

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЛЕОКОЛОПЛАСТИКИ

Кандидат медицинских наук *В. М. Величенко*

Из госпитальной хирургической клиники (зав. — проф. И. Б. Олешкевич)
Витебского медицинского института

В последнее время появилось большое количество работ, посвященных «илеоколаректопластике». Это обстоятельство свидетельствует о возросшей активности хирургов, о широком диапазоне радикальных и восстановительных оперативных вмешательств на толстом кишечнике и прямой кишке. Энтероластика все более прочно входит в число необходимых конструктивных операций.

Многие авторы применяют как синоним операции Николадони термин «илеоколаректопластика». Такое определение не только не точно, но оно приводит к путанице в понимании вопроса. Николадони (Nicola-doni), предлагая свою операцию, имел в виду замену участка толстой кишки илеотрансплантатом. Эту операцию следует называть илеоколопластикой, а говоря точнее, илеотрансверзопластикой и илеосигмопластикой. Вставка илеотрансплантата между оставшейся частью нисходящей и прямой кишок никак не может называться ректопластикой. Что касается термина «илеоколаректопластика», то им обоснованно можно пользоваться только в тех случаях, когда илеотрансплантат применяют для замены одновременно удаляемых сигмовидной и прямой кишок.

Энтероластика, предложенная Николадони в 1887 г., была апробирована на животных в 1890—1903 гг. [Креспи (Crespi), Михели и Санти (Micheli и Santì), Руо и Бономо (Ruo и Bonomo), Брунд (Brund)]. Результаты первых экспериментов оказались неутешительными: из 42 оперированных собак выжило только 5. Поэтому надо поистине поражаться смелости Рейхеля (Reichel), который в 1909 г. рискнул произвести илеоколопластику у больного и получил хороший исход. По-видимому, благоприятный результат первой илеоколопластики позволил в последующие годы применять эту операцию у больных. Илеоректопластика была выполнена Димитриу (Dimitriu, 1927), Брандтом (Brandt, 1937), Ниссенom (Nissen, 1955), Мандаке, Продеску, Константинеску (1960).

В настоящей работе мы подвергли анализу 58 клинических наблюдений, известных нам из литературы, и 6 собственных наблюдений. Кроме того, нами рассматриваются результаты экспериментальных исследований, полученные 15 авторами в опытах на 161 животном, а также анализируются материалы собственных исследований на 62 животных.

Опыты производили на собаках (цифровые материалы представлены в табл. 1).

Развитие проблемы илеоколопластики в эксперименте шло в основном в трех направлениях: разрабатывалась методика операции, изучались морфологические изменения, а также некоторые физиологические особенности трансплантата.

Методике операции уделяли большое внимание многие авторы [Креспи, Горшли (Horslev), Штэн (Sten), Радице (Radige), Кок и Гарвель (Kok и Hargrevel), Греко (Greco) и др.], но их исследования оказались малоубедительными и не могли быть эффективно использованы в клинике. Лишь в 1943 г. Б. А. Алекторов внес некоторую ясность в этот важный вопрос.

Предшественники Б. А. Алекторова всячески совершенствовали методику анастомоза конец толстой кишки в конец илеотрансплантата. Несоответствие диаметров кишечных концов и трудности создания герметичности вызывали различного рода осложнения и неудачи. Предложенные инвагинационные анастомозы часто приводили к стриктурам. Попытка создать анастомоз конец в конец путем усечения кишки, принятая К. Я. Чупраковой, нам кажется не совсем удачной.

Б. А. Алекторов доказал в эксперименте, а затем в клинике преимущество боковых анастомозов. Но им не были решены важные вопросы о преимуществе одномоментных и двухмоментных операций, о последовательности и методике наложения верхнего и нижнего анастомозов.

