

нормализация кровотока в кишечной стенке, что свидетельствует о «созревании» стомы и готовности пациента к реконструктивно-восстановительной операции.

3. Оценка кровотока в кишечной стенке методом цветового триплексного ска-

нирования не требует специальной подготовки пациента и специалистов, что обуславливает необходимость включения его в комплекс предоперационного обследования для определения индивидуальных сроков проведения восстановительной операции.

Сведения об авторах статьи:

Ибатуллин Артур Альберович – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: art-ibatullin@yandex.ru.

Аитова Лилия Ринатовна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)232-33-00.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. отделением колопроктологии ГБУЗ «ГКБ №21». Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел./факс: 8(347)232-19-22.

Макарьева Марина Леонидовна – к.м.н., доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 232-33-00.

Гайнутдинов Фазыл Мингазович – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 232-33-00.

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 232-33-00.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, Г.И. Подготовка больных с двустольными и краевыми колостомами к восстановительным операциям / Г.И. Воробьев, В.С. Зикас, Д.К. Павалькис // Хирургия. – 1991. – № 3. – С. 93-95.
2. Восстановление непрерывности толстой кишки у колостомированных больных / М.Д. Ханевич [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – Т. 14, № 1. – С. 50-53.
3. Проктэктомия с сохранением элементов наружного сфинктера в хирургии нижеампулярного рака прямой кишки / Г. Воробьев [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 9. – С. 8-14.
4. Реконструктивно-восстановительные операции у больных после обструктивной резекции толстой кишки / Б.С. Запорожченко [и др.] // Клінічна хірургія. — 2011. — № 7. — С. 19-21.
5. Сафронов, Д.В. Сравнительная характеристика одноствольных и двустольных колостом / Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 1. – С. 72-79.
6. Собственный опыт лечения осложненных форм дивертикулярной болезни толстой кишки / В.М. Тимербулатов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. – № 5. – С. 68-71.
7. Ультразвуковое исследование в диагностике дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее хронических воспалительных осложнений / Л.П. Орлова [и др.] // Колопроктология. – 2013. – № 1. – С. 19-27.
8. Эволюция взглядов использования УЗИ в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / И.В. Верзакова [и др.] // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2012. – № 2. – С. 252.
9. Maconi, G. Bowel Ultrasound: Investigation Technique and Normal Findings / G. Maconi, C. Rigazio, E. Ercole. – Springer, Berlin, Heidelberg, 2013. – 289 p.
10. Martínez, J.L. Factors related to anastomotic dehiscence and mortality after terminal stomal closure in the management of patients with severe secondary peritonitis / J.L. Martínez, E. Luque-de-León, P. Andrade // J. Gastroint. Surg. – 2008. – Vol. 12, № 12. – P. 2110-2118.

УДК 616.34-006.6-089.06-089844-089.168

© Коллектив авторов, 2017

А.А. Ибатуллин¹, Л.Р. Аитова¹, Ф.М. Гайнутдинов¹, А.В. Куляпин², М.В. Тимербулатов¹
РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ СТОМАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

Неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком и других заболеваний толстой кишки приводит к увеличению количества операций заканчивающихся наложением кишечной стомы. Проведен анализ причин развития поздних стомальных осложнений у 141 стомированного больного. Парастомальная грыжа выявлена у 44 (31,2%), пролапс у 29 (20,6%), стриктура у 9 больных (6,4%). Внедрены в практику новые методы хирургической коррекции осложненных стом. Оценены результаты реконструктивных вмешательств у стомированных больных. Проведение реконструктивных вмешательств осложненных стом, выполненных в объеме перемещения стомы на новое место с забрюшинным проведением, позволяет получить удовлетворительные результаты, значительно улучшить качество жизни больных с возможностью применения современных средств ухода за стомой, что способствует полноценной социальной адаптации стомированного больного. Разработка новых методов хирургической коррекции стомальных осложнений позволяет улучшить результаты реконструктивных операций на стоме и требует дальнейшего развития данного направления в рамках программы хирургической реабилитации стомированных больных.

Ключевые слова: кишечная стома, стомальные осложнения, реконструктивная операция.

