

Изобретение относится к медицине, а именно к онкопроктологии, и может быть использовано для хирургического лечения больных раком нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки.

Известен способ хирургического лечения рака прямой кишки, по которому мобилизованную в брюшной полости сигмовидную кишку низводят на промежность. В позадипрямокишечном пространстве рассекают и удаляют копчик, параллельно производят демукозацию анального канала, в образованный в результате этого тоннель низводят мобилизованную сигмовидную кишку и фиксируют к перианальной коже [1].

Недостатком известного способа является невозможность низведения сигмовидной кишки при короткой брыжейке, а также при рассыпном типе кровоснабжения сигмовидной кишки, в результате чего сигмовидную кишку выводят в виде колостомы на переднюю брюшную стенку.

Наиболее близким по техническому решению заявляемому способу является способ низведения левых отделов ободочной кишки после брюшно-анальной резекции прямой кишки, включающий мобилизацию сигмовидной и нисходящей кишок с перевязкой верхнепрямкишечных и сигмовидных артерий и отдельно перевязку нижней брыжеечной вены, что обеспечивает увеличение кровоснабжения мобилизованных левых отделов толстой кишки [2].

Недостатком известного способа является невозможность низведения вышеуказанных левых отделов ободочной кишки при короткой брыжейке сигмовидной кишки, что не позволяет низводить левую половину ободочной кишки в анальный канал.

В основу заявляемого способа поставлена задача формирования трансплантата для низведения в анальный канал при выполнении брюшно-анальной резекции прямой кишки в случаях короткой брыжейки сигмовидной кишки, не позволяющей помещать в анальный канал полноценные жизнеспособные участки ободочной кишки, путем увеличения длины низводимой ободочной кишки, что дает возможность низводить на промежность жизнеспособную ободочную кишку и избежать некрозов низведенной кишки.

Сущность заявляемого технического решения состоит в мобилизации сигмовидной, нисходящей и селезеночного отдела ободочной кишок, пересечении верхнепрямкишечных, сигмовидных артерий и нижней брыжеечной вены с сохранением левой ободочной артерии, что дает возможность удлинять низводимую на промежность ободочную кишку на 15-20 см с сохранением ее кровоснабжения и жизнеспособности.

Новыми существенными признаками заявляемого технического решения являются дополнительная мобилизация селезеночного отдела ободочной кишки, помимо сигмовидного и нисходящего отделов, с сохранением левой ободочной артерии но пересечением нижней брыжеечной вены, помимо верхнепрямкишечных и сигмовидных артерий. Пересечение нижней брыжеечной вены позволяет увеличивать длину низводимой ободочной кишки, а сохранение левой ободочной артерии позволяет сохранять кровоснабжение и жизнеспособность кишки.

Способ реализуется следующим образом.

