



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58264

(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 РАКУ АМПУЛЯРНИХ ВІДДІЛІВ ПРЯМОЇ КИШКИ З РАНІШЕ СФОРМОВАНОЮ КОЛОСТОМОЮ НА СИГМОВИДНІЙ КИШЦІ

1

2

(21) 2002118826

(22) 07 11 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. №7, 2003 р.

(72) Бондар Григорій Васильович, Псарас Генадій
Генадійович, Башеев Володимир Харитонович,
Єфімочкин Олег Євгенович

(73) Бондар Григорій Васильович

(57) Спосіб хірургічного лікування раку ампулярних
відділів прямої кишки у хворих з раніше сформо-
ваною колостомою на сигмовидній кишці, який
включає мобілізацію сигмовидної і проксимальних
відділів прямої кишки разом з пухлиною, форму-
вання товстокишкового трансплантата з викорис-

танням ділянки сигмовидної кишки, яка несе сто-
му, зведення ободової кишки на промежину через
куксу прямої кишки і формування копоректального
анастомозу, який відрізняється тим, що при фо-
рмуванні товстокишкового трансплантата викорис-
товують ділянку сигмовидної кишки, яка несе сто-
му, для чого цю ділянку не пересикають і не
видаляють, а висікають з черевної стінки разом з
оточуючими тканинами, звільняють сигмовидну
кишку, яка несе стому, від оточуючих тканин, від-
новлюють цілісність сигмовидної кишки у зоні сто-
ми дворядним вгортаючим швом, зводять ободову
кишку на промежину, при цьому лінію шва на сиг-
мовидній кишці розташовують в анальному каналі

Винахід належить до медицини, а саме - до
онкопроктології і може бути використаний при ви-
конанні сфінктерозберігаючих операцій у хворих
на рак ректосигмоїдного і верхньоампулярного
відділів прямої кишки з раніше сформованою ко-
лостомою на сигмовидній кишці

При захворюванні на рак ректосигмоїдного і
верхньоампулярного відділів прямої кишки хірургі-
чне втручання передбачає перев'язку нижніх бри-
жкових судин, мобілізацію сигмовидної кишки, рек-
тосигмоїдного, верхньоампулярного і
середньоампулярного відділів прямої кишки разом
з пухлиною, формування товстокишкового транс-
плантата для зведення, пересічення стінки товстої
кишки вище і нижче пухлини, ушивання куksi пря-
мої кишки, розсічення задньої стінки прямої кишки
з боку промежини, зведення товстокишкового
трансплантата на промежину через розсічену зад-
ню стінку куksi прямої кишки і формування коло-
анального анастомозу. При цьому формування
життєздатного трансплантата достатньої довжини
є обов'язковою умовою для виконання сфінктеро-
зберігаючих операцій. Формування товстокишко-
вого трансплантата здійснюється шляхом розпра-
влення вигину сигмовидної кишки після перев'язки
нижніх брижкових судин. Довжина товстокишкового
трансплантата визначається довжиною брижі сиг-
мовидної кишки і будовою її судин. Однак, у хво-

рих, в яких раніше була сформована сигмостома,
частина сигмовидної кишки використовується на її
формування. Не менше 8-10 см довжини сигмо-
видної кишки знаходиться у товщі передньої че-
ревної стінки. При цьому, чим товща передня че-
ревна стінка, тим більша ділянка кишки
використовується на формування сигмостоми.
Виконання сфінктерозберігаючих операцій у цих
пацієнтів представляє великі труднощі, оскільки
довжини частини сигмовидної кишки, яка зали-
шається, не достатньо для її зведення на проме-
жину. Як правило, у подібній ситуації хірург або
відмовляється від виконання сфінктерозберігаючої
операції і виконує видалення пухлини із збережен-
ням стоми, або змушений виконувати мобілізацію
вищерозташованих відділів товстої кишки аж до
сліпої, що суттєво збільшує травматизм операції.

За прототип обраний спосіб черевно-анальної
резекції прямої кишки зі зведенням проксимальних
відділів ободової кишки [Клиническая оперативная
колопроктология. Руководство для врачей / под
ред. Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л.
- М.: ГНЦ проктологии, 1994. - С. 231-233], при яко-
му "роблять розріз парієтальної очеревини справа
від сигмовидної кишки до основи брижі поперечно-
ободової кишки, потім розсікають очеревину усьо-
го лівого бокового каналу до лівого вигину ободо-
вої кишки, не з'єднуючи їх внизу ліворидним

(13) A

(11) 58264

(19) UA

Поставлена задача вирішується шляхом забезпечення можливості використання ділянки сигмовидної кишки, яка несе сигмостому, при виконанні сфінктерозберігаючої операції щодо

7 - розсічення очеревини біля основи брижі сигмовидної кишки з медіального боку

На фіг 2 показана перев'язка нижньої брижової артерії і мобілізація прямої кишки з пухлиною