A.A. Ibatullin, L.R. Aitova, F.M. Gainutdinov, A.V. Kulyapin, M.V. Timerbulatov
RECONSTRUCTIVE SURGERY OF STOMY COMPLICATIONS

The steady increase in the incidence of colorectal cancer and other diseases of the colon leads to the rise in the number of operations ending with ostomy. The study analyzes the causes of late stomy complications in 141 patients. 44 (31.2%) of them had

parastomal hernias, 29 (20.6%) prolapse, and 9 (6.4%) patients had a stricture. New methods of surgical correction of complicated stomas have been implemented into practice. Results of these surgical reconstructions were evaluated in the study. Reconstructive procedures for complicated stomas, made in the amount of movement of the stoma to a new location with retroperitoneal transportation, allows to obtain satisfactory results, significantly improve the quality of life with the possibility of using modern care for the ostomy, enabling proper social adaptation of the patient. Development of new methods of surgical correction of stoma complications allows to improve the results of reconstructive operations on the stoma and requires further development of this direction in the framework of the program of surgical rehabilitation of stomy patients.

Key words: intestinal stomas, complicated intestinal stomas, surgical reconstruction.

Неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком и другими заболеваниями толстой кишки приводит к увеличению количества операций, заканчивающихся наложением кишечной стомы [1,3,4,5]. Этап формирования стомы не является основным в большинстве случаев проведения хирургического вмешательства, однако для самого пациента уход за стомой выходит на первое место, и возникающие проблемы приводят, зачастую, к развитию грозных осложнений и являются основной причиной, препятствующей полноценной реабилитации больного [2].

Цель исследования – провести анализ причин развития поздних стомальных осложнений, определить показания для их хирургической коррекции и оценить результаты внедрения новых методов оперативных вмешательств.

Материал и методы

Исследованы 141 человек, находящийся на диспансерном наблюдении в кабинете реабилитации стомированных больных ГКБ №21 г. Уфы (рис. 1). Большинство больных (121 человек – 85,8%) были оперированы по поводу рака толстой кишки, в том числе 103 (85,1%) были оперированы радикально, 18 (14,9%) перенесли паллиативные вмешательства. Среди радикально оперированных пациентов у 67 (55,4%) было плановое вмешательство – экстирпация прямой кишки или обструктивная резекция сигмовидной и прямой кишок, а 36 (29,8%) больным была проведена экстренная операция. По поводу различных форм осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) оперированы 8 (5,7%) человек, 4 (2,8%) больных страдали язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК). У 4 (2,8%) пациентов причиной наложения стомы стала травма кишки и спаечная болезнь брюшины (ССБ) (рис. 1).

По видам стомы пациенты распределились следующим образом: 107 (75,9%) пациентов имели сигмостому, которая в большинстве случаев была одноствольной – 97 человек (90,7%). Мужчин и женщин было примерно равное соотношение – 51 (47,7%) и 56 (52,3%) человек соответственно. В 20 (14,2%) случаях наблюдений была сформирована трансверзостома, которая в 13 (65%) случаях была двухствольной и в 7 (35%) – одностволь-

ной. Илеостома была у 13 (9,2%) пациентов, чаще встречалась одноствольная – в 9 (69,2%) случаях. У одной (0,7%) больной по поводу опухоли малого таза в связи с диастатическим разрывом слепой кишки была выведена цекостома.

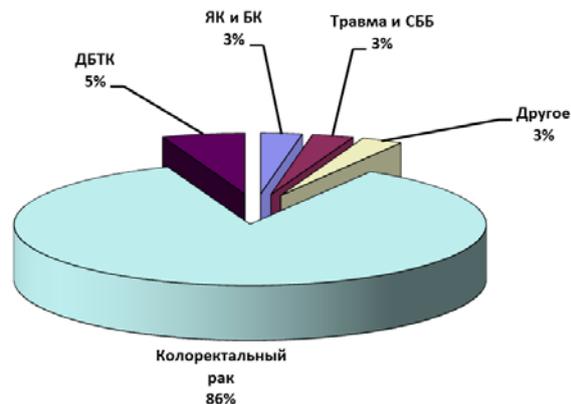


Рис. 1. Распределение стомированных больных по заболеваниям, ставшими причиной наложения кишечной стомы

Преобладание пациентов с одноствольной сигмостомой можно объяснить более частым развитием рака и дивертикулеза в дистальных отделах толстой кишки, а также невозможностью выполнить первичное восстановительное вмешательство при осложненном течении заболевания: перфорация кишки и острая кишечная непроходимость. В группе пациентов с трансверзостомой превалирование двухствольной стомы обусловлено тем, что поперечная ободочная кишка, имея брыжейку при неоперабельной патологии в дистальных отделах толстой кишки, была наиболее удобна при выполнении операции отключения.

