



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17557 (13) A

(51) 6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДМОВСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується
в редакції зазначеного

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

(21) 96093622

(22) 19.09.96

(24) 06.05.97

(46) 31.10.97. Бюл. № 5

(47) 06.05.97

(56) 1. Авторское свидетельство СССР
№ 1312766. 15.09.84. (Авторы: Бондарь Г.В.,
Кныш В.И., Яковец Ю.И., Бережной В.В.
Способ проктоэктомии).2. Петерсон Б.Е. Атлас онкологических
операций. М., Медицина, 1987, с. 398-412.(72) Бондар Григорій Васильович, Башев
Володимир Харитонович, Золотухін
Станіслав Едуардович, Семікоз Наталля
Григорівна, Борота Олександр Васильович,
Псарас Генадій Генадійович(73) Донецький державний медичний
університет ім. М.Горького (UA)(57) Способ хирургического лечения рака
прямой кишки, включающий брюшно-
анальную резекцию, демуккозацию анально-
го канала, низведение толстой кишки на
промежность, отличающийся тем, что
самый дистальный жизнеспособный уча-
сток низведенной ободочной кишки поме-
щают в анальный канал, пересеченные
леваторы подшивают к противоположным
стенкам этого участка, выходное отверстие
низведенной кишки фиксируют на уровне
периаанальной кожи к самой коже.

Изобретение относится к области меди-
цины, а именно, к онкопроктологии и может
быть использовано для хирургического ле-
чения больных раком ниже- и средне-ампу-
лярного отделов прямой кишки.

Известен способ хирургического лече-
ния больных раком ниже- и средне-ампу-
лярного отделов прямой кишки путем
сохранения подкожной порции наружного
сфинктера. По общепринятым правилам
производят мобилизацию сигмовидной и
прямой кишки до мышц тазового дна, со
стороны промежности омегаобразным до-
ступом рассекают кожу вокруг ануса, отсе-
паровывают кожный лоскут с анальным
кольцом, в котором сохраняют подкожную

порцию наружного сфинктера. Прямую
кишку с замыкательным аппаратом (кроме
подкожной порции) и опухоль удаляют, мо-
билизованную толстую кишку низводят на
промежность в тоннель, образовавшийся
после удаления прямой кишки и через отсе-
парованный ранее лоскут на питающей нож-
ке с сохраненной подкожной порцией
продвигают низводимую кишку, лоскут воз-
вращают в прежнее положение и фиксируют
к периаанальной области узловыми швами,
низведенную кишку фиксируют к лоскуту от-
дельными узловыми швами [1].

Данный способ, выбранный в качестве
способа-прототипа, имеет ряд недостатков.
При отсепарировании кожного лоскута с

(19) UA (11) 17557 (13) A

подкожной порцией наружного сфинктера происходит нарушение трофики и иннервации сохраняемой порции, что ведет к нарушению сократительной функции. Низводимая кишка протягивается через сохраненную подкожную порцию вместе со своей брыжейкой, что ведет к перерастягиванию подкожной порции, в результате чего нарушается ее сократительная активность, а брыжейка толстой кишки при этом не позволяет полностью смыкать просвет толстой кишки. Недостатком данного способа-прототипа является также то, что он не применим при опухолевом поражении подкожной порции наружного сфинктера.

Наиболее близким техническим решением заявляемому способу, позволяющему удалять опухоль анального канала, является брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки, состоящая из внутрибрюшной мобилизации сигмовидной и прямой кишки и промежностного удаления прямой кишки вместе с замыкательным аппаратом. Промежностную рану зашивают наглухо, а толстую кишку выводят на переднюю брюшную стенку в виде колостомы, через которую осуществляется эвакуация кишечного содержимого.

Недостатком известного способа является отсутствие замыкательного аппарата и, вследствие этого, отсутствие естественного пассажа кишечного содержимого.

В основу заявляемого способа поставлена задача хирургического лечения рака ниже- и средне-ампулярного отделов прямой кишки, в том числе и при поражении анального канала путем демуккозирования анального канала и резекции опухоли прямой кишки с последующим низведением толстой кишки в анальный канал и поворотом ее дистального участка на 90–180 градусов путем подшивания леваторов к противоположным стенкам кишки, что дает возможность усилить замыкательную функцию за счет уменьшения ее просвета.

Сущность заявляемого способа состоит в следующем.