8 - пересічена і перев'язана нижня брижова артерія,

9 - напрямок мобілізації прямої кишки,

10 - пряма кишка,

11 - пухлина,

12 - м'язи тазового дна

На фіг 3 показано висічення ділянки сигмовидної кишки, яка несе стому, з черевної стінки

13 - місце розсічення м'яких тканин черевної стінки,

14 - черевна стінка,

15 - напрямок вийняття у черевну порожнину ділянки сигмовидної кишки, яка несе стому, після її висічення з черевної стінки,

16 - ділянка сигмовидної кишки, яка несе стому

На фіг 4 показано очищення ділянки сигмовидної кишки, яка несе норицю, від м'яких тканин передньої черевної стінки після її висічення з неї

16 - ділянка сигмовидної кишки, яка несе стому,

17 - напрямок очищення ділянки сигмовидної кишки, яка несе норицю, від м'яких тканин передньої черевної стінки,

18 - м'які тканини передньої черевної стінки, оточуючі ділянку сигмовидної кишки, яка несе норицю, після її висічення з черевної стінки

На фіг 5 показано ушивання дефекту сигмовидної кишки на місці стоми

19 - дворядний шов, який ушиває дефект у сигмовидній кишці на місці стоми,

20 - дефект у сигмовидній кишці на місці стоми

На фіг 6 показано ушивання дефекту черевної стінки, зведення прямої кишки з пухлиною на промежину і пересічення товстої кишки вище пухлини

10 - пряма кишка,

11 - пухлина,

21 - ушивання дефекту черевної стінки іззовні,

22 - ушивання очеревини черевної стінки на місці колишньої стоми з боку черевної порожнини,

23 - промежина,

24 - пересічення товстої кишки вище пухлини

На фіг 7 показана фіксація зведеної товстої кишки до шкіри промежини і дренажу малого таза

23 - промежина,

25 - шви, які фіксують зведену товсту кишку до шкіри промежини,

26 - надлишок зведеної товстої кишки, зведеної на промежину,

27 - два дренажі, введені у малий таз з боку промежини

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують розсічення очеревини 1 лівого латерального фланка від верхньої третини сигмовидної кишки 2 до стоми 3 і нижче 4 стоми до міхурно-(матково)-прямокишкової складки 5. Біля основи брижі 6 сигмовидної кишки з медіального боку розсікають очеревину 7 до міхурно-(матково)-прямокишкової складки 5, з'єднуючи розріз з розрізом, зробленим з боку лівого латерального фланка 4. Пересікають між затискачами і перев'язують нижню брижову артерію 8 нижче відходження лівої ободової

Мобілізують 9 пряму кишку 10 з пухлиною 11 до м'язів тазового дна 12. Розсікають очеревину навколо стоми 3 боку черевної стінки виконують циркулярний розріз шкіри навколо стоми, відступивши від неї на 2-3 см. Пошарове розсікають 13 м'які тканини черевної стінки 14 до з'єднання з розрізом очеревини, зробленим навколо стоми з боку черевної порожнини. Виймають 15 у черевну порожнину мобілізовану з боку черевної порожнини і висічену з черевної стінки 14 ділянку сигмовидної кишки 16, яка несе норицю. Максимально зберігаючи очищують у напрямку іззовні всередину 17 ділянку сигмовидної кишки 16, яка несе норицю, від оточуючих тканин 18 і ушивають дворядним швом 19 у поперечному напрямку дефект 20 сигмовидної кишки на місці стоми. Виконують ушивання дефекту черевної стінки іззовні 21. З боку черевної порожнини додатково ушивають 22 очеревину на місці колишньої стоми таким чином, щоб був утворений другий поверх швів (перший накладений іззовні при пошаровому ушиванні дефекту черевної стінки на місці стоми). Формують товстокишковий трансплантат для зведення на промежину, здійснюючи при цьому лімфаденектомію по ходу нижньої брижової артерії. З боку промежини виконують демукозацію анального каналу, пересічення леваторів. Виймають на промежину 23 пряму кишку 10 з пухлиною 11. Пересікають 24 товсту кишку вище пухлини на 10-12 см і фіксують 25 до шкіри промежини 23 зведену кишку з надлишком 26 3-4 см. Ушитий дефект сигмовидної кишки при цьому, як правило, розташовується або в анальному каналі, або безпосередньо над ним глибоко у малому тазу. Виконують дренажування пресакрального простору двома дренажами 27 через обидві сидниці, під'єднуючи їх надалі до вакуум-аспірації. Зведену на промежину кишку залишають не перев'язаною для того, щоб уникнути підвищення тиску у кишці і, відповідно, на шов під час газового періоду. З боку черевної порожнини виконують часткове відновлення очеревини малого таза. Рану черевної стінки ушивають до дренажу, введеного в малий таз.

