



рассекают вдоль по противоположному противобрыжеечному краю и края его берут на четыре зажима. Производят демукозацию путем поступательного соскабливания скальпелем. Кровотечение прекращают обкладыванием салфетками. Демукозированная поверхность смазывается 5% настойкой йода. Недопустимо любое натяжение, перекручивание или сдавливание лоскута и питающих артериальных сосудов. Последним этапом операции является окутывание в виде муфты сформированного илеотрансверзоанастомоза демукозированным лоскутом из подвздошной кишки и фиксации его единичными шелковыми швами к анастомозу (рис. 2; 3).

По данной методике прооперировано 19 больных РОК в возрасте от 60 до 75 лет. У всех больных имел место рак правой половины ободочной кишки ( $T_{2-4} N_{0-1} M_0$ ) с явлениями частичной или полной непроходимости. Для сравнения обследована группа из 32 больных раком правой половины ободочной кишки аналогичного возраста, которым была выполнена правосторонняя гемиколэктомия без укрытия анастомоза.

В послеоперационном периоде больные обеих групп получали инфузионную и антибактериальную терапию.

Определение биологической герметичности анастомоза в эксперименте на животных проводилось по следующей методике. По вскрытии брюшной полости стерильным ватным тампоном брали материал для посева с брюшины анастомоза, кишок и сальника методом мазка. При наличии в брюшной полости экссудата для посева брали и экссудат. Материал, снятый с анастомоза, исследовали на наличие кишечной палочки по общепринятой методике.

Было установлено, что анастомоз, наложенный по общепринятой методике, становится биологически не герметичным через 7–9 ч после операции. Кишечная флора в последующие часы высевалась как с

соустья, так и с петель кишок, сальника и экссудата. Это же время при использовании для дополнительной перитонизации демукозированной петли тонкой кишки на сосудистой ножке проникновения кишечных микробов через шов в свободную брюшную полость не отмечалось ни на 9-м часу после операции, ни в последующие часы.

Таким образом, экспериментально доказано, что перитонизация илеоколоанастомоза петлей демукозированной тонкой кишки на сосудистой ножке предотвращает инфицирование брюшины через физически герметичный шов.

Восновной группе больных в раннем послеоперационном периоде наступили следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны — 2, пневмония — 1, тромбоз — 2, нарушение сердечного ритма — 3. Летальных исходов не было. Несостоятельность анастомоза не отмечена ни в одном случае.

В группе сравнения имели место: перитонит — у 2 больных, местный перитонит — у 1, нагноение раны — у 4, пневмония — у 1, нарушение сердечного ритма — у 2. Причиной перитонита во всех случаях была несостоятельность анастомоза. Умерли 3 больных, что составило 9,7 %.

Анализ результатов хирургического лечения больных РОК с применением разработанного нами пластического анастомоза свидетельствует о положительном эффекте от его применения. Так, ни у одного из больных основной группы не отмечена несостоятельность анастомоза. В то же время у 3 больных контрольной группы наступила несостоятельность анастомоза, следствием которой явился разлитой местный гнойный перитонит, приведший к смерти больных.

Следовательно, разработанный нами илеоколоанастомоз с пластикой демукозированной петлей подвздошной кишки обладает более высокими физическими и биологическими свойствами и предотвращает инфицирование брюшины. Применение этого

