

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