

в бок». При ручных анастомозах использовалась рассасывающая нить 3/0, 2-рядными узловыми швами по Матешуку. Ручной анастомоз наложен 81 больному, 11 пациентам анастомозы выполнены при помощи сшивающих аппаратов (у 2 больных аппаратом АКА-2, у 12 больных — аппаратом фирмы «Ethicon Endo-Surgery»). У 15 больных операция проведена из локального доступа.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов. Во всех случаях послеоперационный перитонит развился вследствие перфорации десерозированных участков тонкой кишки, в одном случае приведшее к летальному исходу. Функциональные результаты у всех больных, перенесших восстановительные вмешательства, были удовлетворительными, достигнута социальная и трудовая реабилитация.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реконструктивно-восстановительные операции относятся к разряду операций высшей категории сложности и должны выполняться в специализированном отделении, что позволяет достигнуть хороших результатов. Данная проблема требует дальнейшего всестороннего изучения.

**И.Г. Мугатасимов**

### ОДНОРЯДНЫЙ ШОВ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» (Новокузнецк)  
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» (Новокузнецк)*

#### АКТУАЛЬНОСТЬ

Формирование кишечных анастомозов в условиях воспаления брюшины и имеющейся ишемии сопровождается реальной угрозой возникновения их несостоятельности. Проведенные исследования в зарубежной литературе не выявили преимуществ двухрядного анастомоза перед однорядным. В России данная методика не получила большого распространения, при этом дополнительно проводится укрепление линии шва клеевыми композициями, коллагеновыми пленками, сальником, жировыми подвесками. Убедительных данных об эффективности этих мероприятий нет. Поэтому использование однорядного шва в абдоминальной неотложной хирургии является актуальной, нерешенной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

**Цель** — оценить непосредственные результаты применения однорядного шва при формировании кишечных анастомозов в неотложной хирургии.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 56 больных, оперированных в неотложном порядке. Больные от 20 до 86 лет, средний возраст 57,8 лет, мужчин 32 (57,1 %), женщин 24 (42,9 %). Распространенный перитонит был у 12 (21,4 %) больных (МРІ 5-41, среднее значение 16,6). По ASA риск III был у 35 (62,5 %), риск IV у 21 (37,5 %) больных. Нозология: язвенное желудочное кровотечение — 9, язвенный стеноз — 7, перфоративная гастродуоденальная язва — 5, опухолевый стеноз дистального отдела желудка — 4, ущемленная грыжа с некрозом кишки — 5, острая кишечная непроходимость — 9, опухоли ободочной кишки с кровотечением и перфорацией — 5, механическая желтуха — 6, постожоговый стеноз пищевода и желудка — 3, перфорация дивертикула тощей кишки — 1, мезентериальный тромбоз с некрозом кишки — 2. Формирование анастомоза проводилось непрерывным, либо узловым швом без захвата слизистой оболочки с широким сопоставлением подслизистого слоя. Дополнительного укрепления линии шва не проводили. При формировании анастомоза использовалась атравматическая нить 3-0, 4-0 («Полисорб», «ПГА», «Викрил»).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура выполненных вмешательств: резекция желудка по Бильрот I — 8, Бильрот II — 7, Ру — 2, резекция тонкой кишки с анастомозом — 14, формирование петли по Ру для билиодигестивного анастомоза — 6, резекция ободочной кишки с тонко-толстокишечным анастомозом — 10, гастроэнтеростомия — 7, еюностомия по Майдлю — 3, пилоропластика — 4, толсто-толстокишечный анастомоз — 2. Непрерывный шов использован в 41 (87,2 %) случае. При отеке кишечной стенки применялся узловый шов. Пилоропластика во всех четырех случаях выполнена с применением однорядного узлового шва. В трех случаях анастомоз выполнен на первой санационной релапаротомии, в одном случае на второй санационной релапаротомии. В операционном периоде получены 5 (9,1 %) осложнений: послеоперационная ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость — 1, острая язва культи желудка с перфорацией на 7 сутки после резекции желудка по Ру — 1 (релапаротомия, резекция культи желудка по Ру, гастроэнтероана-

стомоз «конец в конец» однорядным узловым швом, выздоровление), инфильтрат брюшной полости — 1, послеоперационный панкреатит после резекции желудка — 2. В послеоперационном периоде умерло 4 (7,1 %) больных от прогрессирующей полиорганной недостаточности, сепсиса. Несостоятельности швов анастомоза не было.

#### ВЫВОДЫ

Применение однорядного шва с использованием современного шовного материала при формировании кишечных анастомозов в неотложной хирургии безопасно, не сопровождается увеличением числа послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

**П.А. Неустроев, А.В. Тобохов, В.Д. Слепцов**

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ВИСЦЕРОПТОЗА

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»  
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

Висцероптоз, осложненный хроническим толстокишечным стазом, является одним из актуальных разделов колопроктологии. При этом эффективность лечения хронического толстокишечного стаза остается весьма низкой. Большинство авторов видят причину рецидивов хронического толстокишечного стаза в неадекватном выборе объема резекции ободочной кишки, вследствие неточного определения степени декомпенсации хронического толстокишечного стаза.

Отдаленные результаты оперативной коррекции прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет. Контрольное обследование проведено 151 (65,1 %) больному. Отдаленный период изолированных резекций ободочной кишки в 16 (88,9 %) случаях осложнился рецидивом синдрома хронического толстокишечного стаза. В одном (5,6 %) наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде развилась спаечная болезнь, а в 1 (5,6 %) случае — клиника хронического колита. Таким образом, ограниченные резекции участков ободочной кишки неэффективны вне зависимости от степени ХТС и в большинстве случаев (88,9 %) приводят к рецидивам.

При анализе неудовлетворительных результатов резекции левого фланга ободочной кишки выявлено, что 19 (90,5 %) больных страдали декомпенсированной степенью хронического толстокишечного стаза, проявляющейся задержкой эвакуации кишечного содержимого более 10 дней и отсутствием самостоятельного стула. Считаем, что объем левосторонней гемиколонэктомии недостаточен для коррекции декомпенсированной степени хронического толстокишечного стаза при отсутствии самостоятельного стула. Необходимо отметить, что у больных с задержкой стула более 10 дней, но с сохранением самостоятельного акта дефекации аналогичный объем резекции был эффективен.

После проведения дистальной субтотальной резекции ободочной кишки неудовлетворительный результат в виде некупируемой диареи отмечался в 2 случаях, у пациентов с субкомпенсированной степенью хронического толстокишечного стаза. В остальных случаях операция была эффективна.

Таким образом, в результате проведенного анализа «неудовлетворительных» результатов выявлено, что из 151 (100,0 %) обследованного больного у 34 (22,5 %) пациентов осложнения проявлялись рецидивом синдрома хронического толстокишечного стаза и только в 7 (4,6 %) случаях другими причинами. По нашему мнению, это связано с неадекватной оценкой степени нарушения моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки.

**П.А. Неустроев, А.В. Тобохов, В.С. Петров, Н.М. Гоголев, А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров**

### ПЕРВЫЕ ШАГИ УЧЕБНОЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»  
Министерства образования и науки РФ (Якутск)  
Республиканская больница № 1 – Национальный Центр Медицины*

За последние 20–25 лет в хирургии произошел качественный научно-технический рывок. Эти положительные изменения стали результатом внедрения в клиническую практику новых технологий, более широкого применения эндохирургического метода, развития анестезиологии и более