каналу,
- 3 - перший гумовий ковпак, одягнутий на слизову анального каналу,
- 4 - другий гумовий ковпак, який залишився на трубці,
- 5 - трубка

4.

- 1 - пряма кишка;
- 2 - лігатура, яка фіксує другий гумовий ковпак на прямій кишці вище пухлини;
- 3 - пухлини прямої кишки, вкрита другим гумовим ковпаком;
- 4 - другий гумовий ковпак, одягнутий на пряму кишку з пухлиною,
- 5 - трубка.

Спосіб реалізується таким чином. Перев'язують і пересікають нижні брижові судини нижче відходження лівої ободової. Мобілізують пряму кишку (. 1, п. 6) з пухлиною (. 1, п. 5) до м'язів тазового дна (. 1, пп. 2,3,4). З урахуванням анатомічних особливостей будови судин брижі сигмовидної кишки (. 1, п. 1) формують трансплантат для зведення на промежину. На гумову трубку (2, п. 5) одягають два гумових ковпаки (. 2, п. 4), які фіксують до трубки однією лігатурою на відстані 3-4 см від її кінця (. 2, п. 3). Трубку вставляють в анальний канал кінцем, вкритим гумовими ковпаками (. 3, п. 1) до нитки, яка фіксує на ній обидва ковпаки. Накладують кисетний шов на слизову анального каналу і, зав'язуючи його (. 2, п. 2), фіксують слизову анального каналу (. 2, п. 1) до трубки, вкритої двома гумовими ковпаками. Проводять демукозацію анального каналу на трубці за звичайною методикою (. 2, п. 6). Після пересічення леваторів витягують за трубку на промежину слизову анального каналу до з'явлення м'язової оболонки кишки. На слизову анального каналу одягають (загортають) перший ковпак (. 3, п. 3), який натягують до м'язової оболонки кишки і фіксують на цьому рівні лігатурою (. 3, п. 2). Потім поверх першого надівають (загортають) другий ковпак (. 3, п. 4) на слизову анального каналу і частково м'язову стінку кишки. Пряму кишку зі слизовою анального каналу, фіксованою на трубці і вкритою двома гумовими ковпаками, подають у порожнину малого таза назад на 3-4 см. З боку малого таза натягують другий гумовий ковпак (. 4, п. 4) на пряму кишку і вище пухлини (. 4, п. 3) на 3-4

см фіксують лігатурою (нитка №6) (4, п 2) З боку промежини проводять тракцію за трубку (4, п 5) При цьому пряма кишка з пухлиною (4, п 1), вкрита гумовим ковпаком, зводиться на промежину Вище лігатури, яка фіксує другий гумовий ковпак, кишку з пухлиною перев'язують, пересікають і видаляють При цьому пухлина в резецьованій кишці залишається поміщеною в гумовий ковпак Дренування малого таза, фіксацію зведеної кишки І звершення абдомінального етапу здійснюють звичайним способом

Приклад конкретного виконання способу

Хвора М, історія хвороби № 848, поступила в проктологічне відділення Донецького обласного протипухлинного центру 18 03 93 року Діагноз - рак середньоампулярного відділу прямої кишки 3 стадія 25 03.93 року зроблена операція - черевно-анальна резекція прямої кишки з Ізоляцією пухлини за заявленою методикою Провели 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 На гумову трубку одягли два гумових ковпаки, які зафіксували до трубки однією лігатурою на відстані 3-4 см від кінця Трубку вставили в анальний канал кінцем, вкритим гумовими ковпаками до нитки, яка фіксує на ній обидва ковпаки Наклали кисетний шов на слизову анального каналу і, зав'язуючи його, зафіксували слизову анального каналу до трубки, вкритої двома гумовими ковпаками Зробили демукозацію анального каналу на трубці за звичайною методикою Після пересічення леваторів витягли за трубку на промежину слизову анального каналу до з'явлення м'язової оболонки кишки На слизову анального каналу наділи (загорнули) перший ковпак, який натягнули до м'язової оболонки кишки і зафіксували на цьому рівні лігатурою Потім поверх першого наділи (загорнули) другий ковпак на слизову анального каналу і частково м'язову стінку кишки Пряму кишку зі слизовою

анального каналу, фіксованою на трубці і вкритою двома гумовими ковпаками, подали у порожнину малого таза назад на 3-4 см. З боку малого таза натягнули другий гумовий ковпак на пряму кишку і вище пухлини на 3-4 см зафіксували лігатурою (нитка № 6). З боку промежини провели тракцію за трубку. При цьому пряму кишку з пухлиною, вкриту гумовим ковпаком, звели на промежину, Вище лігатури, яка фіксує другий гумовий ковпак, кишку з пухлиною перев'язали, пересікли і видалили. При цьому пухлина у резецьованій кишці залишилась поміщеною в гумовий ковпак. Дренування малого таза, фіксацію зведеної кишки і завершення абдомінального етапу здійснили звичайним способом. Післяопераційний період проходив рівно. Відсічення надлишку зведеної кишки зроблено на 14 добу. Виписана з відділення на 15 добу.

