



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61776

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОНИКНИХ ЧЕРЕЗПРОМЕЖИННИХ ПОРАНЕНЬ ПОЗАОЧЕРЕВИННОЇ ЧАСТИНИ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

(21) 2003043531

(22) 18 04 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Рупіцев Олександр Олексійович, Кушнірук
Сергій Володимирович, Мойсеєнко Анатолій Іва-
нович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб хірургічного лікування проникних чере-
зпромежинних поранень позаочеревинної частини
прямої кишки, що включає первинну хірургічну

2

обробку рани промежини та прямої кишки, ушивання рани прямої кишки з боку її просвіту, сфінктеропластику з дренуванням рани промежини, який відрізняється тим, що дренування рани промежини здійснюють пластиком плівковим протектором товщиною 3-6мм, обкутуючи ним стінку прямої кишки по задній і бокових поверхнях і встановлюючи його верхній край на 5-6см проксимальніше зони пошкодження прямої кишки, а завершують операцію виконанням верхньосередньої лапаротомії та накладанням розвантажувальної трансверзостоми

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування проникаючих черезпромежинних поранень позаочеревинної частини прямої кишки.

Поранення прямої кишки (ПК) та промежини залишаються однією з найбільш актуальних проблем ургентної колопроктології. Частка травм ПК в структурі пошкоджень товстої кишки становить 40%, що відповідає 1-5% всіх травм живота і промежини [1]. Серед пошкоджень ПК найчастіше зустрічаються черезпромежинні проникаючі поранення прямої кишки, на долю яких, за даними різних авторів, припадає 55,4-85,6% від загальної кількості травм ПК [1, 2]. За даними літератури, серед ускладнень оперативного лікування проникаючих черезпромежинних поранень позаочеревинної частини ПК найчастіше зустрічаються післяопераційні кровотечі - 18,8%, гнійно-запальні процеси - 11,8% та недостатність анального сфінктера - 8,9% [2]. Тактика хірургічного лікування при даному виді ургентної хірургічної патології не є достатньо відпрацьованою, що зумовлює високу летальність - 10,7% та високу частоту післяопераційних ускладнень - близько 10% [2, 3]. Це можна пояснити розтягненням кишкового шва в процесі рубцювання рани промежини з наступним розвитком його вторинної неспроможності.

Так, відомий спосіб хірургічного лікування проникаючих черезпромежинних поранень позаочеревинної частини прямої кишки, згідно з яким ви-

конують первинну хірургічну обробку рани ПК і промежини, ушивання дефекту ПК з боку її просвіту та, при пошкодженні сфінктерного апарату ПК, сфінктеропластику. Недоліком даного способу є висока частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, що обумовлюється збереженням пасажу кишкового вмісту через ПК, подовженням терміну загоєння рани, можливим додатковим інфікуванням зони кишкового шва. Все це в подальшому призводить до формування недостатності анального сфінктера та деформації промежини [2, 4].

Найближчим аналогом - прототипом - є спосіб хірургічного лікування проникаючих промежинних поранень позаочеревинної частини прямої кишки, що включає первинну хірургічну обробку рани промежини та ПК, ушивання рани ПК, сфінктеропластику з дренуванням сиднично-прямокишкової ямки двома катетерами та накладання розвантажувальної сигмостоми [3]. Цей спосіб дозволяє відвести каловий потік за межі зони пошкодження, що виключає можливість додаткового інфікування і, як результат, призводить до деякого зниження відсотка гнійно-септичних ускладнень. Однак частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень залишається неприйнятно високою (в межах 10%), що можна пояснити наступним чином. Рубцювання навколопрямокишкової та пресакральної клітковини, що має місце в процесі загоєння рани, призводить до розтягнення та деформації зони

(13) A

(11) 61776

(19) UA

кишкового шва, виникнення його вторинної неспроможності з подальшим нагноєнням. Розвиток нагноєння та, в подальшому, рубцевих деформацій аноректальної зони часто вимагає виконання реконструктивних оперативних втручань з низведенням товстої кишки. Виконання операцій такого типу при наявності сигмостоми суттєво ускладнюється, так як відсутній запас товстої кишки, для низведення.

