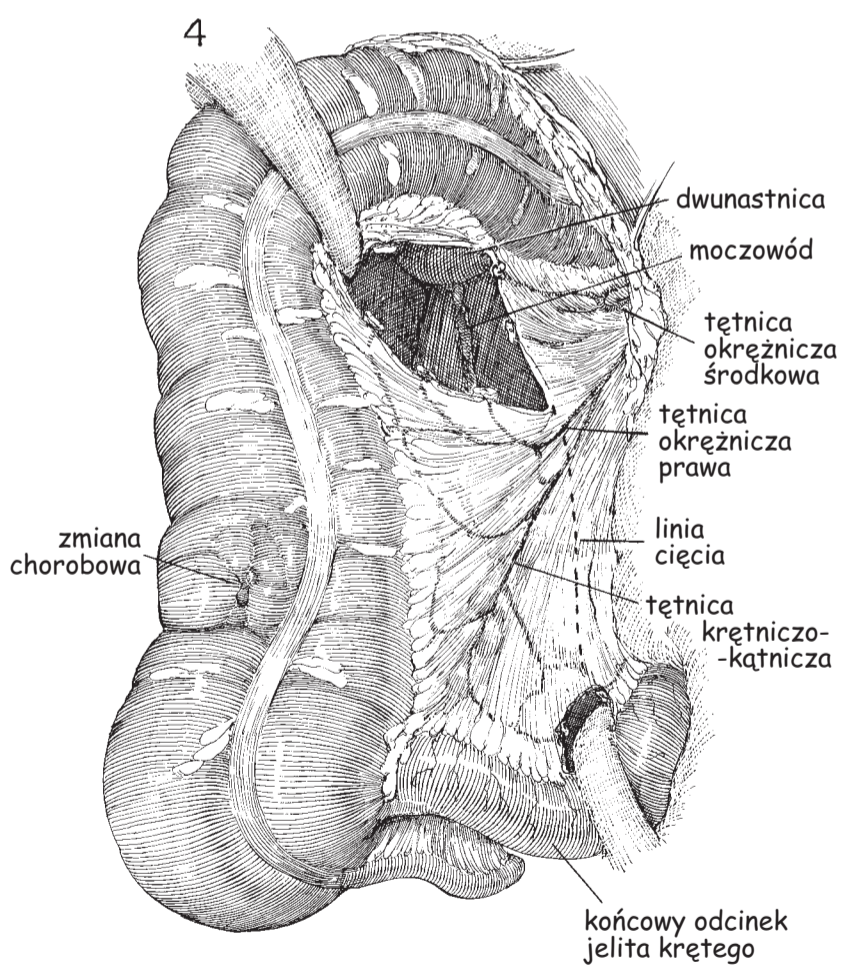
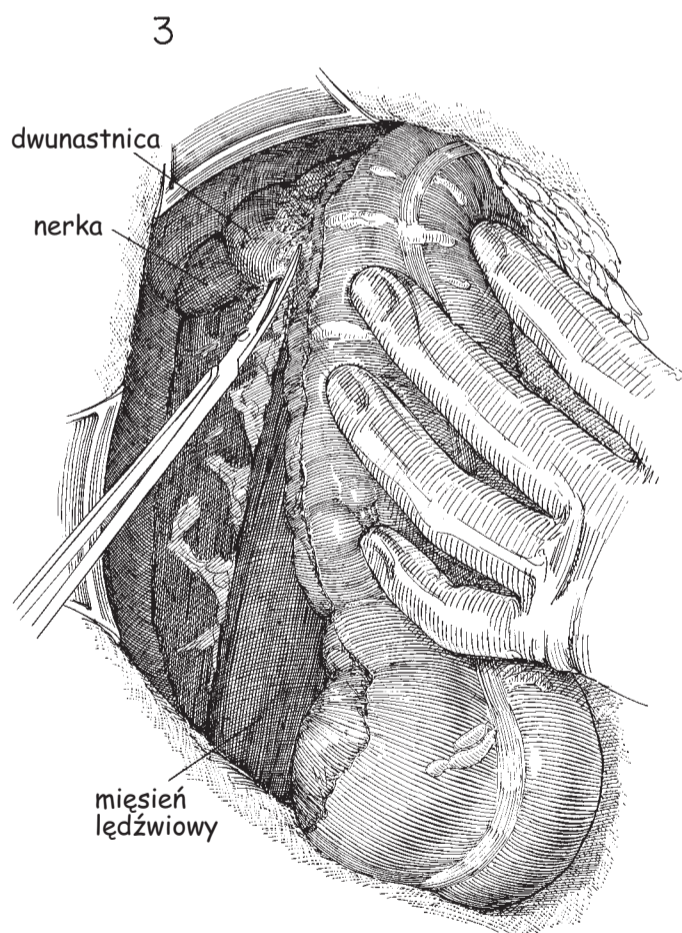
