



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57449

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВІВ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) 2002108280

(22) 18 10 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Єфетов Сергій Володимирович, Романенко
Микола Леонідович, Черіпко Олег Миколайович(73) КРИМСЬКИЙ РЕСПУБЛІКАНСЬКИЙ
КЛІНІЧНИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР(57) Спосіб хірургічного лікування рецидивів раку
прямої кишки, що включає видалення зведеної

кишки з брижейкою, пухлиною і замикальним апаратом і формування клубової колостоми, який відрізняється тим, що при цьому на абдомінальному етапі формують двоствольний протиприродний задній прохід, після чого з проміжного доступу здійснюється ампутація зведеної кишки з брижейкою, пухлиною і замикальним апаратом

Технічне рішення, що заявляється, відноситься до області медицини, а саме до онкопроктології і може бути використане для хірургічного лікування хворих з рецидивами раку прямої кишки, що виникли після черевнево-анальних резекцій прямої кишки з локалізацією пухлини в області сигмоанального анастомозу

Відомий спосіб хірургічного лікування внутрикшккових рецидивів після черевнево-анальної резекції з локалізацією пухлини в області сигмоанального анастомозу шляхом виконання брюшно-проміжностної екстирпації незведеної кишки з замикальним апаратом (В. И. Кныш. Рак ободочной и прямой кишки - М. Медицина, 1997 - 304с, И. П. Дедков, В. А. Владимиров. Хирургическое и комбинированное лечение больных с рецидивом рака прямой кишки // Вопросы онкологии - 1982 - том XXVIII, №9 - С 108-111)

Вищевказаний спосіб-аналог має ряд істотних недоліків. Повторні оперативні втручання виробляються в малому тазі з порушеннями після первісної операції топографо-анатомічними взаєминами органів, з нерідко виникаючим після променевого лікування склерозуванням і рубцюванням тканин, розвитком спаечного процесу і представляють значні технічні труднощі. Основний етап даної операції виробляється з абдомінального доступу, що є надзвичайно складним і небезпечним в зв'язку з тим, що потрібно виділяти всю незведену кишку з боку черевної порожнини. При виділенні незведеної кишки з фляків малого таза частими ускладненнями є масивні кровотечі з крижових вен, ушкодження сечоводів, сечового міхура, роз-

криття просвіту кишки з пухлиною. Високий ризик представляє виконання даних втручань в обличчя похилого віку, а також у пацієнтів з важкою супутньою патологією.

У якості прототипу обрано спосіб брюшно-проміжностної екстирпації незведеної кишки з замикаючим апаратом, при якому з абдомінального доступу виробляється виділення всієї незведеної кишки з фляків малого таза до леваторів і формується підвздошний, одностовбурний, протиприродний задній прохід. Потім виконується заключний етап операції, при якому роблять видалення незведеної кишки з пухлиною і замикаючим апаратом через проміжину (И. П. Дедков, В. А. Владимиров. Хирургическое и комбинированное лечение больных с рецидивом рака прямой кишки // Вопросы онкологии - 1982 - том XXVIII, №9 - С 108 - 111)

Недоліком способу-прототипу є виконання основного етапу операції з абдомінального доступу - виділення всієї зведеної кишки з фляків малого таза, що часто супроводжується профузною кровотечею з крижових вен, порушенням цілісності кишки, пораненнями сечоводів і сечового міхура. Дані ускладнення приводять до розширення обсягу оперативного втручання і збільшенню тривалості операції. Виконання такого втручання в хворих літнього і старечого віку, а також у хворих з важкою супутньою патологією являє серйозну загрозу для життя.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу хірургічного лікування рецидивів раку прямої кишки після черевнево-анальних ре-

(13) A

(11) 57449

(19) UA

зекцій шляхом заміни брюшно-проміжної екстирпації незведеної кишки, що виконується з абдомінального доступу, на ампутацію незведеної кишки з проміжного доступу, що є менш травматичним, а по радикальності не уступає брюшно-проміжної екстирпації незведеної кишки (віддаляється незведена кишка з брижейками, пухлиною і замикаючим апаратом, на відстані від краю пухлини на 10см у проксимальному напрямку)

Поставлена задача вирішується таким чином, що в спосіб хірургічного лікування рецидивів раку прямої кишки виконують ампутацію зведеної кишки з пухлиною і формують клубову, коlostому, при цьому на абдомінальному етапі формують двоствольний протиприродний задній прохід, після чого з проміжного доступу виробляється ампутація, зведеної кишки з брижейкою, пухлиною і замикальним апаратом

