

Винахід відноситься до медицини, а саме, до хірургії і може бути використаний для створення анастомозів на товстому кишечнику.

За прототип обраний спосіб формування анастомозу на товстій кишці (Патент №40059 UA. МПК7A61B17/00. Спосіб формування межкишечного анастомозу // Гусак В.К., Міннішвили О.І. і соавт. Інститут невідкладної і відбудовної АМН України. - Заявка №99095195. - Заявл. 21.09.1999. - Опубл. 15.08.2001. - Бюл. №6. - 6с.) шляхом зшивання відрізків кишки кінець у кінець, причому попередньо видаляють серозно-м'язовий покрив протягом 1-1,5см з одного відрізка кишки і висікають на такій же відстані слизово-підслизову оболонку з іншого відрізка кишки.

Ознаками, що збігаються з загальними ознаками винаходу, є: зшивання відрізків кишки кінець у кінець із з'єднанням однорідних тканин.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хірургічного лікування і зниження частоти ускладнень), є: розсічення і видалення серозно-м'язового шару в привідному і слизово-підслизовому у відрізку кишки, що відводить, приводить до порушення мікроциркуляції в зоні співустья в результаті зайвої травматизації в зоні зшиваючих ранових шарів кишкової стінки, що може призводити до недостатності кишкового шва, загоєнню рани в області анастомозу по типу вторинного натягу, а також відсутні умови для точного, пошарового зіткнення тканин, що зшиваються, що приводить до подовження термінів загоєння анастомозів і формуванню грубого рубця і звуженню просвіту кишки в області анастомозу.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу формування анастомозу на товстій кишці шляхом застосування прецизійного кишкового шва при створенні міжкишкового анастомозу, що має біологічну герметичність і фізичну міцність, при чому проколи серозного, м'язового і слизових швів не збігаються по проекції.

Поставлена задача зважується тим, що в способі формування анастомозу на товстій кишці шляхом зшивання відрізків кишки кінець у кінець із з'єднанням однорідних тканин, відповідно до винаходу, утворюють трирядний прецизійний кишковий шов, зшиваючи окремо серозний, м'язовий і слизово-підслизовий шари, причому здійснюють проколи в тканинах шарів таким чином, щоб вони не співпадали по проекції.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: накладення прецизійного кишкового шва, при якому здійснюють проколи серозного, м'язового і слизових швів, які не збігаються по проекції, дозволить шляхом найменшої травматизації тканин і точного зіставлення однойменних оболонок товстої кишки, домогтися мінімального розвитку запальної реакції в зоні тканин, що зшиваються, і створити умови для ранньої репарації, а роз'єднання внутрішніх і зовнішніх шарів по місцю проколу голки дозволяє усунути наскрізну щілину і мікроканали, через які може проникати кишкова флора.

Запропонованим способом прооперовано 12 осіб з різними захворюваннями товстої кишки.

Проведений аналіз результатів показав, що в хворих, яким проводилася резекція товстої кишки з формуванням анастомозу кінець у кінець даним способом, значно підвищує якість лікування хворих, значно знижує ризик розвитку неспроможності анастомозу, анастомозиту та інших гнійно-запальних ускладнень.

Запропонований спосіб формування анастомозу на товстій кишці полягає у наступному.

Оперативне втручання робили при 4-х кратному збільшенні за допомогою операційного мікроскопа. Використовують мікрохірургічний інструментарій і атравматичні голки із синтетичними нитками з вікрилу фірми "Ethicon". Формують трирядний анастомоз, при якому на слизово-підслизовому і м'язовому шарі товщина нитки складала 6-0. На сіро-серозні шви товщина нитки складала 4-0.

Резекцію патологічне зміненої ділянки товстої кишки в межах здорових тканин роблять з накладенням механічного шва на дистальному і проксимальному відрізку кишки. Нижче лінії цих швів циркулярно розсікають серозно-м'язовий шар. Вузловими сіро-серозними швами формують задню стінку товсто-товстокишкового анастомозу. Шви накладають на відстані 2мм від розсіченої серозної оболонки з проміжками між швами 5-6мм. Висікають ряд механічних швів з розкриттям просвіту кишки і по окружності окремо накладають вузлові шви між м'язовими шарами задніх губ проксимального і дистального кінців кишки. Після цього безперервним швом циркулярно зшивають слизово-підслизові шари анастомозуючих кінців товстої кишки і цілком закривають її просвіт. Потім закінчують накладати вузлові шви на м'язові шари, але вже в області передніх губ анастомозу, а вище на серозну оболонку.

Вузлові шви на м'язові і серозні шари накладаються таким чином, щоб вони були розташовані один над одним в проекції на відстані 2-3мм. Це дозволяє накласти шви більш рідко з проміжком 5-6мм між стібками зі збереженням кровообігу в стінці кишки й у той же час забезпечити достатній герметизм анастомозу.

Запропонований спосіб формування анастомозу на товстій кишці ілюструється наступними клінічними прикладами.

Приклад 1.

Хворий Х., 64 роки. Надійшов у хірургічне відділення з діагнозом: рак прямої кишки.

Хворому зроблена нижня-середина лапаротомія, внутрішньочеревна резекція прямої кишки.

При ревізії органів черевної порожнини в області ректо-сигмоїдного кута прямої кишки визначається пухлиноподібне утворення 5,0х6,0см., рухливе, що не проростає в серозу. Віддалених метастазів і в регіонарних лімфовузлах не виявлено. Зроблено мобілізацію ректо-сигмоїдного кута проксимальніше пухлини на 10см і дистальніше 5см. Зроблено резекцію пухлини. Накладений міжкишковий анастомоз кінець у кінець по запропонованому способі. Зона анастомозу виведена за межі черевної порожнини з відновленням тазової очеревини. Зроблено дренажування через контрапертуру умовним дренажем. Гемостаз, пошарові шви на рану.

У післяопераційний періоді в хворого ускладнень не відзначалося. Післяопераційна рана зажила первинним натягом. Шви зняті на 10 добу.

Приклад 2.

Хвора Д. 59 років. Надійшла в хірургічне відділення з діагнозом: гранулематозний коліт. Протиприродний задній прохід.

Хворій зроблено лапаротомію, розсічення спайок черевної порожнини, накладення колоректального

анастомозу зі збереженням anus pretematuralis. Під інтубаційним наркозом шарами розкрита черевна порожнина. При ревізії петлі тонкої кишки підпаяні до кукси прямої кишки. Приводить до стоме відділ товстої кишки рухливий. Кукса прямої кишки виділена з заочеревинного простору в брижах кукси є запальна інфільтрація з переходом на брижовий край стінки кишки. З огляду на основне захворювання - гранулематозний коліт, що зберігається запальний процес, накладений ректоколоноанастомоз зі збереженням anus pretematuralis. Просвіт кукси розкритий і накладений анастомоз за запропонованою методикою. Проведений товстокишковий зонд за зону анастомозу. До області анастомозу проведений поліхлорвініловий дренаж.

Післяопераційний період відповідав тяжкості стану хворого, протікав без ускладнень. Шви зняті через 2 тижні, післяопераційна рана загоїлася первинним натягом.

Використання запропонованого способу в клініці дозволяє значно підвищити якість лікування хворих оперованих на товстому кишечнику, поліпшити результати лікування зі зниженням числа післяопераційних ускладнень.