В течение 1954—1955 гг. на 12 собаках нами установлено, что илеоколопластику в два этапа животные переносят легко, а при одномоментных операциях наблюдаются летальные исходы, поэтому была

Таблица 1

Экспериментальные исследования по энтероколопластике

№ п/п	Авторы и год выполнения операции	Цель экспериментов	Количество подопытных собак	Из них	
				выжило	погибло
1	Креспи (Crespi, 1890)	Изучение методики операции	4	1	3
2	Михели и Санти (Micheli и Santi, 1891)	То же	12	1	11
3	Руо и Бономо (Ruо и Bonomo, 1896)	» »	5	2	3
4	Брунд (Brund, 1903)	» »	21	1	20
5	Горшли (Horslev 1913)	» »	9	6	3
6	Штэн (Sten, 1929)	» »	19	7	12
7	Габерлянд (Haberland, 1930—1937)	Изучение резорбционной способности и морфологических изменений	5	Нет данных	
8	Радице (Radige, 1932)	Изучение методики операции	12	4	8
9	Кок и Гарвель (Kok и Hargveld, 1932)	То же	5	—	5
10	Греко (Gresco, 1936)	» »	5	—	5
11	И. Л. Синдерович (1938)	Изучение морфологических изменений	15	Нет данных	
12	Г. С. Левин (1939)	То же	24	18	6
13	Б. А. Алекторов (1943)	Изучение кровоснабжения и методики операции	16	6	10
14	Е. Н. Чупракова (1956)	Изучение методики илеотрансверзопластики	6	6	—
15	Г. Л. Александрович и Г. Ф. Хвостиков (1957)	Изучение методики операции и морфологических изменений	3	3	—
Итого . . .			161	55	86 (53,2%)
Наши данные (1954—1959)			62	40	22
Всего . . .			223	95	108

высказана точка зрения в пользу двухэтапных операций. При изучении последовательности и методики наложения верхнего и нижнего анастомозов мы убедились, что на первом этапе целесообразнее накладывать анастомоз бок в бок между трансплантатом и прямой кишкой. На втором этапе лучшие результаты получены при накладывании анастомозов между косо срезанным концом толстой кишки в бок илеотрансплантата; мы категорически против бокового соустья между толстой кишкой и трансплантатом. Непрерывность тонкой кишки всегда восстанавливалась боковым анастомозом, так как диаметр тонких кишок у собак мал и накладывание анастомозов конец в конец опасно из-за возможного сужения.

Данные экспериментальной работы, проведенной в последующие 1956—1959 гг. на 50 собаках, позволяют нам высказать ряд новых положений. В этом отношении несомненный интерес представляет рассмотрение причин летальности подопытных животных. Общая летальность животных, по сводным данным (см. табл. 1), достигает 53,2%. Данные о причинах летальных исходов в наших опытах приведены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты наших экспериментальных исследований

Название операции	Операция двухмоментная			Операция одномоментная				Причины летальности			
	всего животных	выжило	погибло	всего животных	выжило	погибло	шок	перитонит	кровотечение	передозировка эфира	другие
Илеоколопластика (без свищей)	27	20	7	6	4	2	1	6	—	—	2
Илеоколопластика (с кишечными свищами)	29	16	13	—	—	—	—	8	2	2	1
Итого	56	36	20	6	4	2	1	14	2	2	3

При обычной илеоколопластике летальность невелика: из 33 оперированных нами животных погибло девять. Большое количество летальных исходов наблюдалось среди собак, у которых илеоколопластика сопровождалась накладыванием кишечных свищей: из 29 собак погибло 13. Причиной гибели 14 животных из 22 был послеоперационный перитонит, вызванный в одном случае недостаточностью швов верхнего анастомоза, наложенного бок в бок между толстой кишкой и трансплантатом; в 4 случаях — недостаточностью швов нижнего анастомоза между прямой кишкой и трансплантатом, наложенного бок в бок; в 5 случаях — недостаточностью швов бокового соустья подвздошной кишки. Таким образом, изучение причин летальных исходов убедительно показывает неполноценность боковых соустьев. Анастомоз, наложенный по типу конец толстой кишки в бок илеотрансплантата, во всех случаях оказался прочным (недостаточности швов не наблюдалось).