В брюшной полости по общепринятой методике производится мобилизация сигмовидной и прямой кишки до мышц тазового дна. Со стороны промежности производится демуккозация анального канала и выделение опухоли, прямая кишка с иссеченной опухолью и вышележащим сигмовидным отделом толстой кишки через демуккозированный анальный канал низводится на промежность, опухоль отсекается, отступая от ее верхнего края на 10–12 см. Самый дистальный жизнеспособный участок низведенной кишки (трансплантата)

помещают в анальный канал. Пересеченные во время демуккозирования анального канала и резекции прямой кишки и предварительно взятые на лигатуры леваторы подшивают к противоположным стенкам низведенной толстой кишки (трансплантата) на участке, расположенном в анальном канале. Левый леватор подшивают к передне-правой полуокружности, правый – к задне-левой полуокружности. Выходное отверстие низведенной кишки, выполняющее функцию ануса, фиксируют на уровне перианальной кожи и к самой коже отдельными узловыми швами для исключения его (ануса) смещаемости вокруг оси.

Новым в заявляемом способе является методика фиксации леваторов к низведенной кишке.

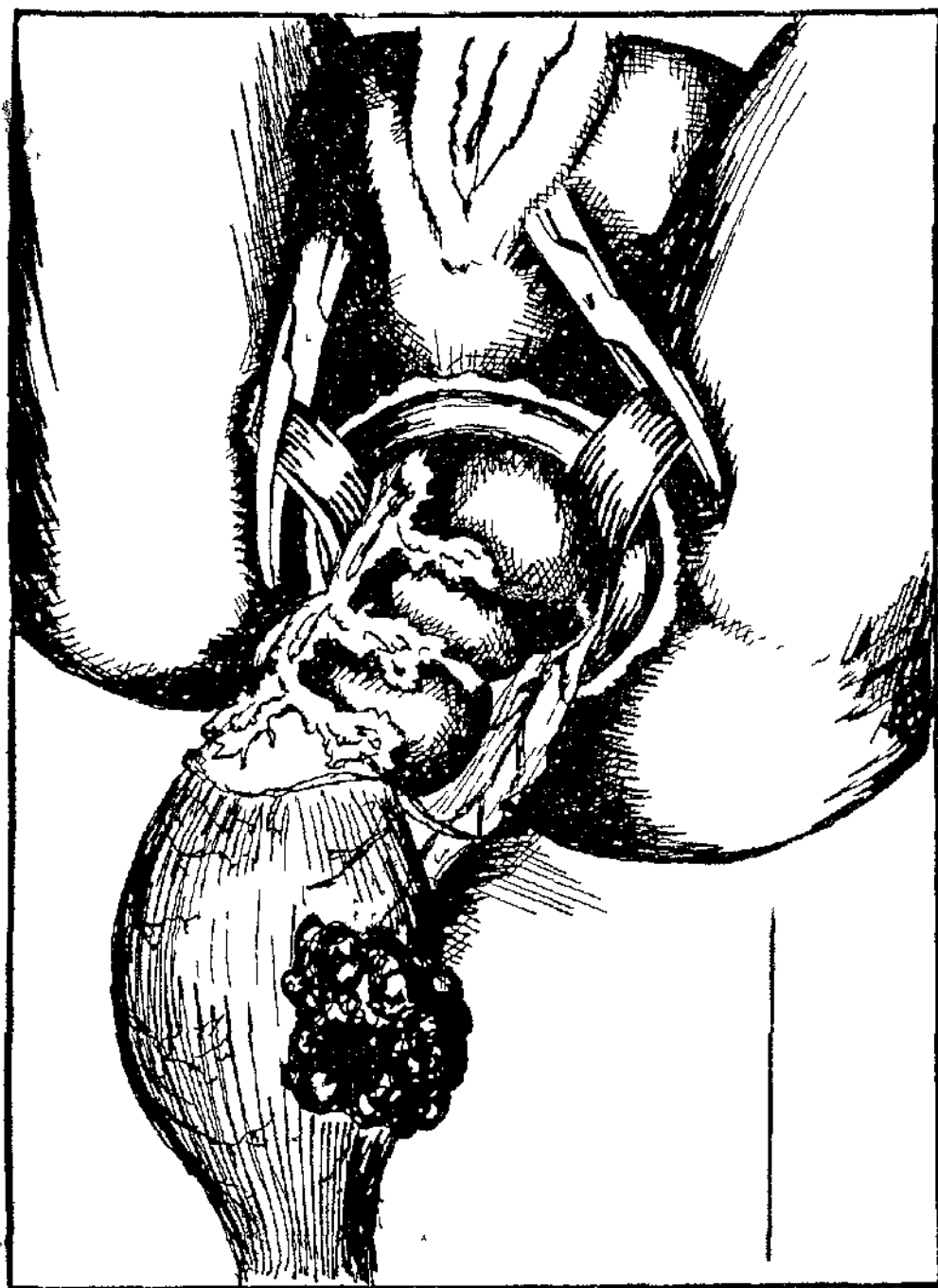
Реализация способа осуществляется техническим сужением просвета низведенной толстой кишки в проекции анального канала, которое происходит вследствие сокращения леваторов, подшитых к противоположным сторонам низведенной кишки. Леваторы при своем сокращении поворачивают по оси участок толстой кишки в анальном канале относительно неподвижно фиксированного к перианальной коже выходного отверстия (ануса), чем создают периодическое тоническое замыкание просвета кишки, синхронное с сокращениями леваторов. Это позволяет заменять аноректальный угол, разрушаемый при брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Сущность заявляемого способа поясняется иллюстрациями (фиг. 1–3).

