

УДК 616-089
ББК 54.5
М62

Перевод с английского канд. мед. наук *О.В. Бабкина, Д.О. Бабкина*

Минтер Р. М., Догерти Г. М.

М62 Современные операции в хирургии / Пер. с англ. — М.: Издательский дом «Бином», 2017. — 392 с., ил.

ISBN 978-5-9518-0687-1

В книге дано современное описание более 50 самых распространенных хирургических операций. Авторский коллектив составили в основном сотрудники Мичиганского университета (США). Материалы всех глав представлены в едином ключе, облегчающем поиск информации: показания к операции, противопоказания, информированное согласие, оснащение операционной, подготовка пациента, методика операции, ведение послеоперационного периода, возможные осложнения, важные практические советы. Все главы оснащены прекрасными, наглядными иллюстрациями.

Для хирургов, врачей-стажеров, изучающих хирургию, студентов, ординаторов, преподавателей хирургических кафедр.

УДК 616-089
ББК 54.5

ISBN 978-0-07-145316-5 (англ.)
ISBN 978-5-9518-0687-1 (Издательский дом БИНОМ)

© 2010 by MCGraw-Hill Companies Inc.
© Издательский дом «БИНОМ», 2017

Я рад представить российской хирургической общественности книгу американских коллег «Современные операции в хирургии».

Это необычное издание. По стилю изложения оно отходит от привычного для подобного рода книг. Во главе угла ставится не симптоматика, не орган и его заболевание, а хирургическая технология. Стил изложения однотипен для всех глав и включает лаконичное описание показаний и противопоказаний к операции, сведения об информированном согласии пациента с ожидаемым эффектом операции, ее рисках и осложнениях. Далее описываются оснащение операционной, подготовка больного к операции, его укладка на операционном столе. Все это крайне необходимо для нас, достаточно ново и приятно удивляет. Затем основные позиции авторов-хирургов - описание оперативной (хирургической) техники. Очень подробно, скрупулезно, с многочисленными рисунками и схемами показаны все моменты хирургических действий. Отрадно, что одновременно идет вариантная анатомия, ожидаемые опасности и как их избежать. Все, от кожного разреза и до последнего шва, изложено по пунктам и лаконично. В каждой главе показаны особенности ведения послеоперационного периода и возможные послеоперационные осложнения. Что особенно мне понравилось - это концовка глав, а именно «Важные советы». Здесь сосредоточены представления авторов о предупреждении опасных осложнений. И это мысли профессионалов, которые заслуживают особого внимания.

Констатирую, что практически все операции, представленные в монографии, выполняются в Российском научном центре хирургии имени академика Б.В. Петровского - ведущем многопрофильном хирургическом учреждении нашей страны. Могу сказать, что большинство хирургических технологий, представленных в книге, весьма корректны, безопасны для больного и хорошо воспроизводимы на практике.

Книга будет весьма полезна для молодежи, мечтающей о хирургии; студентов, ординаторов и аспирантов медицинских университетов, преподавателей хирургических кафедр ВУЗов, а также состоявшимся хирургам как пример мыслить методично-правильно и работать по протоколу.

*Директор РНЦХ имени
академика Б.В. Петровского
академик РАН, профессор Ю.В. Белое*

Соавторы..... viii

Сокращения x

Тиреоидэктомия и лимфодиссекция на шее 1
Amit K. Mathur, MD, and Gerard M. Doherty, MD

Паратиреоидэктомия.....8
Sean C. Kumer, MD, PhD, and Gerard M. Doherty, MD

Адреналэктомия..... 14
Awori). Hayanga, MD, MPH, and Paul G. Gauger, MD

**Эндокринная хирургия поджелудочной
железы22**
Brian D. Saunders, MD, and Gerard M. Doherty, MD

**Эзофагэктомия через пищеводное отверстие
диафрагмы..... 29**
Jennifer F. Waljee, MD, MPH, MSc, and Mark B. Orringer, MD

Операции при заболеваниях желудка.....42
*Erika A. Newman, MD, and Michael W. Mulholland,
MD, PhD*

**Хирургия грыж пищеводного отверстия
диафрагмы.....57**
C. I. Lee, MD, and Jonathan F. Finks, MD

Экстренная хирургия язвенной болезни67
Susan Tsai, MD, and Michael W. Mulholland, MD, PhD

**Хирургическое лечение морбидного
(патологического) ожирения 75**
John B. Ammori, MD, and Jonathan F. Finks, MD

Стомы желудочно-кишечного тракта.....81
Kerianne H. Quanstrum, MD, and Richard E. Burney, MD

Лапароскопическая холецистэктомия..... 89
Kevin Tri Nguyen, MD, PhD, and John D. Birkmeyer, MD

**Руководство при осложнениях
желчнокаменной болезни97**
Richard V. Ha, MD, and Charles E. Binkley, MD

**Руководство при травмах и стриктурах
желчных протоков..... 106**
Amit K. Mathur, MD, and James A. Knol, MD

Резекция печени..... 115
Theodore H. Welling, III, MD

Панкреатодуоденальная резекция.....121
Nicholas H. Osborne, MD, and Lisa M. Colletti, MD

**Дистальная резекция поджелудочной
железы 131**
K. Barrett Deatrick, MD, and Gerard M. Doherty, MD

**Оперативное лечение хронического
панкреатита..... 137**
Jules Lin, MD, and Diane M. Simeone, MD

Спленэктомия..... 145
*Brett A. Almond, MD, PhD, and Kathleen M.
Diehl, MD*

Резекция тонкой кишки..... 149
Junewai L. Reoma, MD, and Daniel B. Hinshaw, MD

Аппендэктомия156
Chandu Vemuri, MD, and Jonathan F. Finks, MD

**Петлевая колостома, концевая илеостома,
петлевая илеостома..... 161**
Bedabrata Sarkar, MD, and Lisa M. Colletti, MD

**Оперативное лечение при воспалительных
заболеваниях кишечника 167**
Jennifer Cannon, MD, and Emina H. Huang, MD

Колэктомия..... 180
*Barry L. Rosenberg, MD, MBA, and Arden M. Morris,
MD, MPH*

Операции при опухолях прямой кишки..... 192
David G. Heidt, MD, and Emina H. Huang, MD