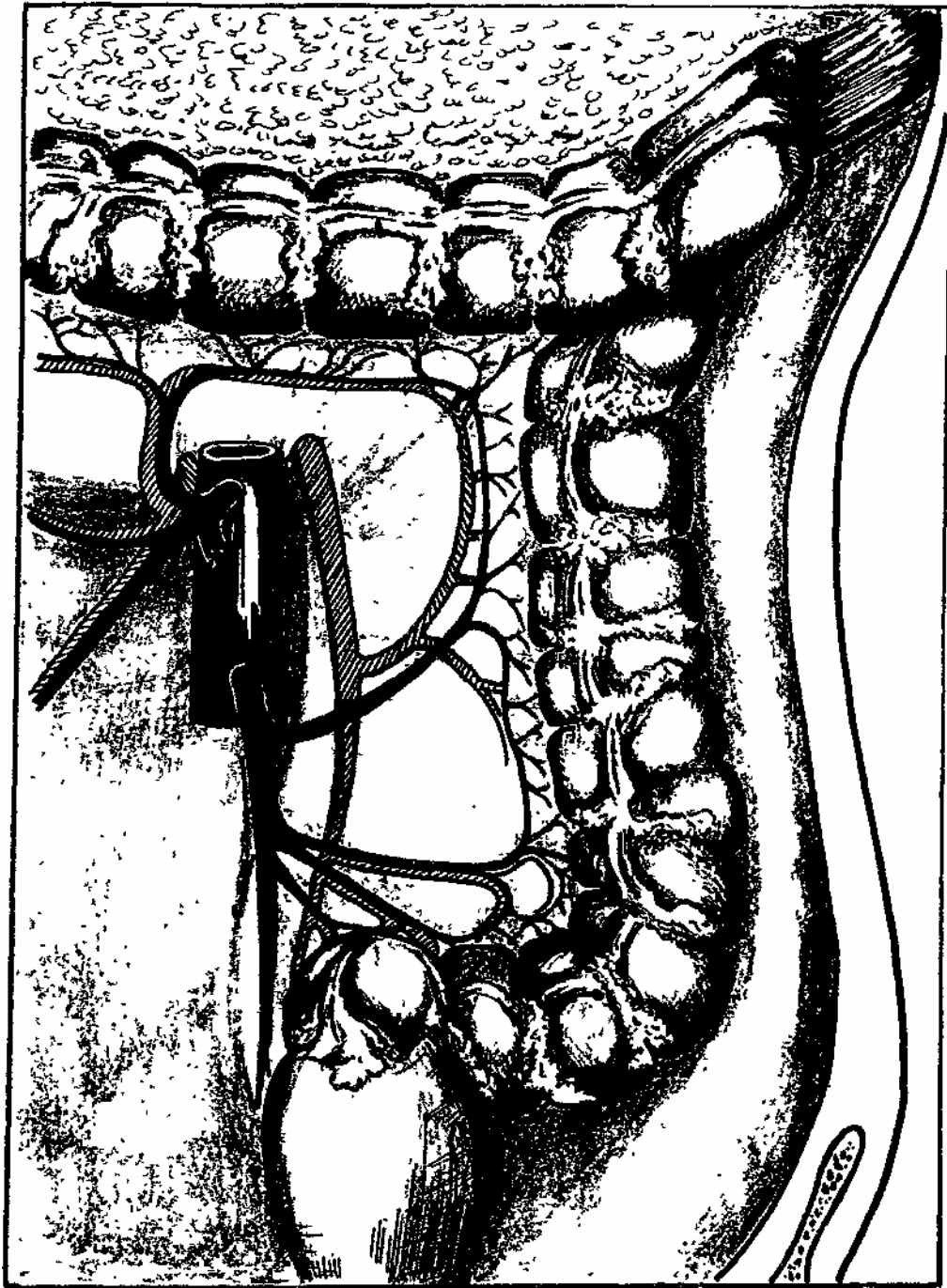
По общепринятой методике производят мобилизацию сигмовидного, нисходящего и селезеночного отделов ободочной кишки. Последовательно пересекают и перевязывают верхнепрямкишечные и сигмовидные артерии. Затем выделяют нижнюю брыжеечную вену и левую ободочную артерию, нижнюю брыжеечную вену пересекают и перевязывают, левую ободочную артерию сохраняют, при этом трансплантат (низводимая ободочная кишка) удлиняется, кровоснабжение и жизнеспособность сохраняются. После этого определяют самый дистальный жизнеспособный участок низводимой кишки путем перевязки просвета лигатурой, со стороны промежности демукозируют анальный канал, удаляют прямую кишку с опухолью и низводят ободочную кишку (трансплантат) в анальный канал, фиксируют ее к перианальной коже отдельными шелковыми швами. Пресакральное пространство дренируют через контрапелтуру на левой ягодице, брюшную полость ушивают и дренируют.

Таким образом, дополнительно мобилизуя селезеночный отдел ободочной кишки с пересечением нижней брыжеечной вены и сохранением левой ободочной артерии при короткой брыжейке левых отделов ободочной кишки достигают удлинения низводимой на промежность ( в анальный канал) ободочной кишки на 15-20 см при одновременном сохранении ее кровоснабжения и жизнеспособности.

На рис. 1 показана мобилизация прямой кишки до мышц тазового дна, сигмовидного и нисходящего отделов ободочной кишки, пересечение верхнепрямкишечных и сигмовидных артерий; на рис. 2 - мобилизация селезеночного отдела ободочной кишки; на рис.3 - пересечение нижней брыжеечной вены, сохранение левой ободочной артерии, удлинение низводимой ободочной кишки (трансплантата).

