

Рішення, що пропонується, відноситься до медицини, а саме, до відновної пластичної хірургії травного тракту і може бути використане при операціях пластичного заміщення товстою кишкою ураженого хімічним опіком стравоходу у разі формування півустя між стравоходом (вище за дільницю післяопікової структури його) і товстокишковим трансплантатом. Крім того, рішення, що пропонується може бути також використане при реконструктивних операціях у разі рубцевого звуження стравохідно-кишкових півустій після раніше виконаної колоезофагопластики.

Відомий спосіб шарового кишкового шва з валиком тканини зовні при формуванні стравохідно-кишкового анастомоза (1), який включає циркулярний перетин зовнішнього (м'язового) футляра стравоходу і відділення його догори від внутрішнього (слизово-підслизового) футляра протягом 5см. На анастомоземій петлі кишки серозно-м'язовий шар подовжно розтинається і відділяється від підслизово-слизового шару протягом 1см. Після розкриття просвіту кишки і видалення більшої частини звільненого внутрішнього футляра стравоходу, накладається безперервний кетгутівий слизово-підслизовий шов. Зовнішні футляри органів, які анастомозують зашиваються рідкими шовковими гофруючими швами. Цей спосіб взятий нами як прототип, оскільки він вирішує задачу підвищення міцності і зміцнення анастомоза шляхом створення додаткового валика тканини зовні півустя. При використанні цього способу в обов'язковому порядку повинен дотримуватися принцип футлярностей, створення яких в технічному плані громіздке, а в умовах дефіциту (не скомпрометованих післяопіковими конформаціями) тканин стінки стравоходу, небезпечно розвитком рубцевого звуження стравохідно-товстокишкового півустя (аж до розвитку його непрохідності). Все це істотно впливає на функціональні результати операцій.

Недоліком відомого рішення є виникнення виражених безповоротних змін в тканинах шва, що виключає абсолютну його ефективність і не знайшло загального застосування в хірургічній практиці.

Задачею винаходу, що заявляється, є функціонально-ефективне і відносно не складне в оперативному виконанні (без видалення внутрішнього футляра стравоходу) товстокишково-стравохідного анастомоза на шиї, завдяки чому забезпечується можливість відсутнього рубцевого звуження (стенозування) стравохідних півустій після езофагопластики.

Поставлена задача досягається тим, що просвіти анастомозуємих органів, а саме стравохід і товстокишковий трансплантат розкривають в напрямках по конфігурації ліній розрізу у вигляді латинських букв "Y" та "V", причому нижній край подовжного розрізу по стінці стравоходу переходить на початковий відділ рубцевих змін, слизова оболонка стравоходу перетинається більш центрально по всій довжині "Y"-образного розрізу, серозно-м'язову оболонку трансплантата зшивають з м'язовою оболонкою стравоходу, слизові оболонки стравоходу і товстокишкового трансплантата зшивають окремо по всьому периметру, а лінію швів, що утворилися після цього, додатково накривають триангулярним клаптем V-образного розрізу, що фіксують на верхівці трансплантата.

Спосіб здійснюється таким чином:

Розрізом по передньому краю лівого грудино-ключично-сосцевидного м'яза оголяють шийний відділ стравоходу і оральний кінець трансплантата в місці майбутнього колоезофагоанастомозу. У стравохід вводять шлуночковий зонд (не прикладаючи зусиль, під візуальним субопераційним контролем, до рівня стенозу). Істотним моментом рішення, що пропонується є те, що немає необхідності в здійсненні мобілізації шийного відділу стравоходу для подальшого його взяття на турнікети і формування анастомоза. Оперативне втручання виконується з дотриманням топографо-анатомічного принципу «in situ». Фіксують стінки стравоходу і трансплантата відносно один одного. На передньобоковій стінці стравоходу виконують Y-образний розріз, не розкриваючи при цьому просвіт його. Розріз починають по лівому ребру в напрямі зверху вниз, продовжуючи його в обов'язковому порядку на початковий відділ рубцевих змін довжиною 3-4см. Потім формують праве (нижнє) ребро в напрямі зверху вниз. Проводять V-образний розріз на верхівочно-бічній поверхні товстокишкового трансплантата, розкривають просвіт трансплантата, отсепаарують і зміщують декілька догори триангулярний клапоть. Після цього розкривають просвіт стравоходу - слизова оболонка стравоходу перетинається більш центрально по всій довжині Y-образного розрізу створюють, при цьому, триангулярний клапоть після чого він посікається. Серозно-м'язова оболонка трансплантата зшивається з м'язовою оболонкою стравоходу, слизові оболонки стравоходу і товстокишкового трансплантата зшиваються окремо по всьому периметру. Лінія швів, що утворилися після цього, додатково накривається триангулярним клаптем V-образного розрізу, що фіксується (заздалегідь отсепаарованим і зміщеним декілька догори) на верхівці товстокишкового трансплантата. До місця анастомоза встановлюється дренажна трубка, шкіряна рана ушивається.