Операции при выпадении прямой кишки.....203
Brian S. Knipp, MD, and Richard E. Burney, MD

**Операции при доброкачественных
аноректальных заболеваниях210**
Erica N. Proctor, MD, and Emily V.A. Finlayson, MD

**Оперативное лечение рака
молочной железы.....217**
Dawn M. Coleman, MD, and Kathleen M. Diehl, MD

Хирургическое лечение меланомы..... 229
Amir A. Ghaferi, MD, and Michael S. Sabel, MD

**Оперативное лечение при саркоме
мягких тканей..... 238**
Dan G. Blazer, III, MD, and Alfred E. Chang, MD

Трансплантация почки 242
*Constance M. Mobley, MD, PhD,
and Shawn J. Pelletier, MD*

Трансплантация поджелудочной железы..... 252
Raymond J. Lynch, MD, and Randall S. Sung, MD

Трансплантация печени..... 261
Derek A. DuBay, MD, and Randall S. Sung, MD

Сосудистые доступы для диализа.....270
Frank C. Vandy, MD, and Peter K. Henke, MD

**Лечение инфраренальной аневризмы
брюшной аорты..... 279**
*Michael S. Shillingford, MD, Loay S. Kabbani, MD,
and Gilbert R. Upchurch, Jr, MD*

Каротидная энтерэктомия 286
Christopher Longo, MD, and Ramon Berguer, PhD, MD

**Хирургическое лечение окклюзии
аортоподвздошного сегмента.....292**
Gorav Ailawadi, MD

**Хирургическая реваскуляризация
артериальной окклюзии ниже паха..... 300**
Loay S. Kabbani, MD, and Peter K. Henke, MD

**Лечение венозной недостаточности
нижней конечности309**
K. Barrett Deatrick, MD, and Thomas W. Wakefield, MD

Под- и надколенная ампутация.....315
*Jeffrey H. Kozlow, MD, Andrew M. Zwyghuizen, MD,
and Thomas W. Wakefield, MD*

Лечение паховых грыж.....324
Timothy L. Frankel, MD, and Richard E. Burney, MD

Лечение вентральных грыж.....331
*Kristoffer B. Sugg, MD, Edwin Y. Chang, MD,
and Michael G. Franz, MD*

Техника зашивания ран.....338
Brent M. Egeland, MD, and Paul S. Cederna, MD

Центральный венозный доступ..... 347
Laura A. Monson, MD, and Melissa E. Brunsvold, MD

Дренирование плевральной полости..... 355
Peter Sassalos, MD, and Melissa E. Brunsvold, MD

**Трахеостомия и срочная
криотиреоидотомия..... 360**
*Michael L. Bernstein, MD, PhD,
and Stewart C. Wang, MD, PhD*

**Оперативное лечение пилоростеноза:
пилоромиотомия.....366**
Benjamin Levi, MD, and George B. Mychaliska, MD

Доступы к сосудам в педиатрии..... 371
Kimberly McCrudden Erickson, MD

Паховая грыжа в педиатрии.....378
Kimberly McCrudden Erickson, MD

АППЕНДЭКТОМИЯ

Chandu Vemuri, MD, and Jonathan F. Finks, MD

ПОКАЗАНИЯ

- Клиническая картина острого аппендицита.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Абсолютные

- Нет.

Относительные

- Похожая клиническая картина. Наличие большого периаппендикулярного абсцесса, который следует вскрыть первоначально, а в последующем выполнить аппендэктомию.
- Болезнь Крона — при вовлечении в патологический процесс слепой кишки около основания червеобразного отростка.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

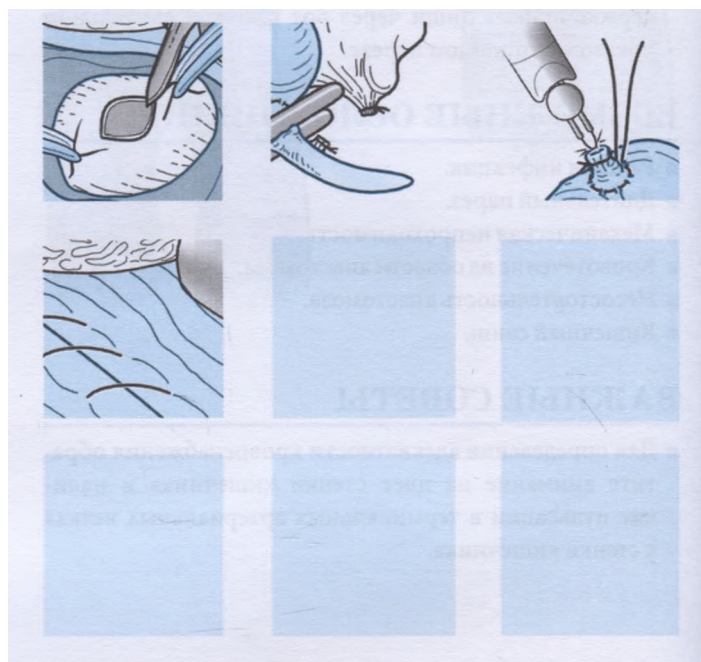
- Предполагаемый эффект лечения острого аппендицита.

Возможные риски

- Необходимость повторной операции при кровотечении.
- Инфицирование швов (внутренних или поверхностных).
- Толстокишечный свищ.
- Конверсия в открытую аппендэктомию.
- Необходимость в открытой лапаротомии.
- Открытая рана.
- Необходимость в дополнительных исследованиях и процедурах.

ОСНАЩЕНИЕ

- Открытая операция не требует специального оснащения.
- Лапароскопическая операция.
- 5-мм лапароскоп с угловой оптикой.
- Игла Вереша и троакар Хассона.
- Эндоскопический степлер.
- Эндоскопический мешок для извлечения червеобразного отростка.
- Предоперационная подготовка.