Результаты и обсуждение

При обследовании больных акцент делался на выявлении осложнений со стороны стомы и возможном выявлении причин их развития (табл. 1). Каких-либо осложнений не выявлено среди обследованных только у 33 (23,4%) пациентов, среди которых преобладали мужчины – 23(69,7%). Удельный вес стомированных больных без осложнений был выше в молодых возрастных группах (табл. 1).

Суммарное количество осложнений превышает общее количество пациентов поскольку у одного больного диагностировано два и более осложнений.

Парастомальная грыжа (ПСГ) (рис. 2) выявлена у 44 (31,2%) пациентов (табл. 2).

Следует отметить, что женщин с этим осложнением было 26 (59,1%), мужчин – 18 (40,9%).

Таблица 1
Распространенность стомальных осложнений у стомированных больных

Вид осложнения	Количество (n=141)	
	абс.	%
Парастомальная грыжа	44	31,2
Пропалс	29	20,6
Стриктура	9	6,4
Свищ	22	15,6
Мацерация	32	22,7
Гипергрануляция	6	4,3
Втянутая стома (дефектная)	23	16,3

Эти показатели соответствуют и литературным данным [6]. Большинство авторов объясняют это слабостью передней брюшной стенки у женщин. Данное осложнение также более характерно для пациентов старшей возрастной группы (все пациенты были старше 50 лет), а в возрастном периоде 71-80 лет осложнение отмечено почти в половине случаев – 43,5%. Большинство пациентов с ПСГ – 29 (65,9%) человек – ранее перенесли плановое радикальное вмешательство по поводу рака прямой кишки, 10 (22,7%) человек – экстренное. Существенное различие можно объяснить более длительным периодом стомано-

сительства у пациентов с пожизненной стомой, тогда как большинству пациентов, перенесших экстренное радикальное вмешательство с выведением стомы, проводится восстановительная операция еще до развития возможных осложнений. У пациентов с одноствольной сигмостомой ПСГ диагностировалась несколько чаще - в 38 (38,8%) случаях, что также обусловлено более длительным периодом стоманосительства. Относительно редко ПСГ выявлялась у пациентов с илеостомой – в 2 (15,4%) случаях, что также соответствует данным литературы [6].



Рис. 2. Вид больной с сигмостомой, осложненной парастомальной грыжей

Таблица 2
Распределение стомированных пациентов по полу, возрасту, наличию парастомальной грыжи и пролапса

Осложнение	Возраст, лет												Всего		
	до 30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80			старше 80	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж		м	ж
Без осложнений	1	1	2	-	1	1	4	1	6	4	8	3	1	-	33
Парастомальная грыжа	-	-	-	-	-	-	5	3	4	10	8	12	1	1	44
Пропалс	1	-	-	1	4	2	4	-	1	4	3	7	-	2	29
Всего...	2	1	3	3	6	4	15	15	14	26	23	23	3	3	141

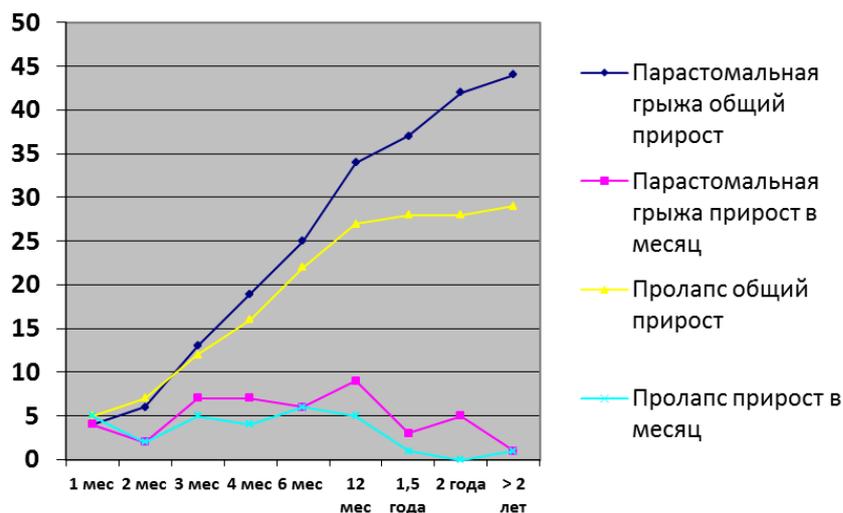


Рис. 3. Динамика развития парастомальной грыжи и пролапса

Нами также изучена динамика развития данного осложнения (рис. 3). Срок наблюдения составил более 2 лет с момента выведения стомы. Анализ показал, что более половины ПСГ развивается в первые 6 месяцев – 25

