# Євтушенко Д.О.

# ДО ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ОЧЕРЕВИНИ У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

**Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1**

Спайкова хвороба очеревини залишається однією з складних та до кінця не вирішених проблем абдомінальної хірургії. Значущість її зростає у зв’язку з постійним ростом числа та об’єму операцій на органах черевної порожнини.

За даними літератури, в 55-70% пацієнтів, після абдомінального хірургічного втручання розвивається спайковий процес у черевній порожнині, що здатний призвести до такого грізного ускладнення, як гостра спайкова кишкова непрохідність (В.М. Тимербулатов и др., 2002; А.Г. Бебуришвили и др., 2007; D. Menzies et al., 2006). Післяопераційна летальність при несприятливому перебігу гострої спайкової кишкової непрохідності досягає 16-25% (А.С. Ермолов и др., 2005).

Важкі ускладнення, які можуть розвитися внаслідок утворення спайок, стали стимулом для великої кількості досліджень методів попередження їхнього виникнення. Профілактика спайкового процесу є важливим завданням практичної хірургії. Внаслідок розвитку нових технологій, в останні роки активно розробляються та впроваджуються у клінічну практику різноманітні бар’єрні протиспайкові засоби. Використання з профілактичною метою подібних методів є етіопатогенетично обумовленим. З одного боку, ці препарати розділяють ранові поверхні на час, потрібний для регенерації травмованої очеревини, запобігає їх консолідації, склеюванням фібріном та спайкоутворенням, з іншого боку, травмована очеревина вкривається захисним шаром, що сприяє її регенерації.

Для цього нами був розроблений спосіб відобмеження зони товстокишкого анастомозу після резекції товстої кишки з пухлиною (патент України № 59425). Після мобілізаціі сегменту товстої кишки з пухлиною. Сегмент товстої кишки з пухлиною видаляли. Упорну голівку циркулярного зшиваючого апарату відповідного розміру розміщіщували в проксимальному сегменті кишки. На проксимальну куксу анастомозованої кишки накладали кисетний шов. Пластину Тахо-Комб закріплювали на голівці апарата. Шов затягували. Дистальний кінець анастомозованої кишки прошивали. Зшиваючий апарат проводили через задній прохід до дистального сегменту кишки. Проколювали прошитий раніше дистальний сегмент кишки. Обидва сегмента кишки зводили до співставлення. Сегменти, між якими знаходиться пластина ТахоКомб, зшивали. Апарат видаляли з просвіту кишки. За зону анастомозу заводили трансанально зонд №30 з метою декомпресії кишки. Товстокишковий анастомоз екстраперитонізували. Завдяки розробленій методиці накладання анастомозу досягнуто підвищення механічної міцності, біологічної герметичності анастомозу та ізоляції зони анастомозу від парієнтального листка очеревини, що забезпечує зниження ризику розвитку спайок в черевній порожнині. Прооперовано 20 хворих з використанням розробленої нами методики накладання товстокишкового анастомозу в ДУ «ІЗНХ НАМНУ», за час спостереження не виявлено ускладнень в ранньому та віддаленому строках післяопераційного періоду.