

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ

УО “ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ”

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО
АНГИОЛОГОВ И
СОСУДИСТЫХ
ХИРУРГОВ

БЕЛОРУССКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
КАРДИТОРАКАЛЬНЫХ
ХИРУРГОВ



Витебск
11-12 ноября 2010 г.

XIV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**
(материалы съезда)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКОЕ ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ
БЕЛОРУССКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь

ВИТЕБСК, 2010

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

А 43

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук А.Н. Косинец,

Заместитель редактора: доцент, к.м.н. С.А. Сушков,

Редакционный совет:

В.И. Аверин, С.А. Алексеев, В.П. Булавкин, А.В. Воробей, П.В. Гарелик, Ю.М. Гайн, Ю.Е. Демидчик, З.А. Дундаров, К.Н. Жандаров, Н.В. Завада, Г.Г. Кондратенко, С.И. Леонович, А.Н. Лызиков, В.М. Лобанков, Ю.П. Островский, В.И. Петухов, И.И. Пикиреня, О.О. Руммо, Г.П. Рычагов, М.Г. Сачек, С.М. Смотрин, В.В. Становенко, С.И. Третьяк, А.В. Фомин, Л.А. Фролов, Н.Г. Харкевич, Н.Г. Шебушев, В.Н. Шиленок, А.П. Шмаков, С.Н. Шнитко, А.Т. Щастный, В.А. Янушко.

А 43 Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь / под ред. А.Н. Косинца. - Витебск: ВГМУ, 2010 - 499 с.

ISBN 978-985-466-456-9

В сборнике представлены актуальные фундаментальные, клинические и прикладные работы как белорусских, так и ученых России, Украины, Молдовы, Турции, Германии, Польши, Литвы. Включены статьи ведущих специалистов и молодых ученых, посвященные теоретическим и экспериментальным исследованиям, что расширяет представления о возможностях хирургии, как междисциплинарной отрасли, использующей самые последние достижения медицины.

УДК 617-089:061.3 "XIV" (476)

ББК 617.0 (063)

©УО "Витебский государственный
медицинский университет", 2010

ISBN 978-985-466-456-9

ОДНОРЯДНЫЙ УЗЛОВОЙ ШВОВ В ХИРУРГИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Батвинков Н.И., Русин Н.И.

УО "Гродненский государственный медицинский университет",
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Проблема хирургического шва тонкой, толстой и прямой кишок продолжает оставаться весьма актуальной, несмотря на свою более чем столетнюю историю [2]. В последние годы успешно развиваются новые способы формирования кишечных анастомозов с использованием сшивающих аппаратов. Однако в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют различные способы ручного шва, количество их модификаций превышает 500 [1], при этом ни один из них не имеет 100% надежности. До сих пор хирурги чаще всего отдают предпочтение двухрядному шву.

Цель. Оценить результаты применения ручного однорядного узлового шва при формировании кишечных анастомозов в хирургической и онкологической практике.

Материал и методы. В 1-ой хирургической клинике Гродненского государственного медицинского университета подвергнут оперативному вмешательству 91 больной с различной абдоминальной патологией. У пациентов кишечные анастомозы формировались однорядным узловым швом. Мужчин было 62, женщин - 34. Возраст больных колебался от 26 до 78 лет. Колоректальный рак наблюдался у 31 пациента, доброкачественные заболевания толстой кишки - у 7, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - у 25, колостомы и энтеростомы - у 13, рак желудка - у 4, хроническая дуodenальная непроходимость - у 4, рубцовые структуры пищевода - у 2. Операции носили как плановый характер, так и производились по экстренным показаниям при кишечной непроходимости, перитоните, в том числе каловом, в условиях выраженной интоксикации, нарушения белкового и водно-электролитного обменов. У всех пациентов кишечные анастомозы формировали однорядным узловым швом с применением прецизионной техники.

Результаты и обсуждение. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза выполнена у 9 больных, при этом конец в конец сформирован в 6 случаях, бок в бок - в 3. У 10 пациентов произведена левосторонняя гемиколонэктомия, которая у 6 больных закончена трансверзосигмосоустыем и у 6 - трансверзоректоанастомозом. Резекция поперечной ободочной кишки с наложением трансверзо-транс-верзосоустыя произведена 2 больным. После резекции сигмы в 2 случаях сформирован сигмо-сигмоанастомоз, в 2-х - сигмопректоанастомоз. Передняя резекция прямой кишки у 4 пациентов закончилась наложением колоректального анастомоза. В одном случае при синхронной локализации опухоли выполнена одномоментная правосторонняя гемиколонэктомия и брюшноанальная резекция с

формированием илеотрансверзо- и сигмопректоанастомоза. У больного с метахронной локализацией произведена правосторонняя гемиколонэктомия с илеотрансверзоанастомозом, а через 11 лет - левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректоанастомозом. Резекция толстой кишки по поводу колостома выполнена у 7 пациентов с наложением толсто-толстокишечного анастомоза (4) или толстопрямокишечного (3). По поводу мегадолихоколон оперировано 5 больных, у которых после резекции толстой кишки сформирован трансверзоректо- или илеопректоанастомоз. В 6 случаях после снятия энтеростом непрерывность тонкой кишки восстановлена наложением межкишечных анастомозов конец в конец (4) или бок в бок (2). Однорядный шов при резекциях желудка по поводу язвенной болезни использован у 18 больных, а после СПВ с пилоропластикой - у 7. 4 пациента оперированы с хронической дуоденальной непроходимостью, при этом в 2 случаях произведена резекция дуоденоэюнального угла с наложением дуоденоэнтеросоустыя и у 2 пациентов сформирован дуоденоэнтероанастомоз. У 4 больных произведена субтотальная резекция желудка по поводу новообразования. При пластике пищевода толстой кишкой в связи с его рубцовой структурой в 2 случаях кологастроанастомоз был сформирован однорядным швом. В одном случае послеоперационный период осложнился несостоятельностью толстокишечного анастомоза. Больная была оперирована по поводу рака левого угла толстой кишки на фоне крайне выраженного истощения. Повторные хирургические вмешательства оказались неэффективными. У остальных пациентов осложнений со стороны сформированных соустий не наблюдалось. Преимуществом однорядного шва является то, что он менее травматичен, в его зоне реже образуются язвы и эрозии, происходит более ранняя эпителизация соустия [2].

Выводы. Результаты клинического исследования однорядного узлового шва в хирургии желудочно-кишечного тракта показали его высокую надежность. Кроме того, он прост и экономически эффективен, что может найти более широкое применение в хирургии желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии / В. М. Буянов [и др.] // Хирургия. - 2000. - № 4. - С. 13-18.
2. Проблема хирургического шва толстой кишки / А. И. Кечеруков [и др.] // Хирургия. - 2003. - № 9. - С. 68-74.