Приклад конкретного виконання способу

Хвора В., 68 років, поступила у проктологічне відділення Донецького обласного протипухлинного центру з діагнозом - рак середньоампулярного відділу прямої кишки T₄N₀M₀ 2 стадія, стан після двостовольної сигмостомії. Після доопераційної підготовки хворій виконана резекція прямої кишки за заявленою методикою. Виконали нижньосерединну лапаротомію, ревізію черевної порожнини. Розсікли очеревину лівого латерального фланка від верхньої третини сигмовидної кишки до стоми і нижче неї до матково-прямокишкової складки. Біля основи брижі сигмовидної кишки з медіального боку розсікли очеревину матково-прямокишкової складки, з'єднуючи розріз з розрізом, зробленим з боку лівого латерального фланка. Пересікли між затискачами і перев'язали нижню брижову артерію нижче відходження лівої ободової. Мобілізували пряму кишку з пухлиною до м'язів тазового дна. Розсікли очеревину навколо стоми. З боку черевної стінки циркулярним розрізом розсікли шкіру навколо стоми, відступивши від неї на 2 см, після чого пошарове розсікли м'які тканини черевної

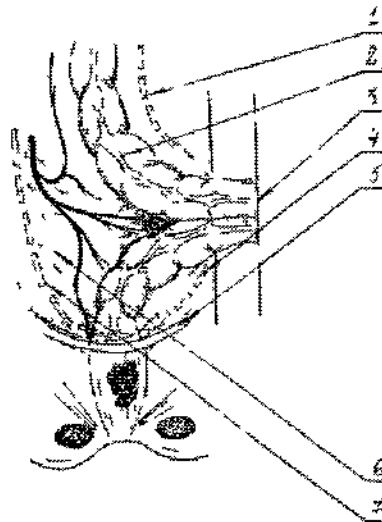
стілки до з'єднання з розрізом очеревини, зробленим навколо стоми з боку черевної порожнини. Вийняли у черевну порожнину мобілізовану з боку черевної порожнини і висічену з черевної стінки ділянку сигмовидної кишки, яка несе норицю. Очистили у напрямку іззовні усередину ділянку сигмовидної кишки, яка несе норицю, від оточуючих тканин. Дворядним швом у поперечному напрямку ушили дефект сигмовидної кишки на місці стоми. Іззовні ушили дефект черевної стінки. З боку черевної порожнини додатково ушили очеревину на місці колишньої стоми таким чином, щоб був утворений другий поверх швів. Сформували товстокишковий трансплантат для зведення на промежину. З боку промежини демуксували анальний канал, пересікли леватори. Вийняли на промежину пряму кишку з пухлиною. Пересікли товсту кишку вище пухлини на 10-12 см і вузловими швами фіксували до шкіри промежини зведену кишку з надплишком 3-4 см. Ушитий дефект сигмовидної кишки при цьому знаходився в анальному каналі. Виконали дренажування пресакрального простору двома дренажами через обидві сідниці. З боку черевної порожнини відновили очеревину малого таза. Рану черевної стінки вшили до дренажу,

введеного в малий таз.

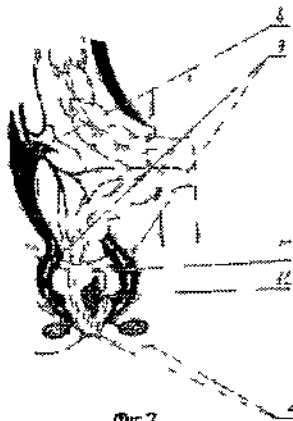
Усього прооперовано 11 хворих. Післяопераційних ускладнень відзначено не було.

Використання ділянки сигмовидної кишки, яка несе норицю, дозволяє виключити необхідність мобілізації вищерозташованих відділів ободової кишки для отримання товстокишкового трансплантата достатньої довжини, що суттєво зменшує травматичність операції. Відмова від пересічення сигмовидної кишки, яка несе колостому, на користь збереження цілісності сигмовидної кишки з ушиванням колостоми, дозволяє скоротити тривалість операції за рахунок виключення втрати часу, який витрачається на накладання апаратних швів при пересіченні кишки, яка несе стому, і полегшити виконання операції за рахунок виключення необхідності накладання апаратного шва глибоко в тазу під пухлиною при пересіченні кишки.

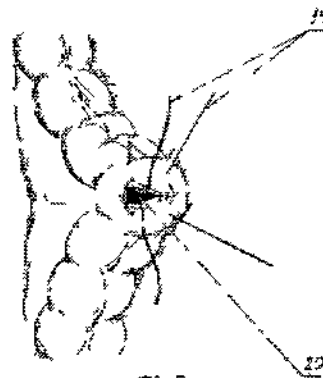
Крім того, використання захисту лінії швів на місці колишньої колостоми шляхом її прикриття задньою стінкою кукси прямої кишки дозволяє надійно захистити від неспроможності швів ушиту колостому і таким чином використати ділянку сигмовидної кишки, яка несе колостому, для зведення на промежину.



Фиг 1



Фиг 2



Фиг 5