У 2 собак мы на первом этапе илеоколопластики выделили илеотрансплантат, восстановили непрерывность тонкой кишки, наложили боковой анастомоз между нижним концом трансплантата и прямой кишкой, а верхний конец сигмовидной кишки через параректальный разрез вывели на переднюю брюшную стенку для образования свища. При этом уже во время операции сигмовидная кишка переполнялась кровью, сильно кровоточила у анастомоза при малейшей травмагизации ее стенки. Обе собаки погибли от кровотечения. Эти наблюдения подтвердили правильность выводов Б. А. Алекторова о плохом венозном оттоке из нижнего отдела толстой и прямой кишок. Для предупреждения такого положения у 8 собак при выполнении илеоколопластики и накладывании кишечных свищей мы поступили следующим образом. На первом этапе операции выделяли трансплантат, восстанавливали непрерывность тонкой кишки и накладывали нижний анастомоз между прямой кишкой и трансплантатом. Только на втором этапе пересекали толстую кишку и накладывали анастомоз между нисходящей кишкой и

трансплантатом, верхний конец сигмовидной кишки выводили на переднюю брюшную стенку. Кровотечения при этом не возникало, так как венозный отток происходил через дополнительную кровеносную сеть в месте анастомоза прямой кишки с трансплантатом.

Наблюдавшиеся некоторыми авторами единичные хорошие исходы у животных при одномоментной илеоколопластике заставили нас продолжить исследования в этом направлении. Мы установили, что собаки переносят одномоментную илеоколопластику и анастомозы оказываются достаточно прочными в том случае, если левую половину толстой кишки резецируют широко и нижний анастомоз накладывают с небольшим отрезком прямой кишки. При этом оба анастомоза (нижний и верхний) накладывают по типу конец толстой кишки в бок илеотрансплантата. Четыре собаки, оперированные таким образом, вмешательство перенесли хорошо.

Длина илеотрансплантата достигала 20—40 см при одной — двух питающих артериях в брыжеечной ножке, что всецело зависело от размеров илеотрансплантата. Мы не наблюдали каких-либо осложнений при использовании длинных трансплантатов, а также трансплантатов с васкуляризацией одной артерией.

И. Л. Сендерович (1938), Г. С. Левин (1939), Г. Л. Александрович и Г. Ф. Хвостиков (1955—1957) установили в своих исследованиях, что морфологическая перестройка слизистой илеотрансплантата приближает ее строение к толстой кишке.

Наши опыты подтверждают эти наблюдения. Изучая морфологические изменения, наступающие в интрамуральной нервной системе илеотрансплантата, использованного для замены сигмовидной кишки, мы в первые недели после операции обнаружили бурный рост нервных волокон в зоне анастомозов и увеличение толщины волокон ауэрбаховского и мейснеровского сплетений. В ранние сроки после операции в отдельных случаях наблюдались шары роста.

Габерлянд (Haberland, 1930—1937) установил хорошую резорбционную способность энтеротрансплантата, использованного для замены сигмовидной кишки; путем рентгенологических исследований он обнаружил хорошую эвакуаторную способность трансплантата.

В исследованиях, произведенных нами на 16 собаках с кишечными свищами после илеоколопластики, найдены ясно выраженные функциональные изменения в илеотрансплантате. Моторика трансплантата постепенно изменяется и через 10—15 месяцев почти ничем не отличается от движений сигмовидной кишки. Мы изучали также рефлекторные связи трансплантата с подвздошной и сигмовидной кишками, с желудком и выявили четкую интероцептивную связь между этими отделами пищеварительной системы.

Рентгенологические исследования у 12 животных позволили установить хорошую моторную и эвакуаторную функции илеотрансплантата.