Задачею винаходу, що заявляється, є виключення можливості розтягу кишкового шва в процесі загоєння за рахунок забезпечення адекватного дренирування параректальної та пресакральної жирОВОї клітковини з одночасним відмежуванням її від зони поранення стінки прямої кишки.

Технічний результат полягає у зменшенні частоти виникнення гнійно-септичних ускладнень та грубих деформацій промежини з недостатністю анального сфінктера.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування проникаючих промежинних поранень позаочеревинної частини прямої кишки, що включає первинну хірургічну обробку рани промежини та прямої кишки, ушивання рани прямої кишки з боку її просвіту, сфінктеропластику з дренируванням рани промежини, згідно винаходу, дренирування рани промежини здійснюють пластиком плівковим протектором товщиною 3-6мм, обкутуючи ним стінку прямої кишки по задній і бокових поверхнях і встановлюючи його верхній край на 5-6см проксимальніше зони пошкодження прямої кишки, а завершують операцію виконанням верхньосередньої лапаротомії та накладанням розвантажувальної трансверзостоми.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є відмежування за допомогою плівкового протектора параректальної та пресакральної клітковини від зони кишкового шва, що запобігає його розтягненню в процесі рубцювання рани, виникненню вторинної неспроможності кишкового шва з подальшим нагноєнням, грубою деформацією промежини та недостатністю анального сфінктера. Перевага трансверзостоми над сигмостою полягає у формуванні достатнього запасу товстої кишки, яка може бути використана при виконанні реконструктивної операції з низведенням, потреба у якій може виникнути в процесі оперативного лікування наслідків гнійно-септичних ускладнень. За літературними даними даний спосіб хірургічного лікування проникаючих промежинних поранень позаочеревинної частини прямої кишки невідомий.

Суть винаходу пояснюється схематичним малюнком, на якому зображено взаємне розташування плівкового протектора та прямої кишки після виконання операції.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після обробки операційного поля, проводять ретельний огляд рани 1 промежини для визначення її глибини, розташування по відношенню до сфінктера 2 ПК та можливості проникаючого поранення стінки ПК. Виконують ректороманоскопію для виявлення рани стінки ПК. Проводять первинну хірургічну обробку рани 1 промежини з висіченням нежиттєздатних тканин. Рану 3 стінки ПК, якщо вона знаходиться на відстані не більше 5см від ануса, ушивають з боку просвіту 4 ПК, а якщо вище 5 см -

ушивають з боку рани промежини, попередньо її розширивши. При необхідності, виконують пластику сфінктера 2 ПК. Далі, відшаровуючи стінку ПК від прилеглої параректальної клітковини, мобілізують задньо-бокові відділи ПК на 5-6см проксимальніше місця пошкодження 3 її стінки. В утворений канал 5 через рану 1 промежини вводять пластиковий плівковий протектор 6 товщиною 3-6мм і потрібного розміру, яким обкутують ПК по задній і бокових поверхнях. Така товщина плівкового протектора забезпечує адекватне дренирування при мінімальному діастазі тканин рани. При цьому верхній край плівкового протектора розташовують на 5-6см проксимальніше місця пошкодження стінки ПК. При меншій відстані від рани 3 кишкової стінки остання буде втягуватись в рубцевий процес, що призведе до розтягування її країв. При більшій відстані має місце необґрунтоване травмування м'яких тканин. Операцію завершують виконанням верхньосередньої лапаротомії та накладанням розвантажувальної трансверзостоми з фіксацією поперечно-ободової кишки в товщі передньої черевної стінки на двох рівнях вузловими швами.

Приклад клінічного застосування способу

Хворий Г., 38 років, історія хвороби № 3154

Діагноз: рвана рана промежини. Черезпромежинне проникаюче поранення прямої кишки.

Госпіталізований 07.09.2001 року каретою швидкої-медичної допомоги зі скаргами на болі і кровотечу з рани промежини, виділення крові з прямої кишки. Зі слів хворого, травмований за 40хв до госпіталізації, травму отримав на будівництві в результаті падіння на штир арматури.