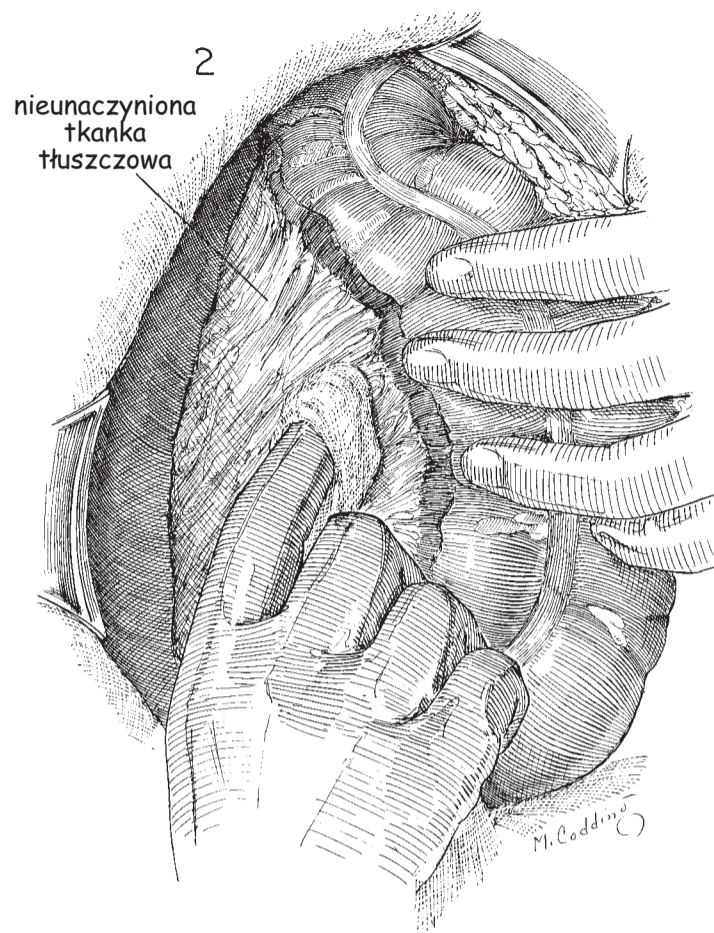
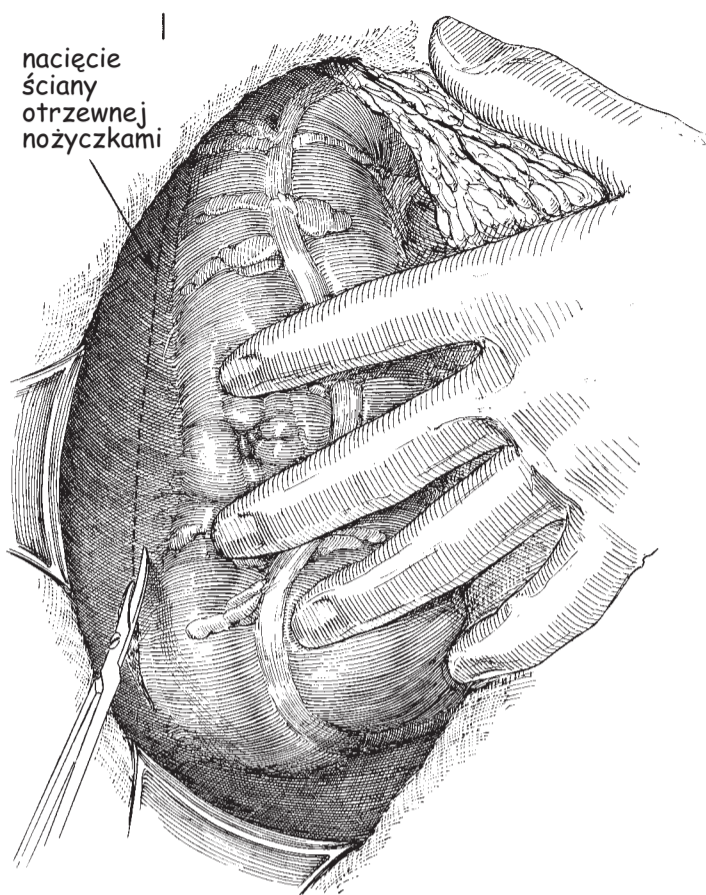


