удовлетворительный (периодическое применение слабительных). У 30 (93,75%) пациентов проведенная операция не повлияла на трудоспособность, 2 (6,25%) сменили прежнее место работы. Все 32 (100%) опрошенных рекомендовали бы хирургическое лечение другим больным со схожей исходной симптоматикой.
ВЫВОДЫ. При тщательном отборе пациентов и индивидуальном подходе к объему операции результаты хирургического лечения декомпенсированных форм МТЗ на отдаленных сроках демонстрируют достаточно высокую эффективность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОСТОМОЙ И ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА

Каторкин С.Е., Журавлёв А.В., Тулупов М.С., Разин А.Н.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В экстренной хирургии операцией выбора является операция Гартмана, частота её выполнения – 37-63%. Среди послеоперационных осложнений – парастомальные грыжи (ПГ) встречаются в 25-40% случаев. Актуальным остаётся вопрос выбора оптимальной тактики восстановления непрерывности кишечника с ликвидацией грыжи, объёме предоперационного обследования и предоперационной подготовки.
ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с колостомами после операции Гартмана и ПГ.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Изучены результаты лечения 47 пациентов с колостомой после операции Гартмана в сочетании с ПГ, выявлен низкий процент несостоятельности анастомоза, сокращение времени оперативного вмешательства при аппаратном формировании кишечного анастомоза.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определены факторы, способствующие развитию ПГ: возраст, ожирение, парастомальные воспалительные осложнения, факторы, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления, выведение кишки за пределами прямой мышцы живота, создание широкого канала в мышечно-апоневротическом слое, фиксация брюшины к коже, формирование отверстия в бандаже на уровне стомы в послеоперационном периоде. Частота осложнений и рецидивов при пластике грыжевых ворот синтетическим протезом значительно ниже, чем после пластики местными тканями. С целью снижения количества послеоперационных осложнений целесообразно учитывать наличие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней, степень их компенсации. Требуется включение в предоперационное обследование фиброколоноскопии, ирригографии. Рациональным является привлечение клинического психолога.
ВЫВОДЫ. 1. Причинами развития отдалённых послеоперационных осложнений после операции Гартмана являются: несоблюдение техники хирургического пособия, факторы повышения внутрибрюшного давления, воспалительные парастомальные осложнения, погрешности послеоперационного ведения пациента.
2. Анализ результатов хирургического лечения пациентов показал преимущество использования современных сшивающих аппаратов по сравнению с ручным швом.
3. Для оптимизации хирургического лечения пациентов необходимо выполнять одномоментное восстановление целостности кишечника при помощи современного сшивающего аппарата с наложением превентивной двуствольной стомы проксимальнее анастомоза и ликвидацию дефекта апоневроза синтетическим эндопротезом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННЫХ АЭРОЗОЛЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С., Сторожилов Д.А., Наумов А.В.

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Частота несостоятельности толстокишечного анастомоза может достигать 25% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций, потому что в случае развития несостоятельности анастомоза, не выполняется основная цель операции — ликвидация колостомы.
ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Доказать эффективность пенных аэрозолей для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительной колопроктологии.
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В Белгородском региональном колопроктологическом центре в период с 1987 по 2015 гг. выполнено 611 реконструктивно-восстановительных операций, из них у 186 больных применялись аппараты АКА-2, EEA, CEEA, KYGW, ILS с диаметром головки 25-33 мм. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет; женщин – 22%, мужчин – 78%. Для подготовки культи прямой кишки, визуализации ее во время операции, проверки герметичности анастомоза и в послеоперационном периоде мы использовали пенные аэрозоли (Сульйодовизоль, Диоксизоль, Гипозоль, Гипозоль-АН), которые обладают антибактериальным, противовоспалительным действием и стимулируют репаративные процессы. А форма лекарственного препарата в виде пены обладает рядом преимуществ, в частности при проверке герметичности анастомоза в случае несостоятельности мы четко видим место дефекта, а при попадании пены в брюшную полость не происходит ее инфицирование.
РЕЗУЛЬТАТЫ. Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 2-х больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Разработанная нами программа профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов в реконструктивно-восстановительных операциях хорошо зарекомендовала себя и с успехом применяется в отделении с 1987 г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Медоев В.В., Тотиков В.З., Тотиков З.В., Калицова М.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Некроз кишки является грозным осложнением странгуляционной кишечной непрохо-