- Через рот ничего не принимать.
- Перед операцией назначают антибиотики, воздействующие на кишечную флору.

ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Открытая аппендэктомия

- Пациент лежит на спине с вытянутыми руками.
- Живот обработан полностью и операционное поле подготовлено таким образом, чтобы можно было выполнить срединную лапаротомию, если встретится другая хирургическая патология или в ходе оперативного вмешательства возникнет необходимость перейти к срединной лапаротомии.

Лапароскопическая аппендэктомия

- **Рис. 20-1:** Пациент лежит на спине с вытянутыми вдоль туловища руками. Оперирующий хирург и ассистент располагаются слева от пациента.
- В мочевого пузырь устанавливают катетер Фолея.
- У пациента обрабатывают весь живот, и стерильными простынями ограничивают операционное поле.

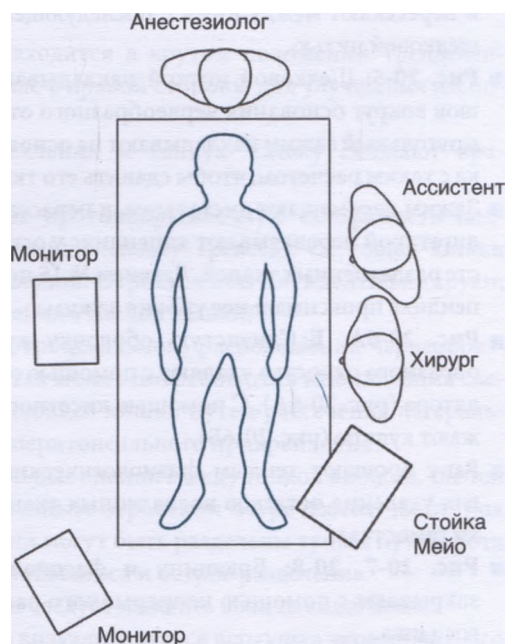
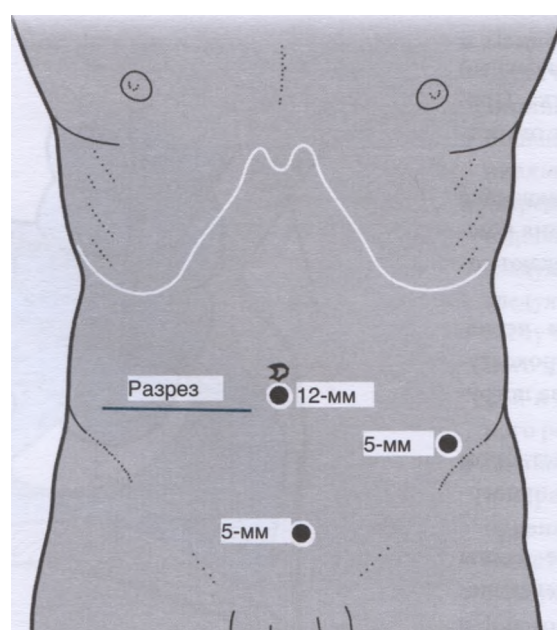


Рис. 20-1

ОПЕРАЦИЯ

Открытая аппендэктомия

- Классический разрез в правой подвздошной области по Мак-Бурнею (McBurney).
- В качестве альтернативы разрез можно делать в том месте, где у пациента выявляются сильные боли или определяется аппендикс при обследовании.
- **Рис. 20-2:** Скальпелем рассекают эпидермис и собственно кожу. Электрокоагулятором Бови (Bovie) рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота
 - Апоневроз открывают в направлении от верхнелатерального к нижнемедиальному краю вдоль волокон внутренней косой мышцы живота.
 - Внутреннюю косую мышцу живота раздвигают перпендикулярно ее волокнам.
 - Подобным образом разделяют поперечную мышцу и идентифицируют брюшину.
- **Рис. 20-3:** Брюшину берут на зажимы и рассекают скальпелем с лезвием № 15.
- Внимание сосредотачивают на локализации аппендикса.
 - Если слепая кишка визуализируется, ее можно использовать для помощи в обнаружении червеобразного отростка.
 - Зажим Бэбкока (Babcock) используют для захвата тени толстой кишки, подтягивают зажим, пока в рану не извлечется аппендикс.
- Альтернативой может быть поиск отростка пальцем, которым охватывают по окружности слепую кишку, начиная от верхнелатерального края и продвигая к нижнемедиальному до обнаружения положения аппендикса.
- **Рис. 20-4:** После определения сосудов брыжейки червеобразного отростка, на них накладывают зажимы и пересекают между ними с последующей перевязкой шелковой нитью.
- **Рис. 20-5:** Шелковой нитью накладывают кисетный шов вокруг основания червеобразного отростка. Прямоугольный зажим накладывают на основание отростка с таким расчетом, чтобы сдавить его ткани.
- Зажим перемещают дистальнее, и нерассасывающейся лигатурой перевязывают аппендикс у основания в месте раздавленных тканей. Лезвием № 15 пересекают аппендикс проксимальнее уровня зажима.
- **Рис. 20-6А, Б:** Слизистую оболочку культи червеобразного отростка удаляют с помощью электрокоагулятора (рис. 20-6А). С помощью кисетного шва погружают культю (рис. 20-6Б).
- Рану орошают теплым физиологическим раствором для удаления остатков воспаленных тканей и проверки гемостаза.
- **Рис. 20-7, 20-8:** Брюшину и фасциальные листы закрывают с помощью непрерывного рассасывающегося шва.
- Кожу ушивают монофиламентной рассасывающейся нитью.