Tablica LX WYCIĘCIE PRAWEJ POŁOWY OKRĘŻNICY



Tablica LXI WYCIĘCIE PRAWYJ CZĘŚCI OKRĘŻNICY

WYKONANIE ZABIEGU (*ciąg dalszy*). Kikut okrężnicy zamyka się ciągłym szwem wchłanialnym z atraumatyczną igłą, luźno otaczając nim zacisk Pace-Potts lub inny miękki zacisk zamykający światło jelita (**ryc. 5**). Można także użyć pojedynczych szwów z jedwabiu 3/0, zakładając je poniżej zacisku, który należy następnie zdjąć. W przypadku użycia szwu ciągłego dociąga się go i zawiązuje. Pojedynczą warstwę szwów materacowych Halsteda z jedwabiu 3/0 zakłada się w odległości 2–3 cm od szwu pierwotnego, tak aby nie obejmowały one tkanki tłuszczowej. Po zawiązaniu wgłabiają one pierwsze piętro szwów i powodują, że powierzchnie surowicowe ścian jelita przylegają do siebie (**ryc. 6**). Przed zamknięciem kikuta okrężnicy chirurg musi zdecydować, jaki rodzaj zespolenia krętniczo-okrężniczego zostanie wykonany: koniec do końca, koniec do boku, bok do końca, czy też bok do boku (**ryc. 14, 16, 17 i 18**).

Zespolenie sposobem koniec do boku jest fizjologiczne, bezpieczne i łatwe do wykonania. Zamknięte zaciskiem jelito cienkie przemieszcza się ku górze, tak aby jego przekrój przylegał do przedniej taśmy poprzecznicznej (**ryc. 7**). Przed wykonaniem zespolenia należy się upewnić, że jelito cienkie jest prawidłowo ukrwione. Jeżeli jego kolor sugeruje, że ukrwienie mogłoby być niedostateczne, chirurg nie powinien się wahać przed wycięciem dodatkowego fragmentu jelita takiej długości, aby ukrwienie pozostawionego odcinka nie budziło wątpliwości. Następnie, o ile nie została wcześniej usunięta, pociąga się ku górze sieć większą, a uwidocznioną w ten sposób taśmę przednią poprzecznicznej chwyta się kleszczykami Babcocka w miejscu wybranym do zespolenia (**ryc. 7**). Brzeg krezki jelita cienkiego należy zbliżyć do krezki jelita grubego, aby nie powstały wrota przepukliny wewnętrznej, przez które jelito cienkie mogłoby się przemieścić pod zespoleniem w kierunku prawej rynny (**ryc. 14**). Otwór ten powinien być zamknięty przed wytworzeniem zespolenia, ponieważ może się zdarzyć, że uszkodzenie szwem naczyń krezki pogarsza ukrwienie i zagraża żywotności zespolenia. Niewielki fragment ściany poprzecznicznej chwyta się małym twardym zaciskiem w obrębie jej przedniej taśmy (**ryc. 8**). Następnie zacisk ten oraz zacisk zamykający jelito kręte układa się tak, aby warstwą pojedynczych szwów surowicówkowych 3/0 można było do ściany poprzecznicznej doszyć jelito kręte (**ryc. 9**). Dwa skrajne szwy pozostawia się nieodcięte i wykorzystuje jako szwy kierunkowe (**ryc. 9**). Jelito grube otwiera się odcinając fragment jego ściany wystający ponad branszami zacisku napiętego na taśmę przedniej (**ryc. 10**). Miękkie klemy jelitowe zakłada się poniżej miejsca zespolenia. Usuwa się twarde zaciski i rozdzielając zmiażdżone brzegi otwiera się światło jelita cienkiego i poprzecznicznej. Czasem potrzebne jest poszerzenie otworu w błonie śluzowej jelita grubego, ponieważ pierwotne wycięcie jego ściany napiętej twardym zaciskiem może nie zapewniać wystarczająco szerokiego zespolenia. Błony śluzowe obu jelit zbliża się do siebie ciągłym, niewchłanialnym szwem z dwoma atraumatycznymi igłami, rozpoczynając szycie od środka tylnej ściany zespolenia. Wykorzystując obie igły (szew A i B), prowadzi się wokół kątów zespolenia i następnie wzdłuż jego przedniej ściany ciągły, wgłabiający szew, zakładany według techniki Connella, który zapewnia dobre wywiniecie śluzówki jelita (**ryc. 11 i 12**). Niektórzy chirurdzy do zeszcicia błony śluzowej wybie-