(56,8%) человек, а к 12 месяцам ПСГ выявлена уже у 34 (77,3%) пациентов.

В большинстве случаев ПСГ пациентов не беспокоили и не мешали пользоваться калоприемником. В ряде случаев при наличии

ПСГ большого размера и клинических симптомов оперативное лечение не было показано из-за распространенности основного процесса или запущенности сопутствующих заболеваний и пожилого возраста. С момента открытия кабинета реабилитации стомированных больных в 2005 году нами выполнено 17 реконструктивных операций по поводу ПСГ (табл. 3). Все больные имели пожизненную сигмостому после перенесенной экстирпации или брюшно-анальной резекции прямой кишки. Во всех случаях пациенты предъявляли жалобы на периодически возникающие приступы болей в области грыжевого выпячивания, а также невозможность использовать калоприемник в связи с выраженной деформацией в области стомы. Все пациенты прошли тщательное обследование, включающее лабораторные методы, ультразвуковое исследование, фиброколоноскопию, ирригографию и другие методы. При отсутствии признаков рецидива заболевания и противопоказаний проводилось оперативное лечение. При выполнении реконструкции стомы по поводу ПСГ мы придерживаемся следующей методики (Патент РФ №2406454): при отсутствии симптомов спаечной болезни брюшины операция выполнялась из местного доступа (рис. 4). Предварительно стома ушивается. Окаймляющим разрезом вокруг стомы рассекаются кожа и подкожная жировая клетчатка до грыжевого мешка. Грыжевой мешок вскрывается, содержимое вправляется в брюшную полость, при наличии спаечного процесса в грыжевом мешке выполняется предварительный адгезиолиз. Грыжевой мешок отделяется от сращений, излишки его отсекаются. В дальнейшем выполняются ревизия приводящего отдела сигмовидной кишки и освобождение ее от спаек и ее дополнительная мобилизация до границы средней и нижней трети нисходящей ободочной кишки. После этого в предбрюшинной клетчатке выполняется канал от границы средней и нижней трети нисходящей ободочной кишки до устья грыжевого мешка. Через образованный забрюшинный канал проводятся сигмовидная кишка и нижняя треть нисходящей ободочной кишки. Предложенный метод позволяет создать более длинный забрюшинный канал, предотвращающий развитие пролапса в последующем, и исправить резкий изгиб в области перехода нисходящей в сигмовидную ободочную кишку, что способствует облегчению пассажа содержимого по кишке, затем дефект брюшины ушивается кетгутом. При наличии условий мы перемещаем кишку выше через интактное

место в мышечно-апоневротическом слое. Грыжевые ворота в зависимости от размеров либо ушиваются до размеров кишки, либо при большом размере укрепляются полипропиленовой сеткой с отверстием в центре, через которое проводится кишка. Образовавшаяся полость дренируется в отлогих местах через контрапертуры вакуумными дренажами. Ушивание кожной раны возможно в нескольких вариантах. Первый наиболее благоприятный вариант, когда кишка выводится через вновь образованное отверстие в виде плоской колостомы несколько выше прежней раны, а последняя ушивается наглухо. При невозможности описанного варианта кожная рана может ушиваться вокруг стомы. Однако в данном случае возникает неровность кожи, деформированной наложенными швами, что приводит к негерметичности и инфицированию раны при использовании калоприемника и необходимости менять калоприемник при снятии швов. В связи с этим нами предложен способ ушивания парастомальной раны (Патент РФ №2395238), при котором на кожную рану вокруг стомы накладывается непрерывный внутрикожный шов таким образом, что концы нити с узлами остаются снаружи и изнутри от пластины калоприемника, которая наклеивается на рану сразу же после предварительного покрытия ее латексным клеем (рис. 5). Данный способ позволяет создать ровную и герметичную рану, а снятие непрерывного шва производится без смены пластины калоприемника.