Об'єктивно: Загальний стан ближче до середнього ступеня тяжкості. Шкіра блідо-рожевого кольору. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Пульс - 92уд/хв, ритмічний. АТ 140/80мм рт.ст. Живіт симетричний, рівномірно приймає участь в акті дихання, при пальпації безболісний. Перитонеальні симптоми відсутні. При огляді промежини зліва на відстані 3,5см від ануса візуалізується рвана рана неправильної форми, довжиною біля 4см з ознаками кровотечі, що продовжується. При пальцевому дослідженні прямої кишки її ліва стінка набрякла, різко болюча, в прямій кишці кров в згустках. При ректороманоскопії в області задньої стінки прямої кишки на відстані 5см від ануса визначається раневий дефект неправильної округлої форми до 1,5см в діаметрі.

07.09.2001 року виконано оперативне втручання. Після обробки операційного поля, рана промежини розширена півмісяцевим розрізом довжиною по 2см в обидва боки. Виконана ревізія рани. Раневий канал зорієнтований вертикально в напрямку задньої стінки прямої кишки, проникаючи в її просвіт. Діагностовано пошкодження латеральної частини зовнішнього сфінктера прямої кишки. Виконано первинну хірургічну обробку рани промежини, раневий хід звільнено від згустків, гемостаз в рані. Рана стінки прямої кишки зашита вузловими швами з боку її просвіту у два ряди. Цілісність зовнішнього сфінктера прямої кишки (сфінктеропластика) відновлена шляхом його прошивання кетгутом у два ряди. Раневий канал

продовжено в проксимальному напрямку, відділяючи стінку прямої кишки від оточуючої клітковини на 6см проксимальніше місця поранення. В раневий канал введено пластиковий плівковий протектор товщиною 5мм, верхній край якого розташовано на 5см проксимальніше рани стінки прямої кишки, а нижній виведено через рану промежини. На краї рани промежини накладено провізорні шви. Виконана верхньосерединна лапаротомія з накладанням трансверзостоми.

Післяопераційний період без ускладнень. Пластиковий протектор видалено з рани шляхом поступового підтягування на 7 добу післяопераційного періоду. Рана промежини загоїлась вторинним натягом. В задовільному стані виписаний з відділення 22.02.2001 року (15 доба) на амбулаторне лікування. Обстежений через 6 місяців - товста кишка функціонує нормально, акт дефекації не порушений.

Спосіб, що заявляється, апробовано в хірургічному відділенні №2 МКЛ №4 м. Києва в період з 2001 по 2002 роки. За даною методикою прооперовано 8 хворих з травмами промежини, які супроводжувались проникаючими пораненнями позаочеревинної частини прямої кишки. Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення у цих хворих не ресструвалися. У одного хворого при повторному обстеженні через 3 місяці діагностована рубцева деформація промежини, яка пояснюється його індивідуальною схильністю до келоїдоутворення. За літературними даними частота

післяопераційних гнійно-септичних ускладнень при застосуванні способу-прототипу становить 10% [2, 3]. Обробка результатів клінічного застосування способу з використанням критерію Стюдента доводить статистичне достовірне зниження - відсотка післяопераційних гнійно-септичних ускладнень порівняно з прототипом ($p < 0,05$). Це досягається за рахунок адекватного дренивання рани промежини пластиковим протектором з відмежуванням ним зони кишкового шва від оточуючої клітковини, що виключає можливість розтягування кишкового шва в процесі рубцювання рани та запобігає виникненню гнійно-септичних ускладнень.

Список використаної літератури

1. Бирюков Ю.В., Волков О.В., Раджабов А.С., Борисов Е.Ю. Хирургическое лечение внебрюшинных ранений прямой кишки и промежности. Хирургия, 2000, 6 С 37-39.
2. Безлуцкий П.Г., Элозо В.П., Горбань В.А. Выбор метода лечения при внебрюшинных повреждениях прямой кишки. Хирургия, 1991, 5 С 71-75.
3. Буценко В.Н., Семенов В.П., Ксенз В.Н., Василенко Л.Н., Пирогова В.В. Особенности лечения ранений ободочной и прямой кишки. Клиническая хирургия, 1999, 11 С 55-56.
4. Гюльмамедов Ф.И., Кухто Г.К., Гюльмамедов П.Ф. Лечение ятрогенных повреждений прямой и ободочной кишки. Клиническая хирургия, 2000, 9 С 24-26.