Таким образом, экспериментальные исследования показали, что илеоколопластика технически легко выполнима одномоментно и двучаственно. При этом анастомозы необходимо накладывать по типу конец толстой (прямой) кишки в бок илеотрансплантата. Боковое соустье допустимо лишь между прямой кишкой и трансплантатом и должно накладываться обязательно в течение первого этапа операции.

Подтвердилась также постепенная функциональная и морфологическая перестройка илеотрансплантата в сторону приближения его к замещаемому органу — сигмовидной кишке.

В табл. 3 представлены данные о 57 операциях илеоколопластики и 7 операциях илеоректопластики.

Поиски новых путей в лечении больных, потребность в восстановительных операциях привели к применению илеоколопластики в клинике, несмотря на отсутствие экспериментальных обоснований. Не случайно поэтому первые операции энтеропластики давали большое коли-

Клинические наблюдения по илеоколопластике и илеоректопластике

№ п/п	Авторы и год выполнения операции	Количество оперированных больных	Из них		Примечание
			выздоровело	умерло	
1	Рейхель (Reichel, 1909)	1	1	—	
2	Вигноло (Vignolo, 1910)	1	—	1	
3	Фальтин (Faltin, 1910)	1	1	—	
4	Фенвик (Fenwick, 1911)	1	1	—	
5	Финстерер (Finsterer, 1917—1950)	7	7	—	
6	Михейда (Michelda, 1922)	1	1	—	
7	Поше (Pauchet, 1926)	1	1	—	
8	Димитриу (Dimitriu, 1927)	1	—	1	Илеоректопластика
9	Стон (Stone, 1928)	1	1	—	
10	А. В. Мельников (1929)	1	1	—	Операция не окончена
11	Кеню (Qeenu, 1931)	1	1	—	
12	Е. А. Шефтер (1933)	1	—	1	
13	Окинчиц (Okinczyc, 1934—1935)	2	2	—	
14	Нордман (Nordman, 1936)	1	1	—	
15	С. С. Юдин (1936)	1	—	1	
16	Брандт (Brandt, 1937)	1	1	—	Илеоректопластика
17	Мост (Most, 1938)	1	1	—	
18	Зюсман (Sussman, 1938)	2	2	—	
19	Пикот (Picot, 1939)	1	1	—	
20	Б. А. Алекторов (1943)	1	1	—	
21	Рудлер (Rudler, 1944)	1	1	—	
22	М. К. Чачава (1945)	1	1	—	
23	Каррио-Мартуа (Garrillo-Maurthua, 1949)	4	4	—	
24	Денк (Denk, 1950)	2	2	—	
25	Мерль (Mori, 1951)	2	2	—	
26	Метц (Maatz, 1954)	5	4	1	
27	Г. А. Сардак (1955)	1	1	—	
28	Г. Л. Александрович и Г. Ф. Хвостиков (1955—1957)	3	2	1	
29	Ниссен (Nissen, 1955)	1	1	—	Илеоректопластика
30	Н. П. Шостя и Б. Е. Стрельников (1956)	1	1	—	
31	Д. Г. Мамавашишвили (1956)	1	1	—	
32	А. К. Эристави (1957)	1	1	—	
33	Ю. Т. Коморовский (1957)	1	1	—	
34	П. А. Карташов (1957)	1	1	—	
35	Мейер (Meier, 1957)	3	3	—	
36	Ф. Мандаке, В. Продеску, С. Константи-неску (1960)	2	Илеоректопластика, исход не известен		
Итого		58	50	6	
Наши наблюдения (1955—1959)		6	5	1	4 илеоколо-пластики и 2 илеоректо-пластики
Всего		64	55	7	

чество осложнений, летальных исходов, а в отдельных случаях не были закончены. Это обстоятельство, по-видимому, породило сомнения в ценности данной конструктивной операции, она применялась лишь в единичных случаях. Только в последние годы илеоколопластика получила

сравнительно широкое распространение: из 17 илеоколопластик, выполненных в Советском Союзе начиная с 1929 г., 12 операций произведены в течение 1955—1959 гг.