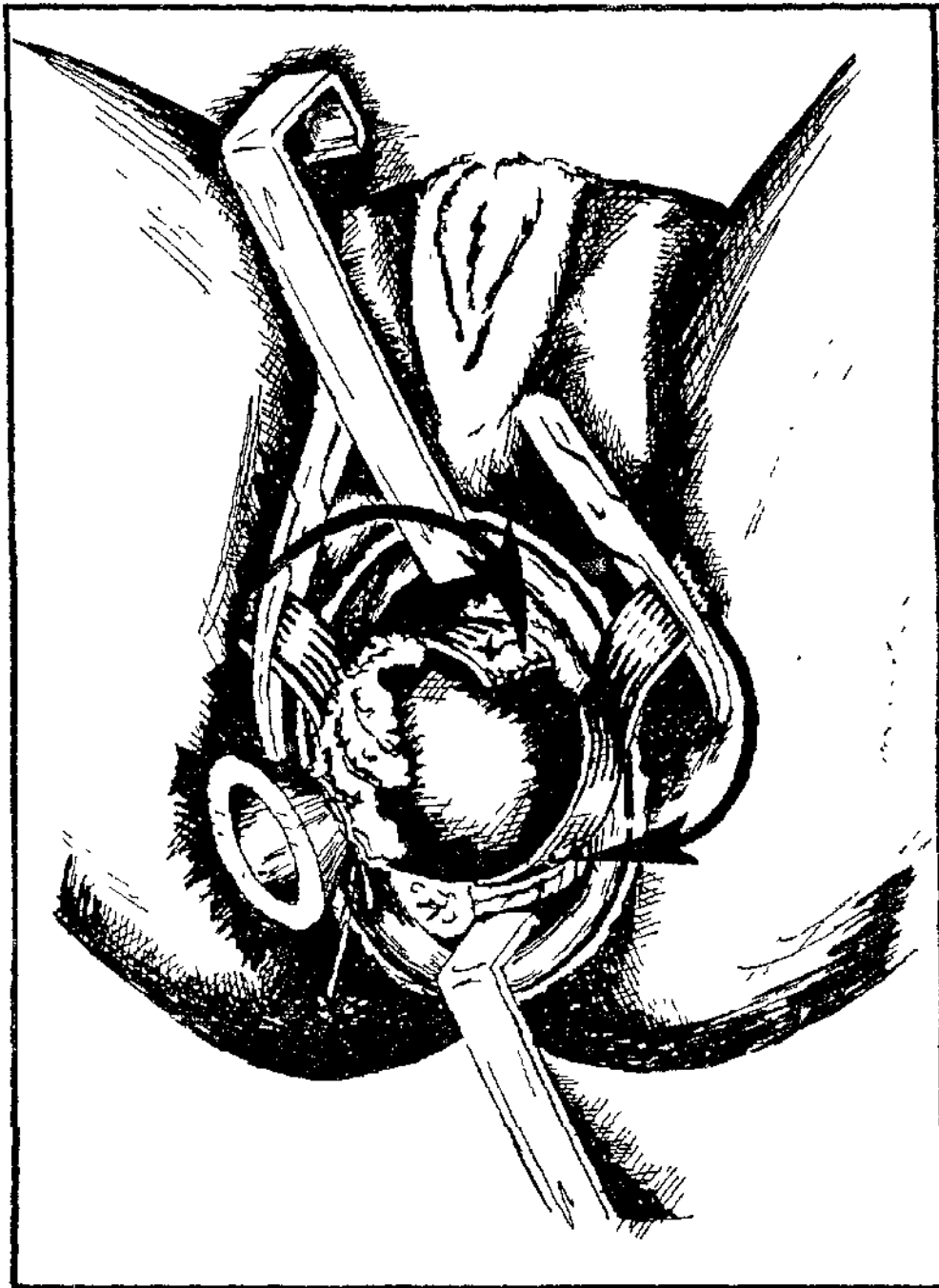
Пример. Больной К., 56 лет, история болезни № 23267, поступил в клинику с диагнозом "Рак нижеампулярного отдела прямой кишки". Диагноз подтвержден морфологически, рентгенологически. Больной прошел полный курс обследования, получил интенсивный предоперационный курс лучевой терапии. Противопоказаний к операции не выявлено. Больному выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением ободочной кишки в анальный канал по предлагаемой методике. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 14-е сутки больной выписан из отделения. Контрольный осмотр больного был проведен через 3 месяца. Субъективно больной отмечал удовлетворительную замыкательную функцию. Объективная оценка проводилась методом сфинктерометрии, ее показатели достигли 75–80% от дооперационного уровня. При ректальном осмотре и ректероманоскопии рубцовых изменений и деформаций низведенной кишки не обнару-