Пропонований спосіб використаний у Донецькому обласному протипухлинному центрі з 1993 року у 12 хворих на рак середньо- і нижньоампулярного відділів прямої кишки. Пухлина локалізувалась від 5 до 8 см від ануса. Поширення пухлинного процесу відповідало T3N1M0. Гістологічно в усіх хворих була аденокарцинома різного ступеня диференційовки. Вік хворих коливався від 47 до 72 років. Усім хворим у доопераційному періоді проводився курс променевої терапії. Ускладнень, пов'язаних із застосуванням пропонованого способу не спостерігалось. Відновлення анальної континенції відзначено через 12 місяців після операції. Оглянута у травні 1998 року. Даних за продовження хвороби немає.

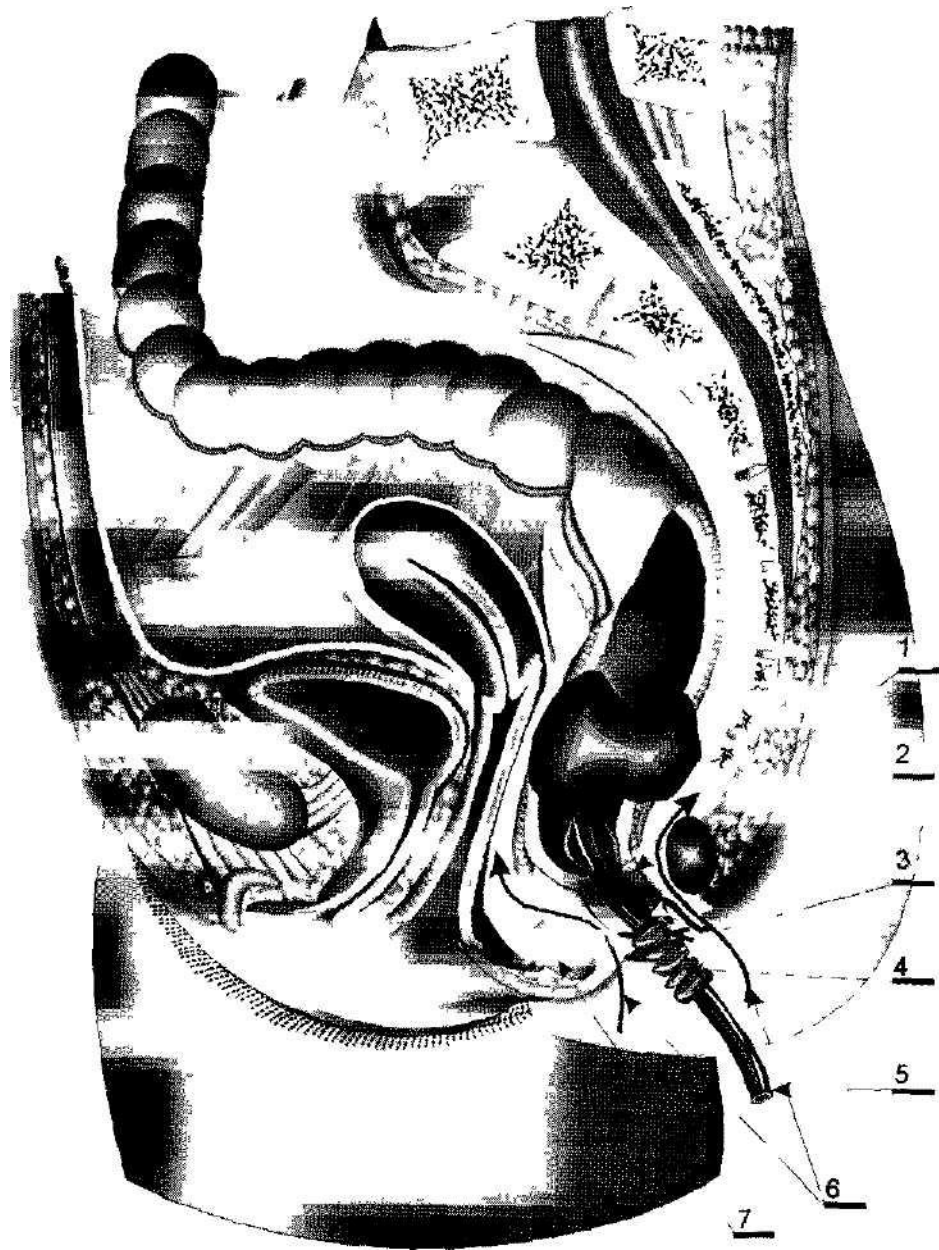
ЛІТЕРАТУРА.

