

Заявлене технічне рішення належить до галузі медицини, а саме до онкопроктології і може бути використане при симптоматичних операціях на прямій кишці.

Відомий спосіб формування постійної колостоми у разі неоперабельного раку прямої кишки [1], який полягає у виведенні ділянки сліпої кишки на передню черевну стінку. У правій клубовій зоні пошарово розсікають черевну стінку, в рану виводять з черевної порожнини купол сліпої кишки, серозну оболонку циркулярно фіксують окремими швами до очеревини, апоневрозу, шкіри. На фіксовану до передньої черевної стінки ділянку сліпої кишки накладають кисетний шов до 2 см в діаметрі, кишкову стінку розсікають і в просвіт кишки вводять тefлонову трубку. Кисетний шов натягують і зав'язують на куполі сліпої кишки, фіксують таким чином тefлонову трубку. Через декілька днів трубку видаляють, на передній черевній стінці при цьому формується постійна кишкова нориця.

Даний спосіб має ряд недоліків. Колостома, сформована на проксимальній ділянці ободової кишки, виключає з процесу травлення усю товсту кишку, що веде до порушення метаболізму та обміну речовин в організмі. Тонкокишкове відділяюче з термінальної ділянки тонкої кишки, яке постійно потрапляє в сліпу кишку, викликає мацерацію шкірних покривів. Колостома, сформована в зоні сліпої кишки, не може, за даними дослідників, повністю виключити пасаж кишкового вмісту по товстій кишці.

Відомий також інший спосіб формування постійної колостоми у разі раку прямої кишки, обраний за прототип [2], котрий включає виведення сигмоподібної кишки у додатковий лапаротомний доступ, купол кишки циркулярно фіксують до очеревини, апоневрозу і шкіри окремими швами.

Даний спосіб дозволяє зберегти для процесу травлення велику ділянку ободової кишки, однак має ряд суттєвих недоліків. Недостатньо виведена на передню черевну стінку ділянка сигмоподібної кишки не дозволяє повністю відключати пасаж кишкового вмісту через уражену ділянку прямої кишки. Виведення з цієї метою петлі сигмоподібної кишки призводить до перегину кишкового отвору, що змушує до необхідності його розтину у найближчому часі та утворення протиприродного заднього проходу з усіма випливаючими негативними наслідками. Велика мобільність сигмоподібної кишки, у порівнянні з іншими відділами, потребує досить тривалого часу для зростання кишкової стінки з краями рани. Це може призвести до інфікування як самої рани, так і черевної порожнини, що потягне за собою тяжкі післяопераційні ускладнення.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу формування постійної привентивної колостоми у разі неоперабельного раку прямої кишки, який забезпечує зберігання природнього пасажу кишкового вмісту без необхідності розтину отвору кишки та повне відключення кишкового пасажу при необхідності розтину кишкового отвору з виключенням можливості інфікування післяопераційної рани і черевної порожнини, а також із збереженням функціонально більшої ділянки ободової кишки.

Поставлена задача розв'язується тим, що у способі формування постійної привентивної колостоми у разі неоперабельного раку прямої кишки, який включає виведення сигмоподібної кишки у додатковий лапаротомний доступ, фіксацію стінки кишки до очеревини, апоневрозу, шкіри, згідно з корисною моделлю, ділянку кишки проводять через штучно створене вікно у пасмі великого сальника, великий сальник і його пасмо фіксують до парієтальної очеревини і апоневрозу окремими швами по усьому колу, а сигмоподібну кишку у товщі передньої черевної стінки фіксують по площості до бокових стінок кишки окремими швами по усьому колу до очеревини, апоневрозу і дерми шкіри однорядним швом.

Реалізація способу здійснюється таким чином.