жено. С использованием данного способа
оперировано 5 больных в возрасте от 56 до

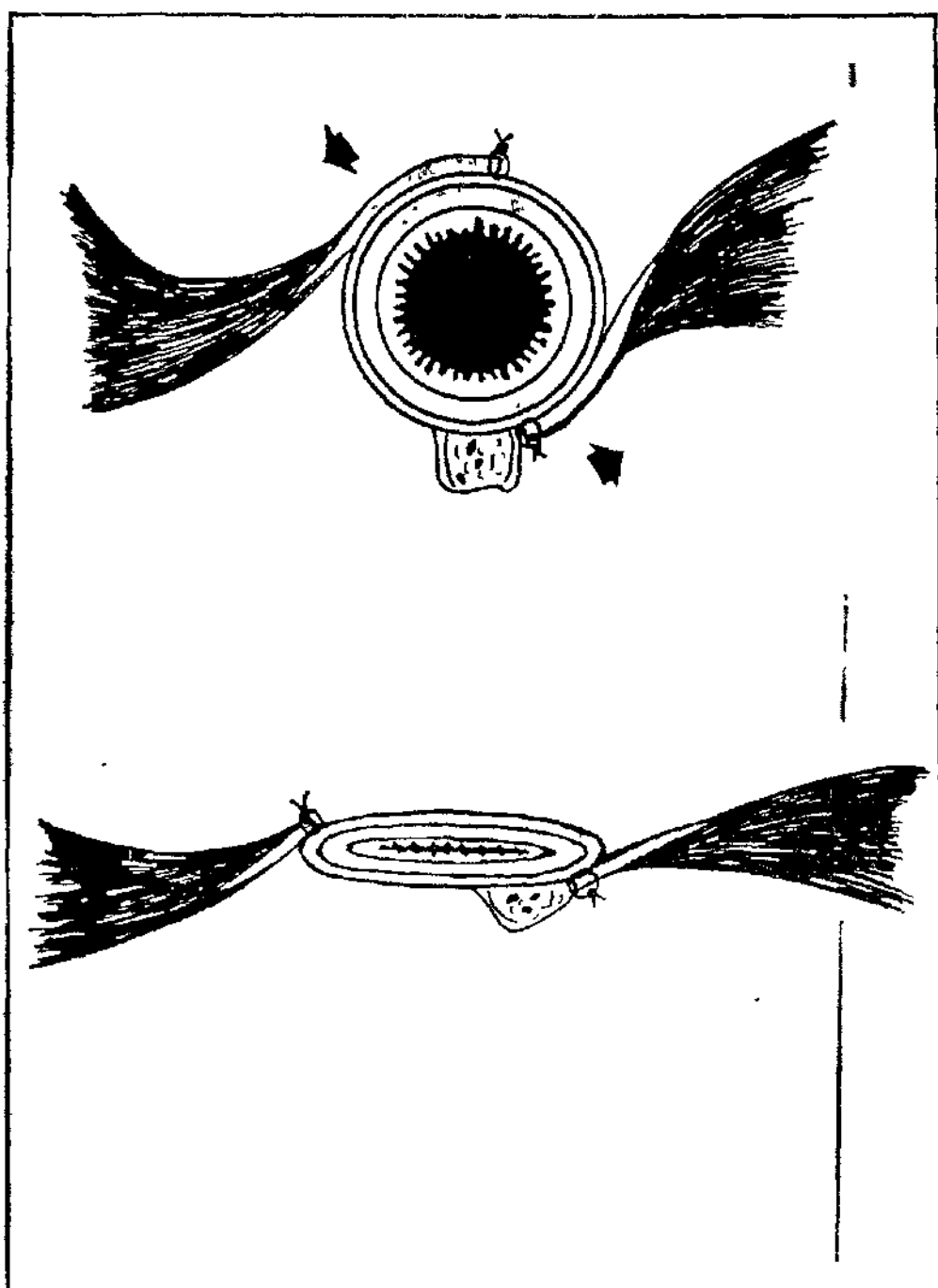
67 лет с локализацией опухоли в ниже- и
средне-ампулярном отделах



фиг. 1



фиг. 2



фиг. 3

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор Л. Лукач

Замовлення 4239

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18