

Descriere:

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgia gastroenterologică, și poate fi utilizată după rezecția porțiunii terminale a ileonului.

Este cunoscută metoda Matyus de restabilire a tractului tubului digestiv după rezecția porțiunii terminale a ileonului, aplicând anastomoza terminolaterală mai medial de tenia liberă [1].

Anastomoza se localizează mai proximal față de unghiul ileocecal.

Metoda Matyus are următoarele dezavantaje: se lezează ramurile arterei anterioare, care trec transversal în peretele cecului și, prin urmare, se dereglează circulația sangvină în peretele lateral al anastomozei. În caz de insuficiență parțială a suturilor de anastomoză în cazul relaparotomiei este necesar de a dezuni anastomoza și de a o scoate pe suprafața peretelui abdominal al ileonului. În condiții de peritonită este foarte problematic faptul ca să fie suficiente suturi pe peretele cecului cu scopul de a închide defectul în urma dezunirii anastomozei.

În acest caz este necesară relaparotomia extinsă, deoarece este mare riscul de supurație a plăgii, după care se dezvoltă evențații postoperatorii. Relaparotomia se efectuează sub anestezie generală. Conținutul intestinal se răspândește prin toată cavitatea abdominală.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în formarea anastomozei trainice și fiziologice și evitarea complicațiilor postoperatorii.

Metoda, conform invenției, înlătură dezavantajele menționate mai sus prin aceea că bolnavului cu necroză a porțiunii terminale a ileonului i se efectuează rezecția acestei porțiuni. Porțiunea rămasă a ileonului unită cu cecul se supune invaginației în lumenul cecului cu trei straturi de suturi. Se formează ileocecostomie terminolaterală localizată mai lateral de tenia liberă a cecului cu trei straturi de suturi. După aceasta se efectuează extraperitonizarea anastomozei, care constă în incizia peritoneului parietal în regiunea iliacă din dreapta în forma literei T răsturnate. După aceasta se formează două lambouri: unul proximal și altul distal. Spațiul submuscular se drenează cu un tub de silicon. Ambele lambouri peritoneale se suturează cu cecul mai proximal și distal, iar ileonul mai medial – de anastomoză. După legătura nodurilor anastomoza s-a extraperitonizat. În caz de insuficiență a suturilor anastomozei conținutul intestinal nu se răspândește prin cavitatea abdominală. Nu este nevoie de incizia largă repetată cu toaleta cavității abdominale, este de ajuns de a efectua incizia în regiunea iliacă dreaptă, conform metodei Mak-Burney, cu lungimea de 7-9 cm sub anestezie locală. Anastomoza trebuie să fie localizată sub mușchi, unde deja a fost introdus drenul.

O porțiune a cecului, care se află mai lateral față de tenia liberă din punct de vedere anatomic este mai bine irigată. În afară de aceasta la rezecția porțiunii terminale a ileonului nu sunt lezate vasele sangvine și nervii care trec prin această porțiune. De aceea circulația sângelui și inervația în regiunea anastomozei nu sunt dereglate, ceea ce conduce la vindecare mai rapidă.

Rezultatul tehnic al invenției propuse constă în ameliorarea irigației și inervației anastomozei.

Invenția se explică prin desenele din fig. 1- 4, care reprezintă:

fig. 1, anastomoza localizată mai lateral de tenia cecului;

fig. 2, locul de incizie a peritoneului parietal cu formarea lambourilor proximale și distale;

fig. 3, metoda de extraperitonizare a anastomozei și suturarea peritoneului parietal cu cecul și ileonul;

fig. 4, anastomoza extraperitonizată.

Exemplu.

Bolnavul M., 58 de ani, invalid de gradul al II-lea a fost internat urgent în clinică cu diagnosticul: evențația ileostomei bipolare cu strangularea ei și ocluzie intestinală acută, hepatită cronică cu trecere în ciroză. Este bolnav de 3 ani, de când i s-a efectuat o intervenție chirurgicală urgentă din cauza unei traume închise a abdomenului cu lezarea porțiunii terminale a ileonului. S-a efectuat ileostomia bipolară, toaleta, drenarea cavității abdominale. Din cauza altor boli concomitente, de exemplu ciroza hepatică, nu s-a efectuat operația reconstructivă. După pregătirea preoperatorie corespunzătoare bolnavul a fost operat de urgență sub anestezie generală. S-a efectuat laparotomia medio-mediană, rezecția porțiunii terminale a ileonului, care s-a eventrat și strangulat. Porțiunea numită a fost înlăturată din incizia adăugătoare în regiunea iliacă dreaptă. Porțiunea distală rămasă a ileonului (1) a fost invaginată în cec (2) cu suturi în bursă și în Z. S-a aplicat anastomoză terminolaterală (3) între cec (2) și porțiunea rămasă (4) a ileonului. Anastomoza a fost aplicată mai lateral de tenia cecului (5) cu trei straturi de suturi. Apoi anastomoza (3) s-a extraperitonizat (s-a efectuat incizia peritoneului parietal (6) în regiunea iliacă dreaptă în forma literei T răsturnate (7), după care s-au format două lambouri proximal (8) și distal (9). În spațiul submuscular s-a aplicat dren dintr-un tub de silicon (10). Ambele lambouri peritoneale s-au suturat cu cecul proximal și distal, iar cu ileonul mai medial – de anastomoză (3). Plăgile postoperatorii s-au suturat după straturi. S-a aplicat pansament aseptice. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Plăgile s-au cicatrizat primar. Bolnavul a fost externat în stare satisfăcătoare. Metoda propusă a fost folosită în SCO nr. 1. Complicații nu s-au înregistrat.

Lipsa mortalității, reducerea complicațiilor în perioada postoperatorie precoce și tardivă, menținerea capacității de muncă distinge metoda propusă de alte metode cunoscute de restabilire a tractului intestinal după rezecția porțiunii terminale a ileonului. Metoda propusă e simplă și poate fi recomandată pentru utilizare largă în practica chirurgicală.