Таблица 3

Вид операции при реконструкции стомы при ПСГ, n

Вид операции	Проводилась	Не проводилась
Реконструкция стомы с забрюшинным проведением	13	4
С применением полипропиленовой сетки	11	6
С перемещением стомы на новое место	9	8

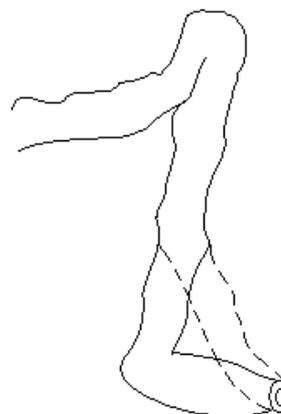


Рис. 4. Способ формирования забрюшинной стомы. Пунктиром показан формируемый забрюшинный канал

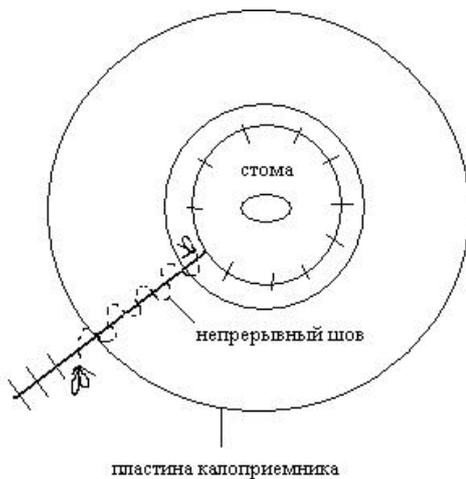


Рис. 5. Способ ушивания парастомальной раны

Учитывая первый опыт подобных операций в клинике ГКБ №21, группа контроля в данном исследовании отсутствовала. Оценка результатов операций проводилась в сравнении с литературными данными [5,6]. Более детальная статистическая обработка будет возможна после накопления соответствующего материала.

В 4 (16,7%) случаях отмечены неудовлетворительные результаты после выполнения реконструкции стом, что сопоставимо с литературными данными [5,6]. В одном случае у больного после выполнения реконструкции стомы с протезирующей герниопластикой полипропиленовой сеткой без забрюшинного проведения с оставлением стомы на прежнем месте развилась клиника рецидивной ПСГ. Больной оперирован, на операции данных за ПСГ не выявлено, а картину грыжи симулировал подкожный пролапс кишки, образовавшийся вследствие выхода приводящего отдела сигмовидной кишки через отверстие в сетке, которая была ушита дополнительными швами с иссечением избытка выпадающей кишки.

В другом случае у больной, оперированной по поводу ПСГ, также с оставлением стомы на прежнем месте, течение послеоперационного периода осложнилось нагноением парастомальной раны. В последующем у больной образовались множественные сообщающиеся между собой лигатурные свищи. В связи с этим пациентка повторно оперирована, на операции выявлена единая гнойная полость с тотальным нагноением всей зоны установленного сетчатого протеза. На операции выполнено иссечение гнойника единым блоком в пределах здоровых тканей, кишка перемещена выше через вновь сформированное отверстие в апоневрозе и коже. Образовавшийся дефект апоневроза укреплен новым сетчатым протезом.

В третьем случае у пациента через год после выполненной реконструкции стомы с применением полипропиленовой сетки без формирования забрюшинного канала развилась кишечная непроходимость, по поводу которой пациент оперирован. На операции выявлено рихтеровское ущемление тонкой кишки в окне полипропиленовой сетки. Окно дополнительно было ушито до размеров кишки, течение послеоперационного периода было без особенностей.

Таким образом, анализ показал, что все неудовлетворительные результаты были обусловлены техникой операции, при которой либо по разным обстоятельствам проводилась реконструкция стомы без забрюшинного проведения, либо с оставлением стомы на прежнем месте.