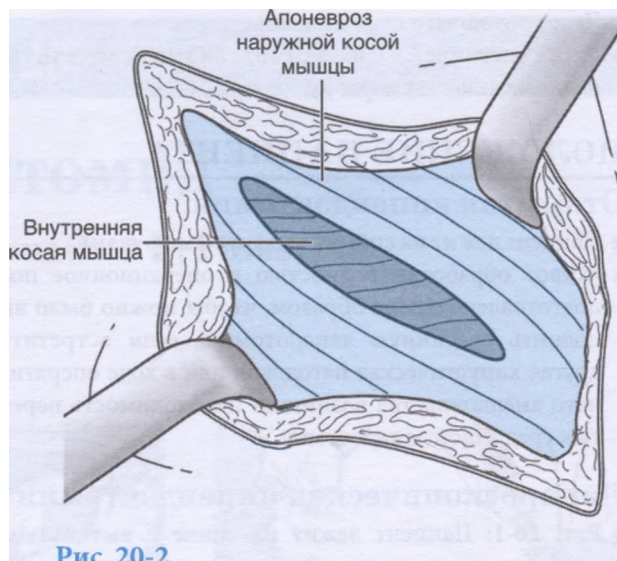


Рис. 20-2

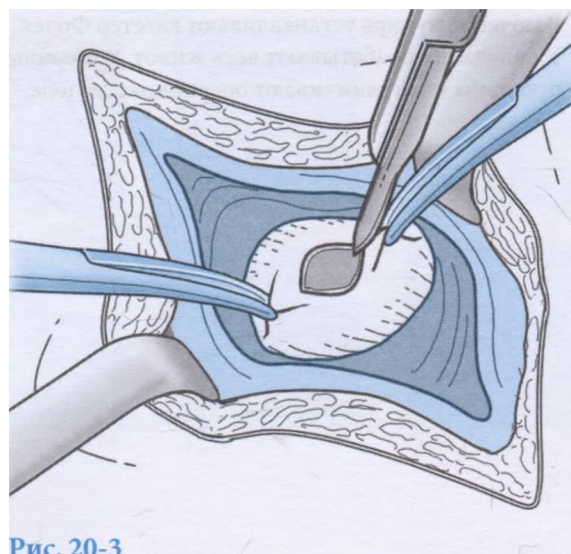


Рис. 20-3

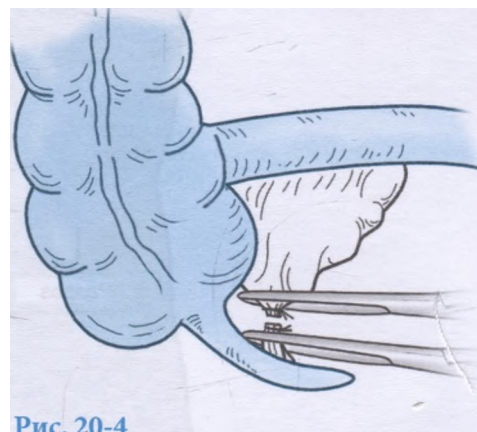


Рис. 20-4

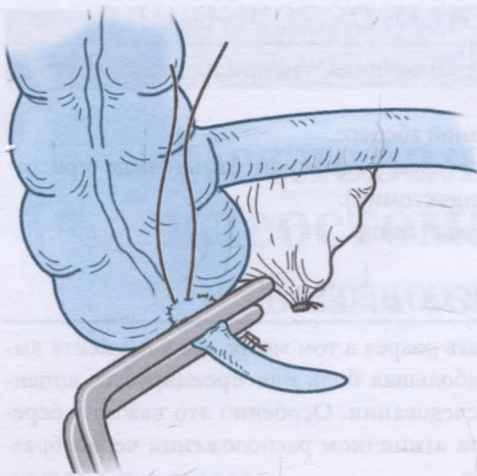


Рис. 20-5



Рис. 20-6А-Б

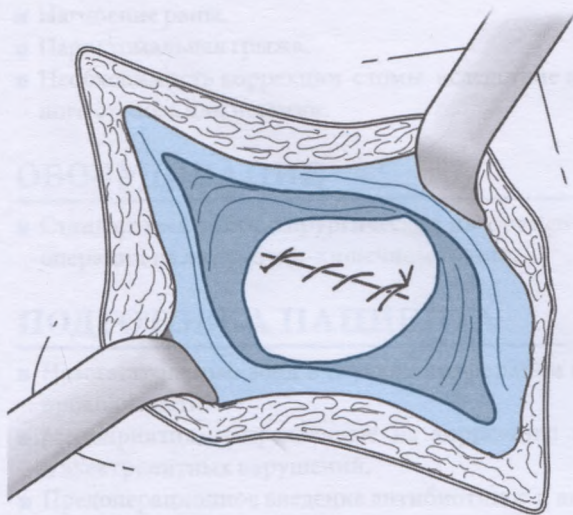


Рис. 20-7

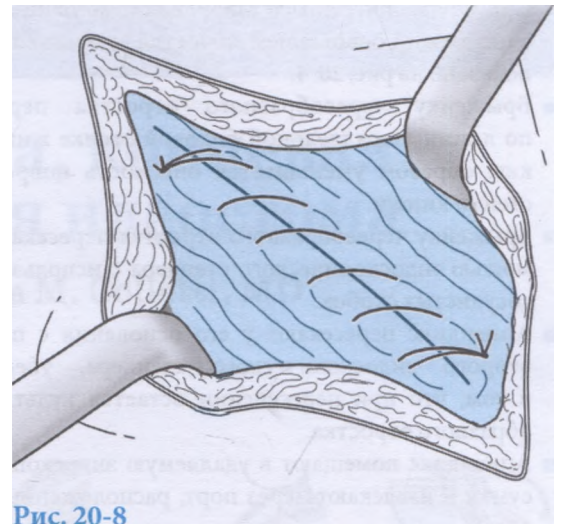


Рис. 20-8

Лапароскопическая аппендэктомия

- В подпупочной области делают разрез длиной 12 мм, через который в брюшную полость вводят иглу Вереша или используют технику Хассона (см. рис. 20-1). Брюшную полость наполняют двуокисью углерода и вводят 5-мм угловой лапароскоп.
- 5-мм порт располагается по средней линии выше лобковой кости, второй 5-мм порт — латерально в нижнем квадранте (см. рис. 20-1). Лапароскоп вводят через латеральный порт, для выполнения операции используют срединные порты.
- Проводят исследование брюшной полости для исключения других заболеваний. Потом все внимание сосредотачивают на правом нижнем квадранте брюшной полости.
- Пациент находится в крутом положении Тренделенбурга больше с правой стороны для улучшения экспозиции.
- Большой сальник и тонкую кишку смещают краиниально.
- Определяют противобрыжечную поверхность подвздошной кишки (связку Тревеса). От тощей кишки следуют к слепой. Отросток обычно идентифицируют, следуя по тениям слепой кишки.
- В случае ретроцекального расположения червеобразного отростка может потребоваться мобилизация слепой и восходящей кишки путем рассечения латерального ретроперитонеального прикрепления.
- Воспалительные спайки между тонкой кишкой, слепой и червеобразным отростком встречаются часто. Как правило, они могут быть разделены тупым путем, хотя может потребоваться и острое разделение.
- Коагуляции следует избегать вблизи кишечника.
- Как только визуализируется верхушка червеобразного отростка, ее захватывают и выводят аппендикс впереди слепой кишки.

- С помощью диссектора Мэриленд (Maryland) создают окно между основанием отростка и брыжейкой, как показано на рис. 20-4.
- Брыжейку червеобразного отростка пересекают по линии, параллельной боковой стенке живота, таким образом уменьшается опасность повреждения стенки кишки.
- Брыжейку червеобразного отростка пересекают с помощью эндоскопического степлера с использованием сосудистых скобок.
- Аппендикс пересекают у его основания с помощью второго эндоскопического степлера, убедившись в том, что при пересечении остается культя червеобразного отростка.
- Аппендикс помещают в удаляемую эндоскопическую сумку и извлекают через порт, расположенный выше пупка.
- Культю червеобразного отростка и пересеченную брыжейку оценивают на состоятельность и гемостаз в области наложенных скобок.
- В брюшной полости промывают все квадранты с целью профилактики формирования абсцессов.
- Тонкий кишечник возвращают в нижнюю часть живота, сальником накрывают культю червеобразного отростка.