Суть операції зводиться до наступного: одночасно вирішуються дві задачі - створення товстокишково-стравохідного півустя з підвищеною міцністю анастомоза (за рахунок наявності плоского триангулярного клаптя з кишкової стінки) і забезпечення функціонально-повноцінного просвіту стравохідно-товстокишкового з'єднання (за рахунок широкої лінії швів по верхньому контуру), що сприяє пасажу харчового болюса по ньому і запобігає можливості подальшого рубцевого звуження анастомоза. Крім цього, фіксуючі триангулярний клапоть шви, створюють додаткові передумови для зменшення натягнення швів створеного анастомозу за рахунок рівномірного зміщення навантаження з основних анастомозних швів на ці, клаптеві, шви.

Приведемо конкретний приклад використання способу: Хвора М., 43 років, поступила в клініку зі скаргами на повну неможливість проковтнути слину і їжу, рясну слинну, похлинування, втрату маси тіла за останні місяці до 10кг. Півтори року тому перенесла тотальну загрудинну товстокишкову аутогетеропластику лівою половиною ободової кишки. Виписана в задовільному стані. Протягом останніх 6-8 місяців стала відмічати поступово наростаючу дисфагію. При клінічному обстеженні підтверджений високий рубцевий стеноз на рівні сформованого раніше езофагоколоанастомозу. Проведена адекватна передопераційна підготовка і виконано оперативне втручання - переформування півустя з подальшим створенням анастомоза на шиї по методиці, що пропонується. Післяопераційний період проходив без яких-небудь ускладнень.

Почала приймати рідку їжу через рот на 7 добу післяопераційного періоду (бульйони, сире яйце). Рани зажили первинним натягненням, шви зняті: на шиї - на 6 добу, на передній черевній стінці на 10 добу. У задовільному стані виписана з клініки на 12 добу після операції. Оглянута також через 5 місяців - харчується через рот (не грубою їжею), додала у вазі.

Рішення, що пропонується, випробуване у 7 хворих. Воно показало, що використання способу формування анастомоза на шиї при товстокишкової аутогетеропластикі ураженого хімічним опіком стравоходу дозволяє відчутно зменшити імовірність післяопераційних ускладнень як в найближчому так і у віддаленому періодах.

Переваги способу формування анастомоза на шиї, що заявляється, полягають в створенні товстокишково-стравохідного півустя з підвищеною міцністю анастомозу (за рахунок наявності плоского триангулярного клаптя з кишкової стінки) і забезпеченні функціонально-повноцінного просвіту товстокишково-стравохідного з'єднання (за рахунок широкої лінії швів по верхньому контуру), що сприяє пасажу харчового болюса по ньому і запобігає можливості подальшого рубцевого звуження анастомозу. Крім цього, фіксуючі триангулярний клапоть шви, створюють додаткові передумови для зменшення натягнення швів створеного анастомоза за рахунок рівномірного зміщення навантаження з основних анастомозних швів на ці клаптеві шви.

Література:

1. Саїдханов А.С. Використання послойного кишкового шва з валиком тканини зовні при стравохідно-кишковому анастомозі // Медичний журнал Узбекистана. -1978. -№10. -3.52-54.