Пролапс стомы по распространенности среди других осложнений находился на втором месте и отмечен в 29 (20,6%) случаях. Анализ распространенности данного осложнения не выявил какой-либо зависимости от пола больного. Пик отмечен в возрастной группе от 71 года до 80 лет, в которой пролапс диагностирован у 10 (21,7%) больных. Наиболее распространено данное осложнение при наличии двустольной трансверзостомы. Так пролапс выявлен у 10 (76,9%) из 13 больных с двустольной трансверзостомой. В 9 (90%) случаях выпадала отводящая кишка. Данная особенность обусловлена наличием длинной брыжейки поперечной ободочной кишки. Результаты анализа показали, что динамика развития данного осложнения схожа с динамикой развития ПСГ. Пролапс развился у 22 больных через 6 месяцев и у 27 больных через год после наложения стомы (75,9% и 93,1% соответственно). В одном случае пролапс отмечен у больной с цекостомой, что наглядно демонстрирует порочность данного вида стомы (рис. 6). Развитие пролапса цекостомы произошло уже через 3 месяца, при этом выпадающий сегмент состоял из всей илеоцекальной области, включающей восходящую ободочную и терминальный отдел подвздошной кишки. Пациентка не могла использовать калоприемник и испытывала значительные трудности при уходе за стомой.

Как правило, наличие пролапса не является показанием для реконструкции стомы. Зачастую выпадение носило непостоянный характер, и в покое кишка самостоятельно вправлялась в брюшную полость. В нашей клинике по поводу пролапса оперировано 4 пациента. Во всех случаях это были пациенты с длительным периодом стоманосительства, у

которых выпадающий сегмент составлял более 15 см и вызывал значительные трудности или невозможность использования калоприемника (рис. 7).



Рис. 6. Вид больной с цекостомой, осложненной пролапсом

Объем оперативного вмешательства, выполняемого при пролапсе, был тот же что и при ПСГ. Производили выделение кишки, резекцию выпадающего сегмента, проведение кишки через забрюшинный канал по разработанной методике. В трех случаях удалось перенести стому на новое место (выше). Дефект апоневроза укрепляли полипропиленовой сеткой. Осложнений не отмечено.



Рис. 7. Пролапс сигмостомы

Сочетание грыжи и пролапса было отмечено только у 5 больных. Все из них имели стому более 2 лет, у 4 первоначально развилась ПСГ, а затем уже пролапс стомы. Относительно редкое сочетание этих двух осложнений по нашему мнению обусловлено тем, что производящим фактором обоих осложнений является повышение внутрибрюшного давления, которое реализуется в виде одного из осложнений – либо ПСГ, либо пролапса.

Стриктура стомы (рис. 8) диагностирована у 9 (6,4%) больных. Анализ причин развития стриктуры выявил у 7 пациентов стомальные осложнения в раннем послеоперационном

периоде в виде нагноения парастомальной раны (4 случая), краевого некроза стомы (2 случая) и в одном случае ретракцию стомы. Характер данного осложнения потребовал коррекции всех случаев. У 4 больных реконструкция стомы не проводилась, а были выполнены бужирование и рассечение стриктуры в связи с наличием у больных запущенного рака толстой кишки. При рассечении стриктуры нами использован разработанный способ с применением стента для профилактики рецидива стриктуры (Патент РФ №2357681). У 2 пациентов стриктура стала причиной развития острой кишечной непроходимости. В одном случае в связи с неэффективностью бужирования стриктуры илеостомы выполнены лапаротомия и рассечение спаек с ликвидацией стомы, в другом случае было выполнено рассечение стриктуры, и после купирования явлений непроходимости кишечной непрерывности была восстановлена через 4 суток. В 3 случаях у больных с пожизненной стомой, осложненной стриктурой, выполнена реконструкция из местного доступа с иссечением зоны стриктуры с мобилизацией кишки и наложением кожно-слизистых швов.



Рис. 8. Одноствольная сигмостома осложненная стриктурой

В 22 (15,6%) случаях у больных был диагностирован свищ. В 19 из 22 случаев свищ развился вследствие применения нерассасывающегося шовного материала при фиксации кишки к коже, который не был снят при выписке. В подобных ситуациях швы снимались в перевязочной кабинета реабилитации стомированных больных с рекомендациями проводить перевязки в последующем, что, как правило, приводило к заживлению. При развитии более глубоких свищей, сообщающихся с просветом кишки (3 пациента), выясняли причину их развития, и в тех случаях, когда обнаруживалась лигатура, производили ее удаление и перевязку с растворами антисептиков.