- Лапароскоп помещают в один из портов по средней линии для контроля гемостаза в остальных портах передней брюшной стенки.
- 5-мм порты не нуждаются в ушивании апоневроза, но в порте выше пупка необходимо ушить апоневроз рассасывающейся ниткой.
- Кожу ушивают монофиламентной нитью или заклеивают кожным клеем.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

- По мере улучшения состояния больному назначают стандартную диету и выписывают домой, когда он может принимать пищу и справляться с болью путем приема таблеток.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Повреждение кишечника или других смежных структур.
- Внутривнутрибрюшной абсцесс.
- Нагноение послеоперационной раны (чаще при открытой аппендэктомии).
- Толстокишечный свищ.

ВАЖНЫЕ СОВЕТЫ

- Полезно делать разрез в том месте, где у пациента является наибольшая боль или проецируется аппендикс при обследовании. Особенно это важно у беременных и при атипичном расположении червеобразного отростка.
- Лапароскопическую аппендэктомию необходимо переводить в открытую операцию при возникающих трудностях по визуализации или выделении червеобразного отростка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Andersen B.R., Kallehave F.L., Andersen H.K. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 3: CD001439.
- Doria A.S., Moineddin R., Kellenberger C.J., et al. U.S. or C.T. for diagnosis of appendicitis in children and adults? A meta-analysis. *Radiology.* 2006; 241:83-94.
- Jones P.F. Suspected acute appendicitis: trends in management over 30 years. *Br.J. Surg.* 2001;88:1570-1577.
- Sauerland S., Lefering R., Neugebauer E.A. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004; 4: CD001546.

Петлевая колостома, концевая илеостома, петлевая илеостома

Bedabrata Sarkar, MD, and Lisa M. Colletti, MD

ПОКАЗАНИЯ

- Для выключения кишечника.
- Защита дистального анастомоза.
- Помощь при наличии препятствия.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Абсолютные

- Нет.

Относительные

- Карциноматоз, исключающий мобилизацию кишки.
- Патологическое ожирение, при котором брыжейка или стома не могут достичь поверхности кожи.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Ожидаемый эффект

- Декомпрессия кишечной непроходимости.
- Защита дистального анастомоза с целью снижения риска развития перитонита.

Возможные риски

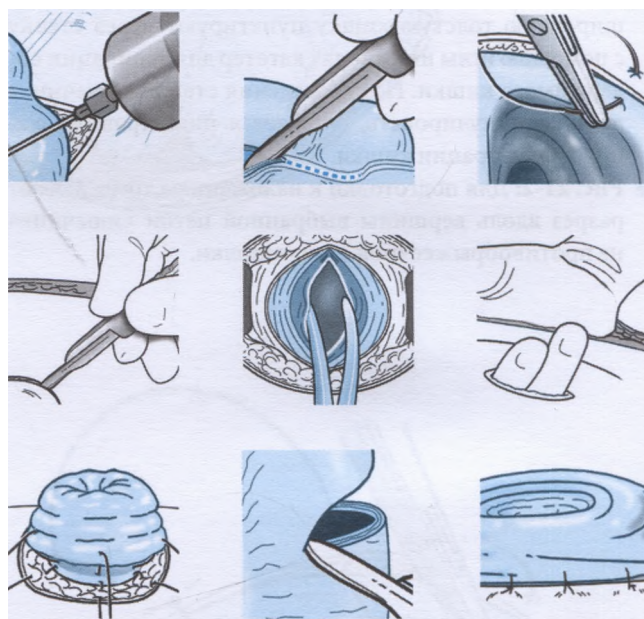
- Кровотечение.
- Внутривнутрибрюшной абсцесс.
- Нагноение раны.
- Парастомальная грыжа.
- Необходимость коррекции стомы вследствие вторичного стеноза или ишемии.

ОБОРУДОВАНИЕ

- Стандартный набор хирургических инструментов для операции на желудочно-кишечном тракте.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА

- Назогастральный зонд в случаях перфорации или непроходимости.
- Мероприятия, направленные на коррекцию водных и электролитных нарушений.
- Предоперационное введение антибиотиков и введение дополнительных доз в случае увеличения времени операции.