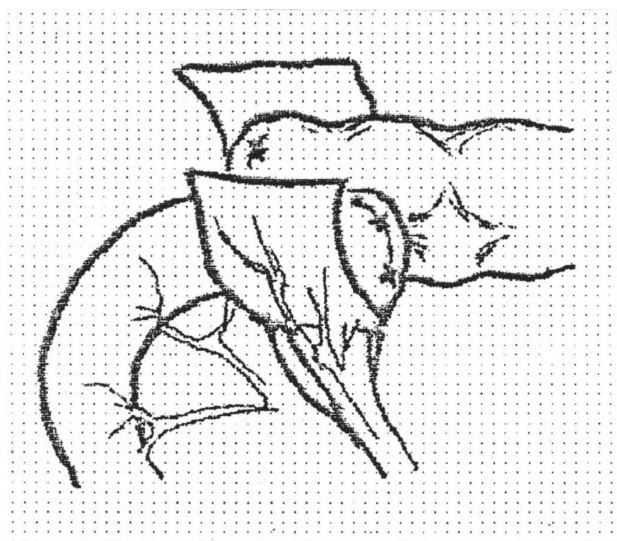


Рис. 2. Укрепление илеоколоанастомоза демукозированной петлей на питающей сосудистой ножке

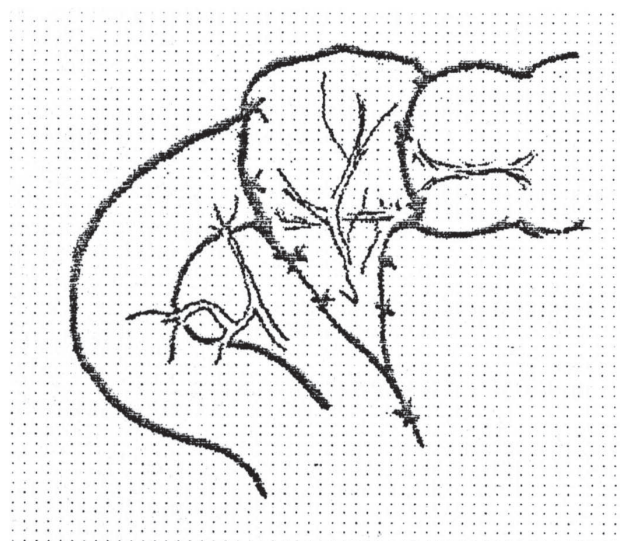


Рис. 3. Фиксация трансплантата к серозе анастомоза шелковыми швами

метода в клинике у больных раком правой половины ободочной кишки позволяет повысить надежность анастомоза и избежать его несостоятельности.

Учитывая высокую надежность пластического илеоколоанастомоза, его можно рекомендовать для

применения у больных, имеющих повышенный риск развития несостоятельности анастомоза (пожилой возраст, частичная или полная кишечная непроходимость, невозможность тщательной подготовки кишечника).

#### Литература

1. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями // Онкологія.— 2001.— Т.3, № 2—3.— С. 91—96.
2. Аитрафов Р.А., Мильдзихов Г.У. Послеоперационный перитонит в онкохирургической практике // Матер. Хсъезда онкологов Украины.— К., 2001.— С. 93—94.
3. Ананьев В.С., Годобенко Г.В., Черкес В.Л. Рак ободочной кишки / Под ред.В.И.Кныша.— М.: Медицина, 1997.— С. 66—121.
4. Бойко В.В., Гуц В.Т., Горбенко В. Н. Способ наложения колоректального анастомоза в хирургии осложненного рака толстой кишки // Кліні.хірургія.— 2001.— № 11.— С. 7—9.
5. Балтайтис Ю.В. Восстановительные операции при неспецифическом язвенном колите // Там же.— № 11.— С.9—13.
6. Пат.36537А України.Спосіб утворення аутопластичного ілеоколоанастомозу при правосторонній геміколектомії / В.І.Стариков, Б.Б.Возніцин, Айман Дарак та ін.; Заявлено 28.12.99; Опубл.16.04.2000, Бюл.№ 3 // Відкриття. Винаходи.— 2001.— № 3.

Поступила 24.03.2003

## PREVENTION OF ANASTOMOSIS FAILURE IN SURGERY FOR COLON CANCER

V.I.Starikov, Aiman Darak, B.B.Voznitsyn

### Summary

A new original method of plastic ileocolostomy in patients with colon cancer at right hemicolectomy is described.