rają jedwabne szwy pojedyncze 3/0. Warstwa szwów materacowych założonych wzdłuż przedniej ściany kończy zespolenie. Można dodatkowo założyć kilka szwów materacowych w celu wzmocnienia jego kątów (**ryc. 13**). Należy skontrolować drożność zespolenia. Jego szerokość powinna pozwolić na wprowadzenie palca wskazującego. Odśloniętą powierzchnię mięśnia biodrowo-lędźwiowego można pokryć, zbliżając do siebie szwami brzeg otrzewnej ściennej i krezkę jelita, jeśli nie spowoduje to zbyt dużego napięcia tkanek.

Inną metodą postępowania jest proste zespolenie sposobem koniec do końca (**ryc. 15 i 16**). Różnice szerokości przekroju poprzecznicznej i jelita cienkiego można bezpiecznie wyrównać stosując odpowiednią technikę zespolenia. Poszerzenie światła jelita cienkiego można uzyskać przez skośne odcięcie jego końca. Wykonując zespolenie, ścianę jelita krętego chwyta się nieco mniejszymi skokami igły niż ścianę poprzecznicznej, co pozwala wyrównać przekroje zespolonych jelit. Końcową czynnością jest dokładne zbliżenie obu brzegów krezki. Ściskając zespolenie pomiędzy palcami sprawdza się jego drożność.

Jeżeli chirurg wybiera zespolenie sposobem bok do końca, to kikut jelita cienkiego zamyka się podobnie jak opisano to wcześniej dla jelita grubego. Następnie należy jelito cienkie zbliżyć bokiem do otwartego przekroju poprzecznicznej (**ryc. 17**); zakłada się szwy surowicówkowe na tylną ścianę zespolenia, po czym otwiera się światło jelita cienkiego; ciągłym szwem wgłabiającym zeszywa się błonę śluzową, a następnie na przednią ścianę zespolenia zakłada się pojedyncze szwy niewchłanialne 3/0 z jedwabiu lub syntetyczne. Wykonując zespolenie tym sposobem należy zwrócić uwagę, aby poza linią szwów znajdował się możliwie krótki odcinek jelita krętego, ponieważ powstaje w ten sposób ustawiony izoperystaltycznie ślepy uchyłek, przez co wraz z powrotem perystaltyki wzrasta zagrożenie nieszczelności szwu w jego dniu.

Czwarta metoda polega na zamknięciu końców obu jelit i zespoleniu ich ze sobą bokami. Odcinek jelita cienkiego znajdujący się poza zespoleniem powinien być jak najkrótszy. Jelito cienkie powinno być doszyte do poprzecznicznej pojedynczymi, niewchłanialnymi szwami syntetycznymi lub z jedwabiu, którymi należy objąć oba bieguny zespolenia oraz umocować ślepy kikut jelita cienkiego (**ryc. 18**). Zastosowanie staplerów w każdej z przedstawionych metod opisano wcześniej na tablicach omawiających wykorzystanie szwu mechanicznego do zespolenia jelita cienkiego.

ZAMKNIĘCIE POWŁOK. Pozostawianie drenów nie jest konieczne, jeśli nie doszło do istotnego skażenia pola operacyjnego. Miejsce zespolenia przykrywa się siecią większą. Powłoki brzucha zszywa się w sposób typowy, ranę należy zakryć jałowym opatrunkiem.

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE. Choremu należy zapewnić wygodne ułożenie. Biegunka lub zbyt częste wypróżnienia mogą być skutecznie kontrolowane lekami i dietą. We wczesnym okresie pooperacyjnym należy kontynuować podawanie steroidów, zwłaszcza w przypadku chorych z odcinkowym zapaleniem jelita krętego.

Tablica LXI WYCIĘCIE PRAWEJ CZĘŚCI OKRĘŻNICY