- При малых операциях на кишечнике нет необходимости в подготовке кишечника.
- Предоперационная оценка и маркировки позиции стомы для оптимального функционирования энтеростомы.

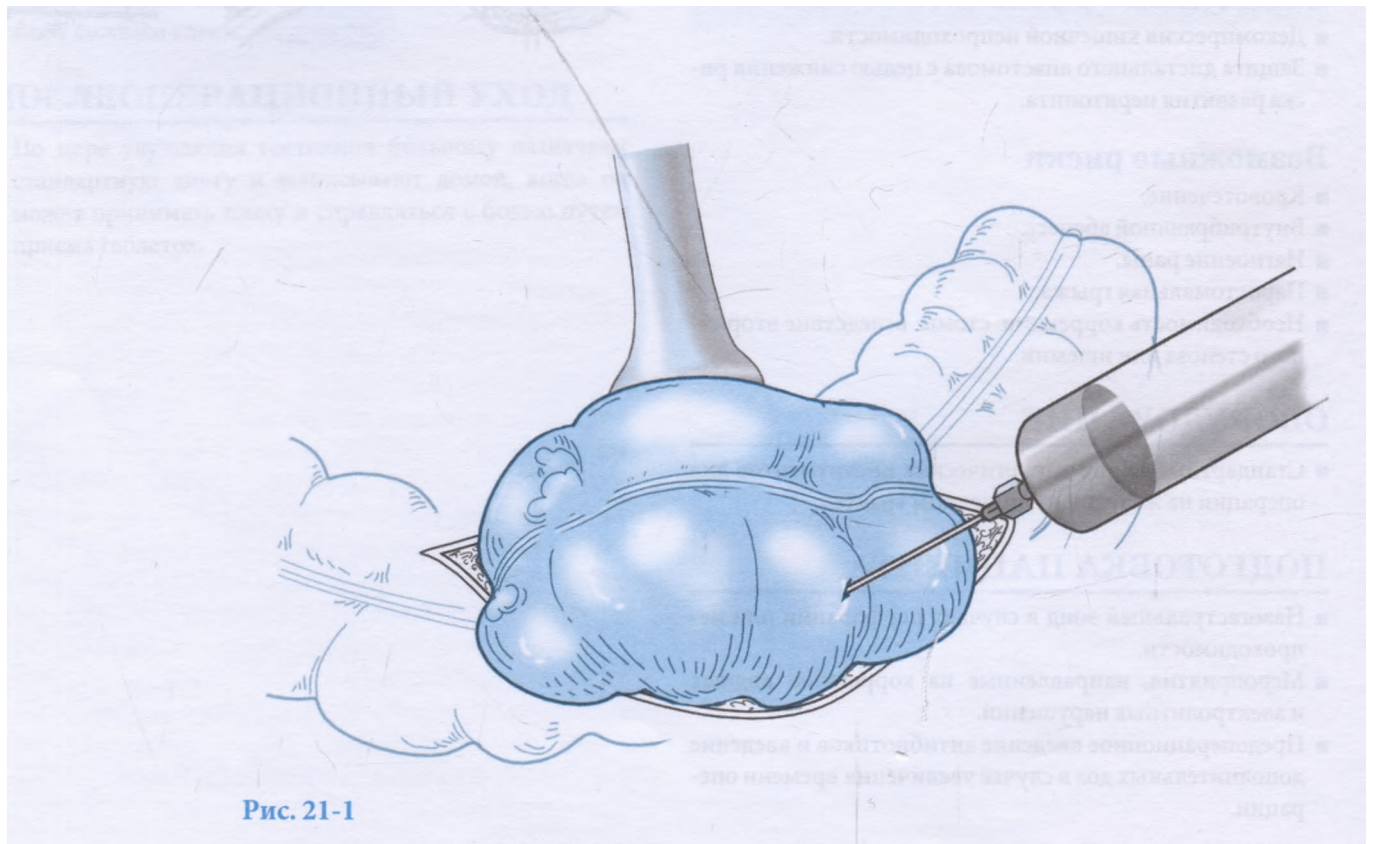
ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

- Пациент лежит на спине.

ОПЕРАЦИЯ

Петлевая колостома

- **Рис. 21-1:** Когда стоме накладывают для эвакуации фекальных масс в связи с дистальной обструкцией, расширенную толстую кишку пунктируют через стенку с помощью иглы или вводят катетер для аспирации содержимого кишки. После спадения стенок кишечника легче манипулировать, снижается риск травмирования и перфорации кишки.
- **Рис. 21-2:** Для подготовки к наложению стомы делают разрез вдоль вершины выбранной петли кишечника на противобрыжеечной стенке кишки.

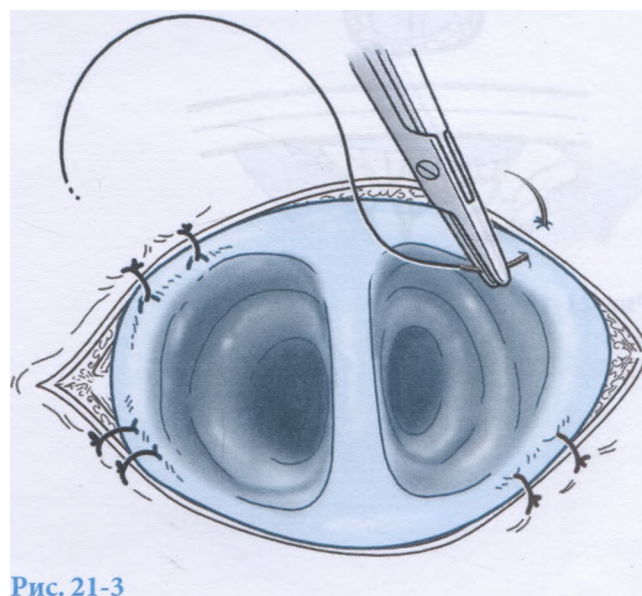




- **Рис. 21-3:** Края разрезанного кишечника выворачивают и узловыми швами через всю стенку кишки подшивают к коже.
- Стержень или красный резиновый катетер могут быть помещены под петлю толстой кишки, однако этот шаг не является необходимым и может помешать нормальной функции стомы.