Після ревізії черевної порожнини і прийняття рішення про формування постійної привентивної колостоми із-за неоперабельного раку прямої кишки у лівій клубовій зоні пошарово розсікають шкіру, підшкірно-жирову клітковину, м'язи, апоневроз і очеревину, чим формують додатковий доступ довжиною до 5 сантиметрів. Вибирають ділянку сигмоподібної кишки для стомування, при цьому його звільнюють від жирових підвішувачів із-за відсутності такої необхідності при плоскостній однорядній фіксації. З боку брижового краю кишки у безсудинній зоні брижі зразу під кишковою стінкою проводять тefлонову трубку. У безсудинній ділянці великого сальника формують отвір, у нього, підтягуючи за тefлонову трубку, проводять петлю сигмоподібної кишки, яку при подальшій тракції назовні, разом з пасмами великого сальника навколо ділянки кишки виводять в утворений лапаротомний доступ, після чого краї великого сальника фіксують до очеревини і апоневрозу окремими шовковими швами, причому лігатури швів не зав'язують, а беруть на затискачі. Далі окремими шовковими швами прошивають одномоментно очеревину, край апоневрозу, дерму шкіри без проколювання епідерміса. Лігатури фіксують на затискачах. Комплекс сигмоподібної кишки і великого сальника підтягують назовні і почергово зав'язують лігатури швів на парієтальній очеревині і великому сальнику і далі шви на очеревині, апоневрозі, дермі шкіри по усьому колу. Тefлонову трубку з-під кишки видаляють наступного дня, при цьому великий сальник з внутрішньої черевної стінки щільно прилягає до парієтальної очеревини.

Приклад

Хворий Ж., 63 роки, історія хвороби 1706, 1999р. поступив у клініку з діагнозом: рак середньоампулярного відділу прямої кишки. Діагноз підтверджений рентгенологічно і морфологічно. Після доопераційної підготовки хворому розпочато оперативне втручання. Під час ревізії у печінці виявлені множинні метастази, у зоні малого таза місцево-розповсюджена і нерезектабельна пухлина, яка проростає у стінку й органи малого таза. Хворий визнаний неоперабельним. Через можливість у майбутньому кишкової непрохідності хворому привентивно сформована колостома за запропонованим способом. У подальшому хворий одержував паліативну хіміопроменеву терапію, прожив 14 місяців. Увесь цей період відходження калу відбувалось природнім шляхом, необхідності розтину і функціонування колостоми не виникло. З використанням даного методу оперовано 137 хворих.

Перевага даної корисної моделі полягає у тому, що до очеревини й апоневрозу циркулярно фіксують пасми великого сальника, фіксацію сигмоподібної кишки у товщі передньої черевної стінки здійснюють по площості до бокових стінок кишки без перегину її отвору, що дозволяє зберегти природній пасаж кишкового вмісту. Відсутність стандартного другого зовнішнього ряду шкірно-кишкових швів також перешкоджає деформації отвору стомованої

кишки, у той же час внутрішньодермальна фіксація дозволяє забезпечити щільне зіставлення шкіри і кишкової стінки, що сприяє швидкому загоєнню рани. Навіть, якщо у післяопераційному періоді все ж таки виникає необхідність розтину отвору кишки в результаті розвитку будь-яких ускладнень, відсутності шовних дефектів на шкірі перешкоджає розвитку гнійно-септичних ускладнень у зоні колостоми. Окрім цього, використання замість дворядного однорядного фіксуючого шва зменшує ризик мікроперфорації стінок кишки під час проколювання голкою і проведення лігатур, що особливо важливо у випадку стоншення та запальних змін кишкової стінки. Додаткове підшивання великого сальника до парієтальної очеревини перешкоджає проникненню кишкового вмісту у черевну порожнину під час розтину стоми, а у подальшому перешкоджає формуванню периколостомічної грижі. Фіксоване пасмо великого сальника на відповідній від стоми ділянці кишки сприяє змиканню її отвору і повному відключенню пасажу кишкового вмісту через уражену пряму кишку.

Джерела інформації:

1. Рак прямой кишки. Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Ривкин В.Л. и др. -под ред. В.Д.Федорова -2-изд., перераб. и доп. -М.: Медицина, 1987, 320с., ил.
2. Литман И. Оперативная хирургия. /Изд. АН Венгрии Academia kiado II Будапешт 1982. –1176с.