

В послеоперационном периоде обязательны в первые 2 суток смена и орошение повязок раствором перекиси водорода или перманганатом калия, каждые четыре часа. Повторные оперативные вмешательства проведены 7 пациентам (64 %) в качестве программированной санации патологического процесса под общим обезболиванием.

При исследовании гнойного отделяемого из ран выявлен: в 82 % случаев неклостридиальная анаэробная инфекция (*Peptostreptococcus parvulus*, *Bacteroides fragilis*) и только в 18 % случаев — клостридиальная флора.

Антибактериальная терапия во всех случаях назначалась в раннем послеоперационном периоде эмпирически, в дальнейшем — по результатам бак. посевов. Во всех случаях назначался метронидазол в сочетании с цефалоспорином III — IV поколения, при отсутствии положительной динамики назначался дополнительно амоксициллин или меропенем. Обязательно параллельно проводилась интенсивная дезинтоксикационная, инфузионная терапия. Противогангренозная сыворотка больным не назначалась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3-х пациентов: у одного уретральный свищ, цистостомия; у одного — перфоративная острая язва желудка, лапаротомия, ушивание; у одной — недержание кала. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый анаэробный парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией с дренированием, а также адекватное послеоперационное ведение и назначение программных санаций с проведением интенсивной терапии.

**В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина,
И.А. Холтосунов, А.Ю. Никифоров**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Цель: провести анализ реконструктивно-восстановительных операций, проведенных в колопроктологическом отделении РБ № 2 — ЦЭМП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2009 по 2011 г. реконструктивно-восстановительные операции выполнены 105 стомированным больным. Мужчин оперировано 68, женщин — 37. Средний возраст составил 47,5 лет. Илеостомы — у 56 и колостомы — у 49 пациентов. В 32 случаях стома была наложена после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, из них 6 правых отделов и 26 левых отделов толстой кишки. В 45 случаях стома выведена по поводу воспалительных заболеваний, в том числе толстой кишки (перфорации дивертикула, язвенно-некротических колитов, перфорация толстой кишки и т.д.) — 23, тонкой кишки — 22 (спаечная болезнь, несостоятельность анастомозов и т.д.). У 22 больных стома была сформирована после травмы — толстой и прямой кишки 11 пациентам, в 11 случаях — после травмы тонкой кишки. В отдельную категорию взяты пациенты, стомированные после тяжелых форм деструктивного панкреонекроза в 4 случаях, и после тромбоза мелких ветвей брыжеечных сосудов — в 2 случаях.

Реконструктивно-восстановительные операции при одностольной илеостоме проводились в среднем от 3 до 6 мес., после первичной операции, по поводу одностольной колостомы от 6 мес. до 1 года. После травм восстановительная операция выполнялась через 2 месяца. Все пациенты перед оперативным вмешательством проходили полное клиническое обследование с обязательным уточнением высоты культи оставшейся толстой кишки и длины престомального участка ободочной кишки, а также измерение диастаза анастомозируемых концов кишок. Больным, поступившим на реконструктивно-восстановительные операции после первичной радикальной операции по поводу злокачественных образований, обязательно проводилась КТ брюшной полости и МРТ малого таза, а также исследование на онкомаркеры. В предоперационном периоде проводилась традиционная подготовка с назначением бесшлаковой диеты, коррекции водно-электролитных нарушений, гидрогимнастикой отключенного отдела кишечника.

90 пациентам с одностольными илео- или колостомами выполнялась срединная лапаротомия с тотальным энтеротомом. Выполнены различные виды колопластик в зависимости от уровня первичной резекции. Как правило, при толсто-толстокишечных анастомозах выполнялся анастомоз «конец в конец», при тонко-толстокишечных анастомозах предпочтение отдавалось анастомозу «бок в бок» или «конец

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 послеоперационном 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-