Пример. Больной Ш., 66 лет, поступил в клинику с диагнозом рак средне-ампулярного отдела прямой кишки. Диагноз подтвержден морфологически. Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено. После предоперационного курса лучевой терапии больному произведена брюшино-анальная резекция прямой кишки с формированием трансплантата для низведения по вышеописанному способу. Послеоперационный период протекал без осложнений с хорошими показателями кровоснабжения и жизнеспособности низведенной кишки (трансплантата). При контрольных ректороманоскопиях через 3, 6 и 12 мес. низведенная ободочная кишка на всем протяжении жизнеспособна, рубцовых изменений и деформаций не выявлено. Субъективно больной чувствовал себя удовлетворительно.

С использованием заявляемого способа оперировано 36 больных в возрасте от 36 до 73 лет.



Pnc 1

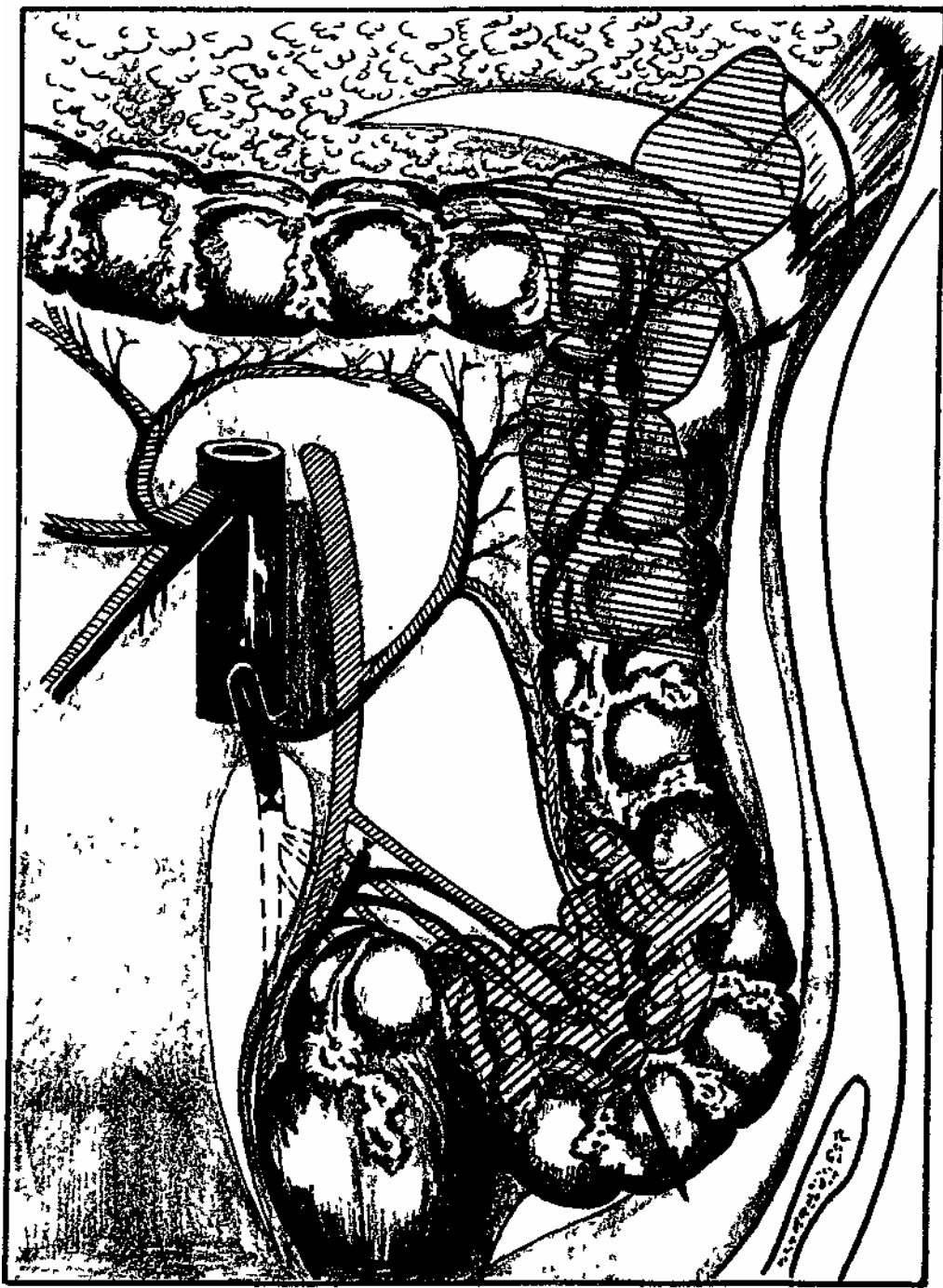


Fig 2

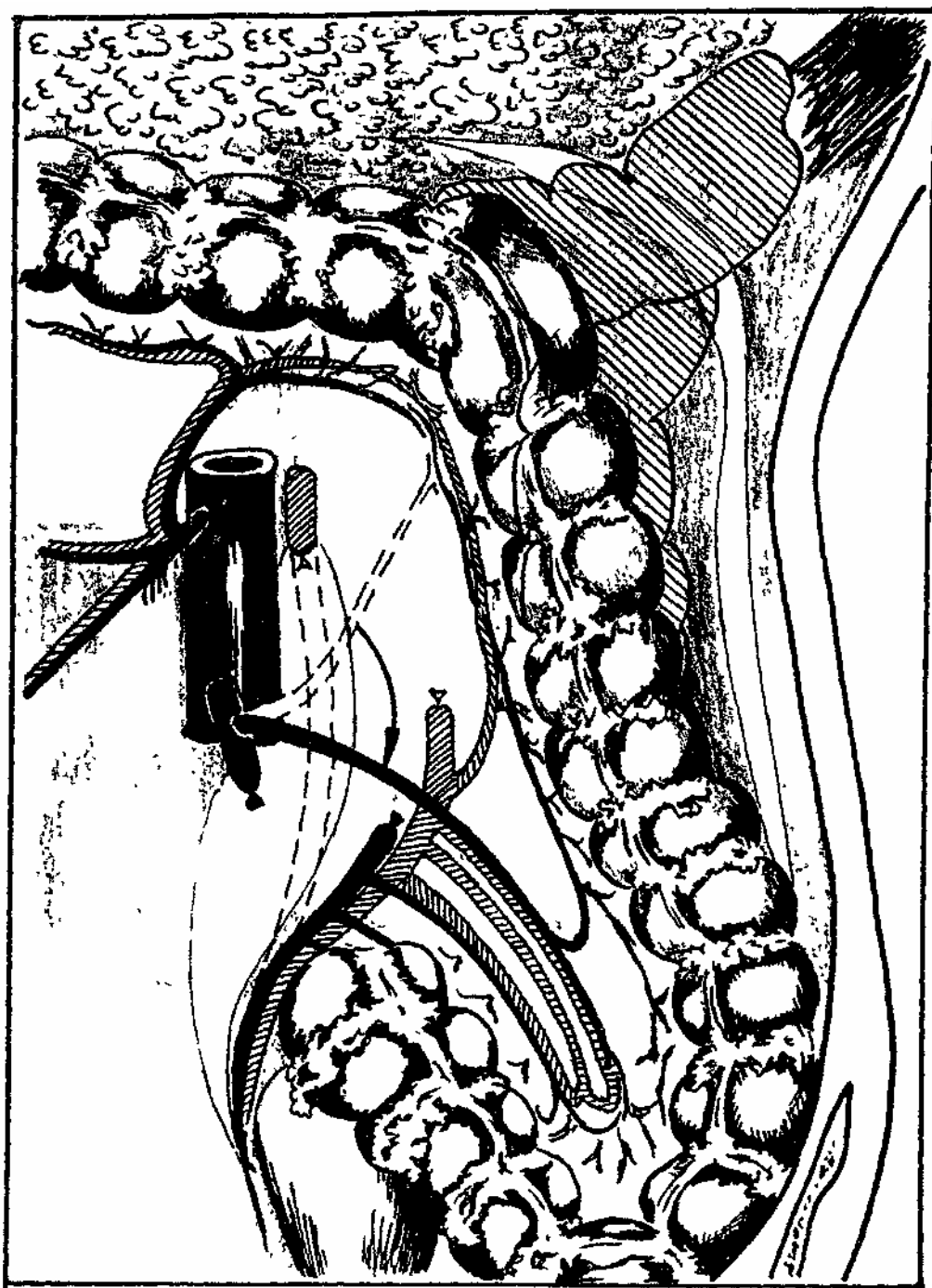


Рис. 3