Виконання такого втручання можливо в хворих похилого віку, а також у хворих з важкою супутньою патологією. Позитивним моментом є також можливість виконання даних втручань з паліативною метою

Спосіб виконують у такий спосіб

Роблять нижню серединну лапаротомію з висіченням старого післяопераційного рубця, після чого здійснюють ревзію органів черевної порожнини з метою визначення ступеня місцевого поширення рецидивного процесу, рухливості пухлини, а також наявності віддалених метастазів

Наступним етапом операції є формування в лівій підвздошній області двоствольного, протиприродного заднього проходу, по можливості на дистальному відрізку спадної ободочної кишки, для того, щоб забезпечити в наслідку найбільш ефективне дренирування ділянки незведеної кишки, що залишилася, яка сліпо закінчується. Після формування коlostоми черевну порожнину ушивають і переходять до проміжного етапу. На цьому етапі, після «ушивання» заднепроехідного отвору кисетним, шовковим швом, роблять широку електроексцизію низведеної кишки з її брижейкою, пухлиною і замикальним апаратом, виконуючи ретельний гемостаз. Відступивши від верхнього краю пухлини не менш ніж на 10см після прошивання низведеної кишки апаратом УО-60 препарат віддаляють, а куksу занурюють у кисетний шов. Проміжна рана тампонується марлевими тампонами

Застосування способу ілюструється наступними прикладами

Приклад №1

Хворий ІІ, 58 років, історія хвороби №183-820, 1989р., надійшов у клініку з діагнозом "Рак верхнеампулярного відділу прямої кишки T₄N₀M₀

II стадія. Стан після брюшноанальної резекції прямої кишки. Рецидив в області сигмоанального анастомозу". Діагноз підтверджений даними рек-

тального огляду, ірригоскопії, ректоскопії, а також морфологічно - помірно диференційована аденокарцинома. Первинна і рецидивна пухлина мали ідентичну гістологічну будову. Пухлина 6см діаметром, рухлива при зсуві, локалізувалася в незведених кишці на відстані 3см від заднепроехідного отвору і мала змішану форму росту. Хворий обстежений - протипоказань до операції не виявлено. Одержав передопераційний курс хіміолучевої терапії (ендопідфатична хіміотерапія 5-фторурацилом - 9г на фоні променевої терапії дрібними фракціями - 40Гр). Під час операції віддалених метастазів не виявлено. При ревзії малого таза пальпується рухлива пухлина до 6см діаметром. Накладено двоствольний протиприродний задній прохід у лівій підвздошній області. Черевна порожнина пошарово ушита наглухо. З проміжного доступу після «ушивання» анаса кисетним швом, зроблено широку електроексцизію низведеної кишки з її брижейками, пухлиною і замикальним апаратом на відстані від верхнього краю пухлини на 10см, після чого проксимальна ділянка низведеної кишки занурена у кисетний шов після прошивання апаратом УО-60. Проміжна рана тампонована марлевими тампонами. Ускладнень під час операції й у післяопераційному періоді не було. Проміжна рана цілком зажила.

Приклад №2

Хворий С, 63 років, історія хвороби №180-849, 1994р., надійшов у клініку з діагнозом «рак верхнеампулярного відділу прямої кишки T₃N₁M₀, III стадія. Стан після брюшноанальної резекції прямої кишки. Рецидив в області сигмоанального анастомозу". Діагноз підтверджений даними ректального огляду, ірригоскопії, ректоскопії, а також морфологічно - помірно диференційована аденокарцинома. Гістологічна будова первинної і рецидивної пухлини була ідентичною. Пухлина 4см діаметром, рухлива при зсуві, локалізувалася в області сигмоанального анастомозу і мала екзофітну форму росту. Хворий обстежений - протипоказань до операції не виявлено. Під час операції віддалених метастазів не виявлено. При ревзії малого таза пальпується рухлива пухлина до 4см діаметром. Накладено двоствольний протиприродний задній прохід у лівій підвздошній області. Черевна порожнина пошарово ушита наглухо. З проміжного доступу, після «ушивання» анаса кисетним швом, зроблено широку електроексцизію низведеної кишки з пухлиною, її брижейкою і замикальним апаратом, на відстані від верхнього краю пухлини на 10 см, після чого проксимальна ділянка низведеної кишки занурена у кисетний шов після прошивання апаратом УО-60. Проміжна рана тампонована марлевими тампонами. Ускладнень під час операції й у післяопераційному періоді не було. Проміжна рана цілком зажила.