

ЭКСТРЕННАЯ ХИРУРГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

**АНТОНЮК С.М., АХРАМЕЕВ В.Б., АНДРИЕНКО И.Б., ЛУЦЕНКО Ю.Г.
ГРИНЦОВ А.Г.**

*Донецкий медицинский университет им. М. Горького, Донецк
hirurgia-fpro@dnmu.ru*

Актуальность. Заворот сигмовидной кишки является одним из наиболее частых и тяжелых форм толстокишечной непроходимости. Основные факторы, которые приводят к развитию этого тяжелого заболевания, это наличие долихосигмы с длинной брыжейкой, употребление преимущественно растительной и раздражающей пищи.

Материал и методы. Мы проанализировали истории 24 больных в возрасте от 32 до 70 лет. Среди оперированных было 18 мужчин и 6 женщин. Сроки госпитализации больных были такие: 4 больных поступили в первые сутки, 7 – через двое суток, 6 – через трое суток, 3 – через 4 суток, 2 – через пять и 2 – через шесть суток от начала заболевания.

Результаты и обсуждение. Острая форма чаще наблюдалась у лиц молодого возраста и сопровождалась у части из них ранней рвотой, коллапсом. Подострая форма чаще отмечалась у больных среднего и пожилого возраста, характеризовалась постепенным началом и менее бурным течением. Вздутие живота отмечено в 22 случаях, задержка стула и газов – в 18, тошнота и рвота – в 6, пустая ампула прямой кишки – в 15 случаях. Очень важным симптомом была асимметрия живота за счет выбухания правой половины (17 больных).

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости признаки толстокишечной непроходимости выявлены у 18 больных.

Ирригография была выполнена по экстренным показаниям у 13. При этом у всех было обнаружено препятствие для продвижения контрастной массы.

Лечение заворота сигмовидной кишки, как правило, начинали с консервативных мероприятий – введение газоотводной трубки, очистительная клизма, легкий массаж живота. Продолжительность консервативных мероприятий – не более 2 часов. Только у 4 пациентов нам удалось добиться положительного результата.

В предоперационном периоде важное значение уделяли коррекции нарушенного гомеостаза (особенно при большой давности заболевания). Проведение коррекции

продолжалось во время операций и в послеоперационном периоде.

Оперировано 20 больных. При наличии жизнеспособной кишки и отсутствии перитонита у 8 больных пожилого и старческого возраста с наличием тяжелой сопутствующей патологии выполнили паллиативную операцию – разворот заворота и мезосигмопликацию по Хаген-Торну.

При резко выраженной долихосигме и жизнеспособной стенке кишки 5 больным выполнена резекция сигмы с первичным конце-концевым анастомозом. Это были лица молодого и среднего возраста с наличием у 4 из них признаков рецидивных заворотов (на это указывал выраженный рубцовый процесс в брыжейке кишки).

При наличии гангрены кишки и перитонита у 7 больных была выполнена операция Гартмана.

В раннем послеоперационном периоде основное внимание уделяли восстановлению микроциркуляции. С этой целью использовали реологические жидкости и препараты (реополиглюкин, реосорбيلات). Электролитные потери компенсировали с помощью солевых растворов (физиологический раствор хлорида натрия, дисоль, трисоль, хлорид калия).

Выводы.

1. Лечение больных с заворотом сигмы следует начинать с проведения консервативных мероприятий, которые не должны продолжаться более 2 часов.

2. Экстренная лапаротомия показана при неэффективности консервативного лечения и перитоните.

3. Операцией выбора является резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза либо с выведением колостомы по Гартману.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК У ПАЦИЕНТКИ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

**БАГДАСАРОВ В. В.¹, БАГДАСАРОВА Е. А.^{1,2}, СИМОНЯН О. А.^{1,2}
КОНОПЛЯНИКОВ М. А.², ГОЛОВИНА О. А.², ТАВАДОВ А. В.¹**

¹ ГКБ им. С. С. Юдина, Москва

² Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), Москва
ovik_87@mail.ru

Введение. В середине 2016 года был опубликован 3-й международный консенсус по определению сепсиса и септиче-