Концевая илеостома

- **Рис. 21-4А:** Для создания концевой илеостомы круговой разрез около 2,5 см в диаметре делают в месте проекции прямой мышцы живота.
- **Рис. 21-4Б:** тупым путем производят разделение мягких тканей до уровня фасции.
 - Делают крестообразный разрез фасции длиной 2 см в обоих направлениях.
 - Волокна прямой мышцы разводят с использованием зажима и ранорасширителя.
- **Рис. 21-4В:** Парietальную брюшину рассекают крестообразно таким образом, чтобы свободно проходили два пальца.
- **Рис. 21-4Г, Д:** Через сделанное отверстие с помощью зажима Бэбкока выводят тонкую кишку, которая выступает над поверхностью кожи на 5 см, при этом следует соблюдать осторожность, чтобы избежать перекручивания брыжейки.
 - Четырьмя швами по Бруку (Brook) выворачивают кишку наизнанку. Эти узловые швы накладывают путем прошивания резецированного края тонкой кишки на всю толщину, затем прошивают серозно-мышечный слой кишки на уровне кожи и, наконец, кожу.



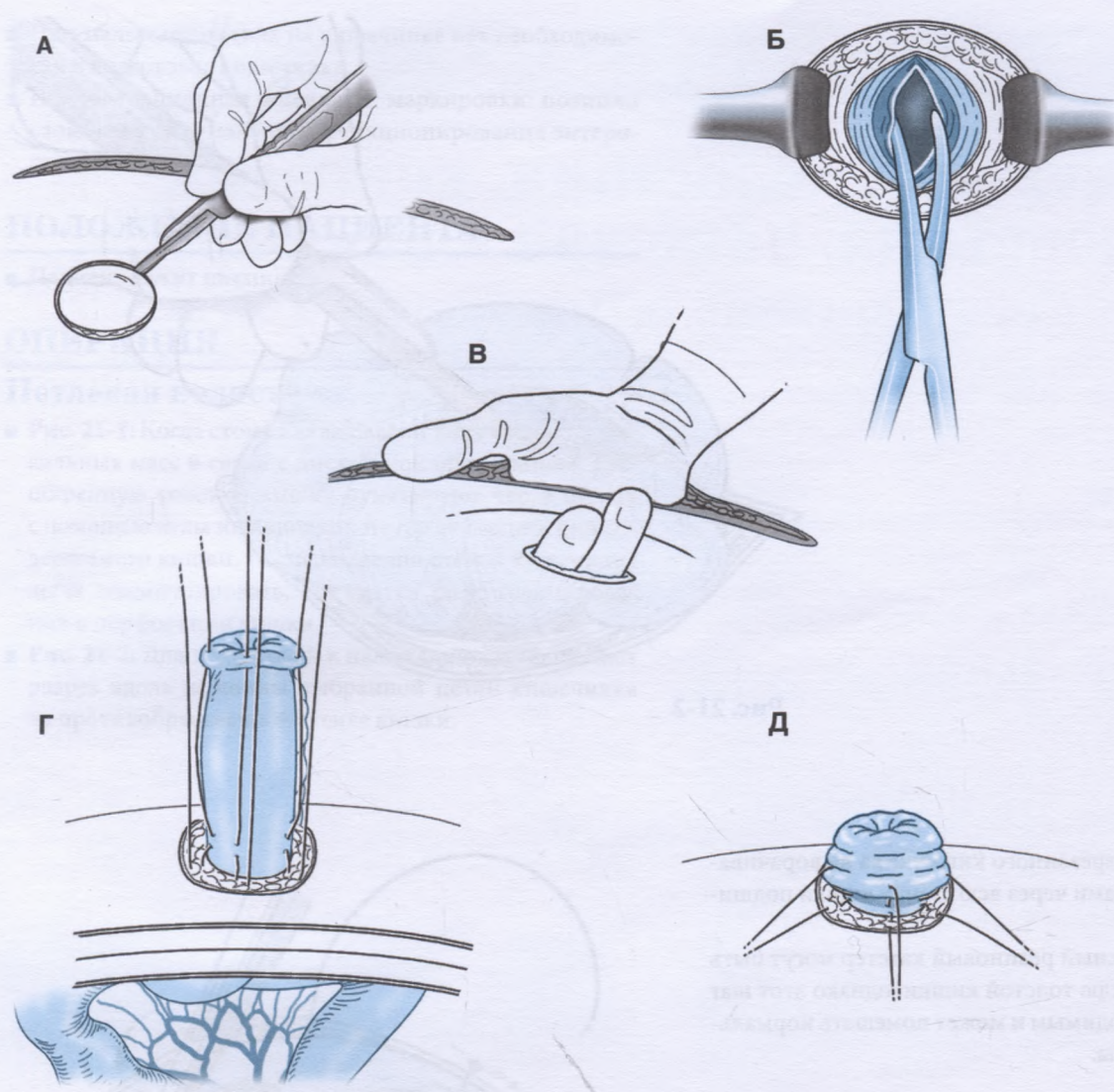


Рис. 21-4А-Д

- Швы располагают в четырех квадрантах, избегая брыжейку.
- Швы завязывают вниз, таким образом выворачивают края кишечника, подымая его просвет над кожей.
- Дополнительными узловыми швами между четырьмя швами по Бруку ликвидируют просвет между кишечником и кожей.

Кольцевая илеостома

- Рис. 21-5А-Г: Петлю подвздошной кишки проводят через брюшную стенку (рис. 21-5А), при этом разрез расширяют примерно до 80% окружности дистального колена петли кишки (рис. 21-5Б). Разрезанный край проксимального колена выворачивают и фиксируют узловыми швами (рис. 21-5В, Г).
- В результате проксимальный край стомы располагается выше уровня нефункционирующего или дистального колена, которое располагается на одном уровне с поверхностью кожи.