На протяжении 50 лет в клинике решались следующие вопросы, касающиеся илеоколопластики: 1) показания к операции, 2) этапность операции, 3) виды анастомозов между толстой кишкой и илеотрансплантатом, 4) ликвидация противоестественного заднепроходного отверстия.

Из 57 больных, подвергнутых операции илеоколопластики, рак сигмовидной кишки был у 20 больных, заворот и гангрена кишечника — у 16, воспалительные заболевания кишечника — у 7, травма толстого кишечника — у 6, полипоз толстого кишечника — у 3, дивертикулы сигмовидной кишки — у 3, желудочно-ободочная фистула — у одного больного, заболевание не было выяснено также у одного больного.

Чаше всего илеоколопластику производили после обширных резекций сигмовидной кишки по поводу рака или гангрены сигмовидной кишки на почве заворота. Как известно, при гангрене, а также при раке сигмовидной кишки, осложненном кишечной непроходимостью, неизбежны расширенные резекции кишечника; в большинстве случаев одновременное восстановление непрерывности кишки путем анастомоза невозможно или весьма рискованно. В этих случаях ушивают прямую кишку, а нисходящую или поперечноободочную кишку выводят на переднюю брюшную стенку в виде временного противоестественного заднепроходного отверстия. В последующем при больших дефектах кишки с успехом применяют илеоколопластику, которая особенно показана при короткой культе прямой кишки. Язвенные стенозирующие колиты, дивертикулиты, полипоз толстой кишки вынуждают хирурга производить весьма большие операции на толстом кишечнике с наложением противоестественного заднего прохода. У больных этой группы в последующем применяли илеоколопластику.

Следовательно, илеоколопластика показана при обширных резекциях сигмовидной и частично прямой кишок, при раке, гангрене, полипозе, язвенном стенозе, реже при травмах, иногда при смежных заболеваниях, когда сигмовидная кишка поражена вторично. Что касается илеотрансверзопластики, то такая операция была произведена лишь один раз Финстерером (Finsterer, 1950) при желудочноободочной фистуле.

Не менее существен вопрос этапности операции. Речь идет главным образом о преимуществе одно- и двухмоментной илеоколопластики (многомоментные операции оставлены всеми и в них нет никакой надобности).

Под впечатлением работ Кеню (Quenu, 1931), Окинчица (Okinzyc, 1934—1935), Нордмана (Nordman, 1936) и особенно работы Б. А. Алекторова мы считали, что илеоколопластику следует выполнять только двухмоментно. Однако успешно произведенные операции у больных Г. Л. Александровичем и Г. Ф. Хвостиковым, Н. П. Шостя и Б. Е. Стрельниковым, А. К. Эристави, П. А. Карташовым, а также собственные экспериментальные исследования заставили нас несколько изменить прежнюю точку зрения. Мы категорически против илеоколопластики, выполняемой одновременно с радикальной или расширенной операцией, как это сделали И. П. Шостя и Б. Е. Стрельников, а вслед за ними П. А. Карташов. Подобные вмешательства весьма рискованны. Одномоментная илеоколопластика не показана при обширных травмах кишечника, сопровождающихся тяжелым шоком. Однако одномоментная илеоколопластика, выполняемая спустя 1—2 месяца после основной операции по поводу рака или гангрены сигмовидной кишки, вполне возможна.

Илеоколопластику в два этапа следует производить в случаях, когда оставшаяся часть прямой кишки мала и анастомоз накладывают в трудных условиях (именно этот анастомоз накладывают на первом

этапе). В течение последующего второго этапа, выполняемого очень легко (под местной анестезией), ликвидируют противоестественное заднепроходное отверстие и накладывают анастомоз конец толстой кишки в бок илеотрансплантата.

Очень важен вопрос об анастомозах.

