

НОВІ СПОСОБИ СТВОРЕННЯ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

Чобей С.М.

Ужгородський державний університет, кафедра госпітальної хірургії

Не дивлячись на більше як три десятки способів створення міжкишкових анастомозів, проблеми відновлення прохідності шлунково-кишкового тракту при хірургічних патологіях залишаються основною причиною після операційного перитоніту та дають високу летальність. Як відмічають багаточисленні автори, однією з причин неспроможності міжкишкових анастомозів є недосконалість техніки створення кишкового шва [1, 2].

Нами розроблені та впроваджені в практику нові способи міжкишкових анастомозів, на які отримані патенти України (№98084580 та №98084582):

- 1 - ілео-трансверзоанастомоз;
- 2 - товсто-товстокишковий анастомоз [3, 4].

Суть цих методик полягає у наступному. При накладанні ілео-трансверзоанастомозу, після резекції тонкої кишки на неї накладається кісет на довгій лігатурі по самому краю кишки. Лігатура утримується під натягом, при чому виключено контамінацію кишкового вмісту з органами черевної порожнини того, що лігатура у вигляді зашморга перекриває просвіт кишки. Вільний кінець тонкої кишки має бути звільнений від брижі на 2-3 см. Далі

вільний кінець тонкої кишки пришивається до товстої кишки по типу “кінець в бік” по всій своїй ширині під *tenia libera* однорядним серо-серозним швом. Після чого товста кишка вскривається по *tenia libera* на ширину діаметра кишки. Через цей отвір довгою (великою) голкою роблять прокол по *tenia libera* і проводять лігатуру кісету накладеного на тонку кишку. Ассистент утримує лігатуру в натягнутому стані. За цим накладають ряд серозно-серозних швів на передню частину анастомозу. В кінці відкривають просвіт тонкої кишки шляхом зрізання одного з кінців лігатури біля *tenia libera* товстої кишки та витяганням за її другий кінець (Рис 1.).

За даною методикою в клініці обласної клінічної лікарні (м. Ужгород) виконано 24 операцій накладання ілео-трансверзоанастомозу з приводу наступних патологій:

- 1) пухлини висхідного відділу товстої кишки – 17;
- 1) кишкової непрохідності з некрозом тонкої кишки – 3;
- 2) термінального ілеїту (хвороби Крона) – 1;
- 3) метастатичної кишкової непрохідності – 3;

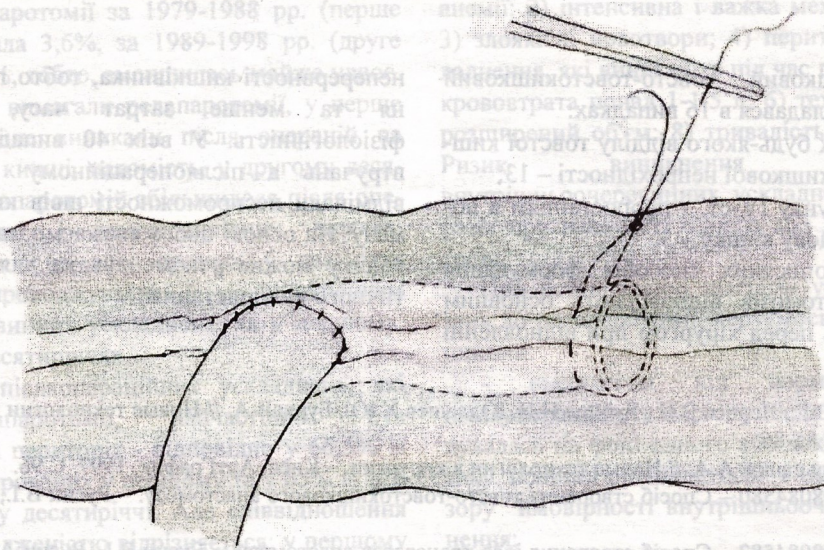


Рис.1. Створений ілео-трансверзоанастомоз. Відкриття просвіту тонкої кишки в просвіті товстої шляхом витягання лігатури кісету за один її кінець

Особливості запропонованого ілео-трансверзоанастомозу полягають в наступному:

- а) накладається однорядний серозно-м'язевий шов;
- б) частина кишки, яка інвагінується має бути вільна від брижі на протязі 2-3 см;
- в) розріз в кишці має строго відповідати діаметру кишки.