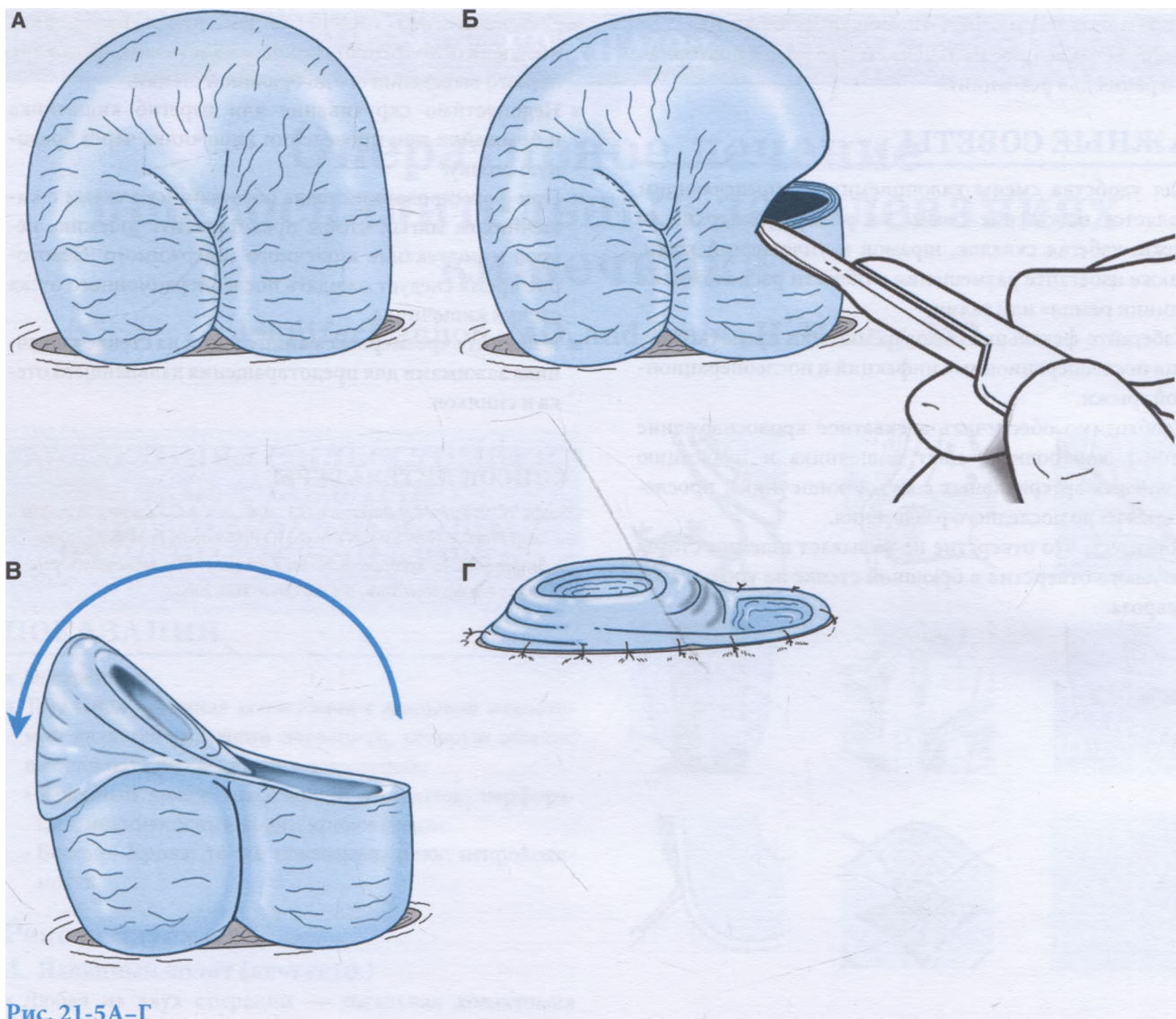


Рис. 21-5А-Г

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД

- В первую послеоперационную неделю стома может выглядеть темной с отеком.
- Необходимо обучить пациента ухаживать за стомой, а также снимать раздражение кожи вокруг стомы.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Раздражение кожных покровов от желудочно-кишечного содержимого.
- Втягивание стомы (более часто у пациентов с ожирением).
- Механическая непроходимость в связи с чрезмерным сужением отверстия в апоневрозе при ушивании вокруг стомы.
- Парастомальные грыжи.
- Проплапс.
- Свищ.

- Стеноз (можно вылечить с помощью дилатации).
- Некроз стомы в связи с ишемией (требуется повторная операция для резекции).

ВАЖНЫЕ СОВЕТЫ

- Для удобства смены калоприемника определяющим является наложение стомы на ровную поверхность кожи, избегая складок, шрамов и уплотнений кожи. Также избегайте размещения в области расположения «линии ремня» или талии.
- Избегайте фекальных загрязнений для предотвращения послеоперационных инфекций и послеоперационной грыжи.
- Необходимо обеспечить адекватное кровоснабжение стомы, контролируя цвет кишечника и пульсацию концевых артериальных сосудов кишечника, проследившая их до последнего разделения.
- Убедитесь, что отверстие не вызывает ишемии стомы от узкого отверстия в брюшной стенке на уровне апо-невроза.

- Для наложения стомы без натяжения необходимо обеспечить достаточную подвижность кишечника для легкого выведения его до брюшной стенки.
- Недопустимо скручивание или перегиб кишечника и брыжейки при проведении кишечника через брюшную стенку.
- При формировании стомы обращайтесь руками с кишечником мягко, чтобы предотвратить ишемию, некроз и подтекание кишечного содержимого. Некоторое время следует ожидать послеоперационного отека стенки кишечника.
- Избегайте чрезмерных манипуляций на стенке кишечника зажимами для предотвращения дальнейшего отека и синяков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Souba W.W., Fink M.P., Jurkovich G.J., et al., eds. *A.C.S Surgery, Principles and Practice*. New York, NY: WebMD Professional Publishing; 2006.
- Zollinger R.M. Jr, Zollinger R.M. Sr. *Zollinger's Atlas of Surgical Operations*, 8th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.