Инвагинация нижнего конца илеотрансплантата в культю прямой кишки во многих случаях приводит к сужению. Порочность указанного анастомоза доказана на опыте зарубежных авторов [Рейхель, Вигноло (Vignolo), Фальтин (Faltin), Мортюа, Метц (Maatz) и др.]. Порочным является также анастомоз по типу конец в конец между трансплантатом и толстой кишкой. Это подтвердил в своих экспериментальных исследованиях Б. А. Алекторов, Поше (Pauschet), Кеню, Рудлер (Rudler) и др. Поэтому совсем непонятна тактика П. А. Карташева, который применил в 1957 г. этот вид анастомоза и наложил к тому же четырехрядные швы. Вряд ли в этом случае можно избежать стриктуры анастомозов.

Наш опыт показывает, что между прямой кишкой и трансплантатом следует накладывать анастомоз по типу конец в бок. Так же следует накладывать и верхний анастомоз, т. е. конец толстой кишки в бок илеотрансплантата. Боковое соустье между толстой кишкой и трансплантатом дискредитировало себя [наблюдения Мерля (Mörl) и наши экспериментальные исследования]. Риск операции при этом мало уменьшается, если сохраняется противоестественное заднепроходное отверстие [наблюдения Мерля, Моста (Most), Мейера (Meier) и др.]. Одновременная ликвидация противоестественного заднепроходного отверстия и наложение верхнего анастомоза конец толстой кишки в бок илеотрансплантата осуществляются просто и не дают никаких осложнений. Такая тактика себя полностью оправдала у 3 оперированных нами больных.

Все наши больные имели противоестественное заднепроходное отверстие, образованное после обширной резекции гангренизированной сигмовидной кишки на почве заворота. Илеоколопластика им произведена в два этапа: на первом этапе образован илеотрансплантат из подвздошной кишки, восстановлена непрерывность тонкой кишки боковым соустьем и наложен анастомоз (конец прямой кишки в бок илеотрансплантата). На втором этапе ликвидирован противоестественный задний проход и наложен верхний анастомоз (конец толстой кишки в бок илеотрансплантата).

Операции выполнены в 1955—1959 гг. Послеоперационный период протекал без осложнений. У всех 3 больных, несмотря на преклонный возраст (60—70 лет), двухэтапная илеоколопластика привела к хорошим непосредственным результатам. Ликвидация противоестественного заднего прохода с одновременным анастомозом конец толстой кишки в бок илеотрансплантата (на втором этапе) оказалась успешной.

Клиническое обследование больных через 9 месяцев, 2½ и 4 года после илеоколопластики показало хорошее их состояние и нормальную функцию кишечника.

Мы считаем, что илеоколопластика не является тяжелой операцией, ее в состоянии перенести даже ослабленные больные. Однако, если оставшаяся у больного часть тонкого кишечника мала, илеоколопластика не показана, так как она приведет к еще большему укорочению тонкого кишечника, ухудшению пищеварения, к алиментарной дистрофии и смерти. В этом нас убедил печальный исход операции у четвертого нашего больного. Этот больной оперирован в 1955 г. по поводу узлообразования. Во время операции удалили гангренизовавшиеся сигмовидную кишку и 4 м тонких кишок, ушили прямую кишку, а проксимальный конец толстой кишки вывели на переднюю поверхность брюшной стенки в виде противоестественного заднепроходного отверстия. Илеоколопластику больной перенес сравнительно легко, но погиб через 64 дня от алиментарной дистрофии, несмотря на самые энергичные лечебные мероприятия.

Выводы

1. Экспериментальные исследования, произведенные на собаках, показали функциональную и морфологическую перестройку илеотрансплантата в сторону замещаемого органа — толстой (сигмовидной) кишки.

2. Показанием для илеоколопластики является необходимость ликвидации противоестественного заднепроходного отверстия у больных после обширных резекций левой половины толстого кишечника по поводу рака, полипоза и гангрены кишки на почве заворота.

