ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ХИРУРГОВ РОССИИ

Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Программа ускоренного выздоровления (ПУВ) является комплексом мероприятий по оптимизации ведения пациентов в периоперационном периоде при выполнении резекции ободочной кишки. В настоящее время не установлено, насколько широко она применяется в практике лечебных учреждений регионов РФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В течение 2017 года проводился опрос врачей, проходивших обучение в ФГБУ «ГНЦК им А.Н.Рыжих» в рамках циклов повышения квалификации либо программы первичной переподготовки, а также членов АКР во время работы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» г. Воронеж 26-28.10.2017 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Получены ответы 223 респондентов из 42 регионов РФ. Было выяснено, что не знают о ПУВ 11,7% хирургов; слышали о ее существовании, но не думали, что она применяется в рутинной практике отечественных стационаров – 8,9%; знают, но не применяют в своей практике по тем или иным причинам – 16,6%; используют отдельные ее элементы, для ведения больных – 55,6% и используют ее в полном объеме у пациентов, оперированных на толстой кишке – 7,2% опрошенных. Так же были выявлены элементы ПУВ, которые получили наибольшее число негативных ответов, и чаще других вызывающие трудности в применении. Наиболее часто среди них значились: применение углеводного напитка перед операцией – 162 (72,6%), отказ от механической подготовки кишечника – 133 (59,6%), ограничительный протокол инфузионной терапии – 116 (52%), отказ от рутинного дренирования брюшной полости – 100 (44,8%) и административный контроль за выполнением протокола – 102 (45,7%) наблюдения. Хирурги, которые используют в своей работе хотя бы отдельные элементы ПУВ, в 2 раза реже указывали на трудности применения конкретных пунктов программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный опрос продемонстрировал, что большинство хирургов применяют как минимум отдельные элементы ПУВ в своей работе. Имеется ряд пунктов, являющихся затруднительными для использования в реальном здравоохранении. Внедрение даже отдельных позиций данного протокола повышает возможности его дальнейшего применения.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛАПАННОГО ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Коптлеуов А.Ж.

Кафедра топографической анатомии Института китайской медицины (последипломного образования), Казахстан

АКТУАЛЬНОСТЬ. Илеоцекальный отдел кишечника является излюбленным местом локализации различных патологических процессов и функциональных расстройств. При многих заболеваниях (опухоли, завороты, инвагинации) приходится прибегать к резекции этого отдела кишки. Необходимость воссоздания клапанного аппарата после резекции илеоцекального отдела кишечника не подлежит сомнению, так как отсутствие в анастомозе клапанного аппарата ведет к рефлюксу содержимого толстой кишки в просвет тонкой кишки с развитием рефлюкс-энтерита, дисбактериоза кишечника и «Синдрому избыточной колонизации тонкой кишки» (Белоусова Е.А., 2009). Со времен Ramdnora и по настоящее время предлагаются различные способы наложения тонкотолстокишечного анастомоза с формированием клапанного аппарата. Нами тоже был разработан в эксперименте на собаках способ формирования клапанного аппарата при наложении такого анастомоза, после правосторонней гемиколэктомии с резекцией илеоцекального отдела кишечника. На способ было выдано АС № 1502014 от 22.04.1989 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. После резекции илеоцекального отдела кишечника, конец тонкой кишки выворачиваем-эвагинируем слизистым слоем наружу на протяжении 2,5-3 см и фиксируем положение наложением двух-трех узловых швов по периметру эвагината. По противобрыжеечной стороне эвагината линейным разрезом обнажаем полоску подслизистого слоя на всем его протяжении шириной 0,3-0,5 см. Производим разрез стенки толстой кишки по ленте, от края культи на длину, равной ширине эвагината тонкой кишки. Через разрез стенки толстой кишки вводим в просвет толстой кишки конец тонкой кишки на глубину, равной длине эвагината конца тонкой кишки, таким образом, чтобы обнаженная полоска подслизистого слоя эвагината располагалась в проекции края культи толстой кишки. Накладываем узловые швы на анастомоз в следующей последовательности: вкол через серозно-мышечно-подслизистый слои стенки толстой кишки, снаружи внутрь, вколвыкол на обнаженном подслизистом слое инвагината тонкой кишки, затем вкол изнутри наружу через подслизисто-мышечно-серозный слои противоположного края культи толстой кишки. Подобным рядом швов ушиваем всю культю толстой кишки на всем его протяжении. Завершаем формирование анастомоза наложением узловых серозно-мышечно-подслизистых швов по периметру окружности тонкой кишки. Поверх линии шва накладываем второй ряд серозно-мышечных узловых швов по всей линии анастомоза, закрывая, тем самым, первую линию швов.

ВЫВОДЫ. Преимуществом анастомоза перед аналогами являются:

1) конец тонкой кишки внедрен в просвет толстой кишки поперек оси направления силы давления химуса толстой кишки. При возникновении физиологического антиперистальтического давления химуса в просвете толстой кишки, силой этого давления инвагинат конца тонкой кишки сплющивается и закрывает, тем самым, вход для рефлюкса.

2) чем выше давление химуса в просвете толстой