У випадку товсто-товстокишкового анастомозу після резекції пухлини будь-якого відділу товстої кишки на проксимальний відділ товстої кишки накладається кісет на довгій лігатурі по самому краю кишки. Анастомоз формується по типу інвагінації проксимальної частини в дистальну в ізоперистальтичному напрямку ("кінець в кінець"). Лігатура, як і у випадку ілео-трансверзоанастомозу,

утримується під натягом, створюючи при цьому на кінці привідної петлі зашморг і виключаючи контактацію кишкового вмісту з органами черевної порожнини. Дистальна частина утримується асистентом на двох лігатурних держалках та обробляється йодом. Після цього довгою (великою) голкою через просвіт дистальної частини кишки роблять прокол по *tenia libera* і проводять лігатуру кісету, накладеного на проксимальну частину товстої кишки, яку асистент продовжує утримувати натягнутою. За цим накладають два ряди серозно-м'язевих швів на створений анастомоз. Накінець відкривають просвіт проксимальної частини товстої кишки, шляхом зрізання одного з кінців лігатури біля *tenia libera* дистальної частини товстої кишки та витяганням за її другий кінець (Рис2.).

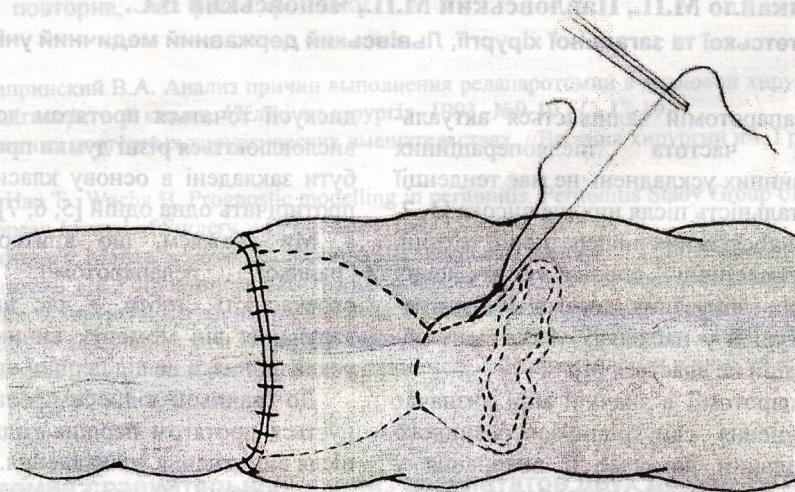


Рис.2. Створений товсто-товстокишковий анастомоз

Даний міжкишковий товсто-товстокишковий анастомоз нами накладався в 16 випадках:

- при пухлинах будь-якого відділу товстої кишки без явищ кишкової непрохідності – 13;
- при раку шлунку IV-ст. з проростанням в попереочно-ободову кишку – 3.

Переваги вищеописаних способів формування міжкишкових анастомозів відповідають основним вимогам, які стоять перед хірургом при відновленні

неперервності кишківника, тобто простота створення та менше затрат часу, надійність та фізіологічність. У всіх 40 випадках оперативних втручань в післяопераційному періоді ми не відмічали неспроможності швів кишкового анастомозу. На основі цього вважаємо, що розроблену методику можна рекомендувати для широкого практичного використання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белый В.Я., Конев В.Г., Чернев В.Н., Рубцов Н.И., Юлдашев Х.Ю., Бурка В.А. // Новые технологии в хирургии. – Киев: АртГрафик, 1997. С.85-86.
2. Ошовский А.И., Вильцанюк А.А. // Новые технологии в хирургии. – Киев: АртГрафик, 1997. С.96.
3. Патент України №98084580 – Спосіб створення товсто-товстокишкового анастомозу. – Русин В.І., Чобей С.М., Русин А.В., Філіп С.С.
4. Патент України №98084582 – Спосіб створення ілео-трансверзо анастомозу. – Русин В.І., Русин А.В., Чобей С.М., Філіп С.С.

РЕЗЮМЕ

Новые способы образования межкишечных анастомозов

Чобей С.М.

В статье рассматриваются методики новых способов межкишечных анастомозов, разработанные и внедренные в практику в областной клинической больнице г.Ужгорода. Во всех 40 случаях оперативных вмешательств в послеоперационном периоде авторами не отмечалась несостоятельность швов кишечного анастомоза. Сделан вывод о возможности рекомендовать данную методику для широкого практического применения.

SUMMARY

New methods of formation of intestinal anastomosis

S.M.Chobei

In the paper new methods of interstinal anstomosis are reported, provided into practice in Uzhgorod regional hospital. In all 40 cases of surgical intervention in the post-operation period the authors did not notice the failor of the anastomosis. The conclusion was made about the possibility to recommend this methodics to broad practical use.