3. Илеоколопластику, как правило, следует выполнять в два этапа, при этом на первом этапе накладывают нижний анастомоз между прямой кишкой и трансплантатом, а на втором этапе — верхний анастомоз между толстой кишкой и трансплантатом. Оба анастомоза накладывают по типу конец толстой кишки в бок илеотрансплантата. Противоестественный задний проход следует ликвидировать во время второго этапа илеоколопластики.

4. Непосредственные и отдаленные результаты илеоколопластики (при достаточной длине и полноценной функции оставшегося тонкого кишечника) хорошие.

ЛИТЕРАТУРА

Александрович Г. Л., Хвостиков Г. Ф. Нов. хир. арх., 1959, № 5, стр. 89.—Алекторов Б. А. Вести. хир., 1943, т. 63, № 5—6, стр. 61.—Он же. Техника илеоколопластики (анатомо-экспериментальное исследование). Дисс. канд. Л., 1947.—Величенко В. М. Хирургия, 1955, № 7, стр. 63.—Он же. Илеоколопластика в клинике и в эксперименте. Дисс. канд. Витебск, 1956.—Он же. В кн.: Сборник научных работ Витебск. мед. ин-та, 1957, в. 7, стр. 212.—Он же. Хирургия, 1959, № 8, стр. 58.—Он же. Там же, 1960, № 2, стр. 53.—Карташов П. А. Там же, 1957, прилож., стр. 46.—Коморовский Ю. Т. Там же, 1959, № 8, стр. 54.—Левин Г. С. О процессе перестройки слизистой оболочки тонкой кишки при операции Николадоны (пересадка тонкой кишки в дефект толстой). Дисс. Минск, 1939.—Маматавришвили Д. Г. Хирургия, 1956, № 7, стр. 64.—Мандаке Ф., Продеску В., Константинеску С. Хирургия, 1960, № 2, стр. 49.—Мельников А. В. Клиника и профилактика свищей желудка и кишечника у раненных в брюшную полость. Л., 1947.—Сардак Г. А. Нов. хир. арх., 1956, № 5, стр. 69.—Чачава М. К. Хирургия, 1948, № 11, стр. 70.—Чупракова К. Я. Там же, 1956, № 6, стр. 58.—Шостя Н. П., Стрельников Б. Е. Там же, 1959, № 3, стр. 121.—Эристави А. К. Труды Тбилисс. мед. ин-та, 1957, т. 14, стр. 103.—Carrillo Maurtua L., J. Chir. (Paris), 1949, v. 65, p. 520, p. 535.—Denk B., Wien. klin. Wschr., 1950, Bd. 62, S. 142.—Finsterer H., Ibid., S. 142.—Idem, Ibid., 1953, Bd. 65, S. 985.—Maatz R., Chirurg, 1954, Bd. 25, S. 313.—Meier A., Helv. chir. Acta, 1957, v. 24, p. 489.—Möri F., Brun's Beitr. klin. Chir., 1951, Bd. 183, S. 308.—Nissen R., Chirurg, 1955, Bd. 26, S. 378.—Rudler J., Mem. Acad. chir., 1945, v. 71, p. 124.

CERTAIN FUNDAMENTAL PROBLEMS OF ILEOCOLOPEASTY

V. M. Velichenko

Subject to analysis were 64 clinical observations and the results of experimental investigations staged on 213 animals. The author also sets forth personal observations. 4 ileocoloplasties and 2 ileopectoplasties, as well as investigations conducted on 62 dogs. The experimental investigations testify to the good functional and morphological reorganization of the ileotransplant. The main indications to ileocoloplasty are difficulties associated with the closure of the unnatural anus after extensive resections of the large intestine for cancer, polyposis and volvulus. The author recommends to place both anastomoses (large intestine or rectum) end-to-side. The author prefers the two-stage ileocoloplasty with obligatory placing of ileopectoanastomosis during the first stage of the operation.