

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

эффективных подходов к предупреждению и устранению органной недостаточности на всех этапах хирургического лечения при самых тяжелых, в том числе и сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Анализ данных литературы, посвященной применению эндохирургического метода, свидетельствует о всеобщем признании хирургическим сообществом таких достоинств, как сокращение сроков оперативного вмешательства, уменьшение частоты возникновения гнойно-септических осложнений при заживлении послеоперационных ран, раннее восстановление моторно-эвакуационной функции кишечника, снижение выраженности болевого синдрома, сокращение периода реабилитации больных, снижение послеоперационной летальности, повышение качества жизни больных и др.

Видеопротоколирование по новой концепции протокола хирургической безопасности ВОЗ Surgical Safety Checklist в мире на сегодняшний день является одним из обязательных, стандартных мероприятий в хирургической практике. Цифровой (электронный) банк видеопротоколов всех эндохирургических операций, является наиболее достоверной формой протокола хирургического вмешательства, имеющей важные преимущества, по сравнению с другими способами сбора и хранения информации в современном лечебно-профилактическом учреждении для стандартизации, внедрения и обучения специалистов высокотехнологичным эндохирургическим вмешательствам.

В рамках модернизации Северо-Восточного Федерального университета на базе РБ № 1 — НЦМ в сентябре 2011 г. установлена учебная интегрированная операционная OR-1 фирмы «Karl Storz». Возможности интегрированной операционной позволяют охватить 3 основных направления:

1. Учебное направление
 - система позволяет проводить учебный процесс в онлайн-режиме непосредственно из операционной;
 - создавать учебные фильмы, ролики, презентации, программы на основе выполняемых оперативных вмешательств.
2. Научное направление
 - архивирование данных проводимых операций;
 - цифровое сопровождение экспериментальных работ;
 - выполнение научно-исследовательских работ нового формата.
3. Практическое направление
 - видеопротоколирование по новой концепции протокола хирургической безопасности ВОЗ Surgical Safety Checklist;
 - возможность клинического разбора технических проблем оперативных вмешательств.

Немаловажным фактором является то, что в настоящий момент появилась возможность проводить системные исследования в разных областях хирургии, при этом, планомерно развивая учебный процесс студентов, врачей-хирургов.

В.Н. Николаев, А.В. Тобохов

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ФИКСАЦИИ И РАЗВИТИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

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

Оперативное лечение проведено 89 (68,5 %) пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в возрасте от 21 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии № 2 РБ № 1 — НЦМ Минздрава РС (Я) с 2002 по 2004 гг. Мужчин — 35 (39,3 %), женщин — 54 (60,7 %).

В зависимости от выявленных нарушений функции пищевода-желудочного перехода больные были разделены на три группы.

Пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без синдрома ХТС: оперативное лечение ГЭРБ без синдрома ХТС проведено 12 (13,5 %) пациентам контрольной группы. Методом оперативной коррекции у пациентов с ГПОД была избрана фундопликация по Nissen. У пациентов с осложненной ГЭРБ проведены эзофагокардиомиотомия по Heller и субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочной трубкой.

Пациенты с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом с нарушением функции НПС: хирургическая коррекция ободочной кишки была выполнена 20 (25,9 %) больным, и включала в себя три обязательных этапа: разделение двустворок, освобождение ободочной кишки от пластинчатых пленок Джексона, резекцию левого фланга ободочной кишки и двухстороннюю колонопексию.