1. Снешко Л.И. Профилактика рецидивов и метастазов рака толстой кишки, Л.: Медицина, 1976, С. 105, 107,108.
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. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Издательство Академии наук Венгрии, Будапешт, 1983, С. 450.

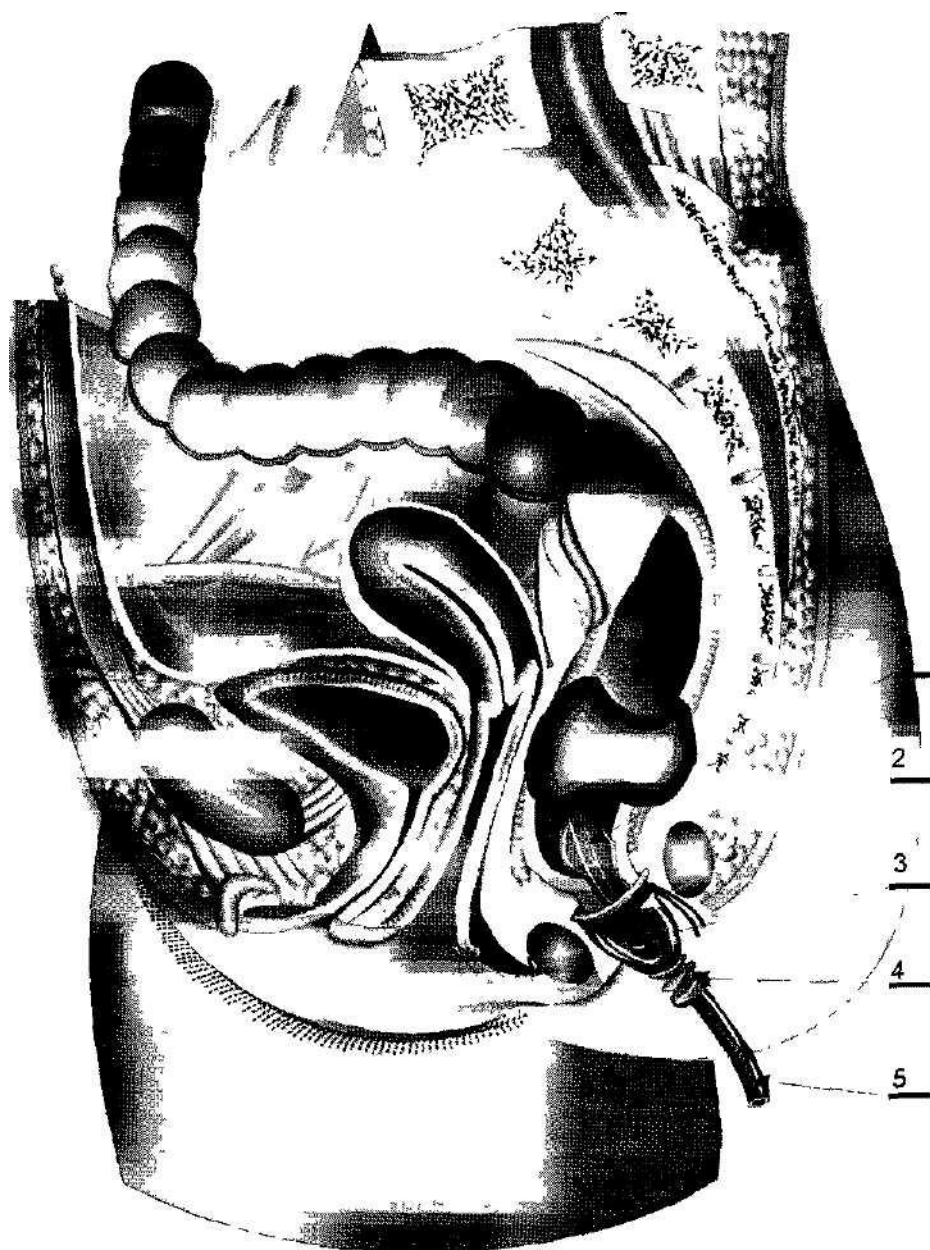
Спосіб ізоляції пухлини при чревно-анальній резекції прямої кишки



Спосіб ізоляції пухлини при чревно-анальній резекції прямої кишки



Спосіб ізоляції пухлини при чревно-анальній резекції прямої кишки



Спосіб ізоляції пухлини при чревно-анальній резекції прямої кишки