Такое осложнение, как мацерация вокруг стомы отмечено в 32 (22,7%) случаях. Развитие данного вида осложнения зависит от

нескольких факторов, в первую очередь от уровня выведенной стомы. Так, у пациентов с илеостомой мацерация отмечалась несколько чаще (30,8%), что обусловлено агрессивной средой содержимого тонкой кишки. Нами также отмечено более частое развитие мацерации у женщин (19 человек, 59,4%), чем у мужчин – 41,6% (13 человек), что объясняется большей резистентностью кожи к раздражениям у мужчин. Большинство пациентов с мацерациями отмечали зависимость степени выраженности воспаления от характера принимаемой пищи. Поэтому при собеседовании с больными давались рекомендации по диете с ограничениями в рационе острых и консервированных продуктов и алкоголя.

Гипергрануляции на стоме выявлены у 6 (4,3%) пациентов. Во всех случаях это были больные с длительным периодом стоманосительства. Кроме этого, трое пациентов по разным причинам, редко использовали калоприемник, что, по всей видимости, приводило к травматизации стомы. Двое из них перенесли реконструкцию стомы по поводу ПСГ большого размера, в остальных случаях каких-либо манипуляций не проводилось.

Особое внимание при обследовании уделено выявлению у пациентов так называемой втянутой стомы, которая была диагностирована в 16,3% случаев (23 пациента). Данный вид не относится к стомальным осложнениям в чистом виде, однако именно он в большинстве случаев становился причиной невозможности использования калоприемника, что значительно снижает качество жизни пациента. Анализ причин образования втянутой стомы показал, что во всех случаях причиной был дефект хирургической техники – подшивание кожи к брюшине, применяемый до сих пор большинством хирургов. Стереотипное мнение о том, что данная техника предупреждает инфицирование подкожной жировой клетчатки вокруг стомы, устарело и большинство авторов, занимавшихся данной проблемой, свидетельствуют об обратном [2]. Кроме этого, мы выявили следующие особенности: в 18 (78,3%) из 23 случаев это были женщины с одноствольной сигмостомой, что

можно объяснить более выраженной подкожной жировой клетчаткой у женщин в нижней половине живота. Втянутая трансверзостома диагностирована только у 2 (10%) пациентов. Данная порочная техника имеет только одно преимущество – при ликвидации втянутой стомы выделение ее значительно облегчается и, как правило, не требует дополнительной резекции кишки. Однако в исследуемой нами группе 67 (47,5%) пациентов имели пожизненную стому, у 14 (20,9%) из которых стома была втянутой.

Заключение

Таким образом, работа службы реабилитации стомированных пациентов позволяет сконцентрировать большинство пациентов со стомой и провести детальный анализ стомирующих операций, оценить их последствия и своевременно выявить и устранить неудовлетворительные результаты.

Несмотря на неизбежность развития парастомальных осложнений, в большинстве случаев при условии правильной хирургической техники возможно предупредить или отсрочить их возникновение.

Проведение реконструктивных вмешательств при осложненных стомах, выполненных в объеме перемещения стомы на новое место с забрюшинным проведением, позволяет получить удовлетворительные результаты, значительно улучшить качество жизни с возможностью применения современных средств ухода за стомой, способствующих полноценной социальной адаптации стомированного больного.

Разработка новых методов хирургической коррекции стомальных осложнений позволяет улучшить результаты реконструктивных операций на стоме и требует дальнейшего развития данного направления в рамках программы хирургической реабилитации стомированных больных.

Тем не менее у 4 (16,7%) пациентов после выполнения реконструкции стомы отмечены послеоперационные осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, что сопоставимо с результатами других исследований и говорит о нерешенности данной проблемы в хирургии.

Сведения об авторах статьи:

Ибатуллин Артур Альберович – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: art-ibatullin@yandex.ru.

Аптова Лилия Ринатовна – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)232-33-00.

Гайнутдинов Фазыл Мингазович – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)232-33-00.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. отделением колопроктологии ГБУЗ ГКБ №21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел./факс: 8(347)232-19-22.

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)232-33-00.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпов, Р.Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – №3. – С.32-36.
2. Воробьев, Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.: Стольный град, 2002. – 108 с.
3. Давыдов, М.И. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2006 г/ М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2008. – № 2. – С. 91-119.
4. Чиссов, В. И. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2003. – 253 с.
5. Cheung M-T. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomies / M-T Cheung, N-H Chia, W-Y Chiu // Dis Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 266-270.
6. Intestinal Stomas. Principles, Techniques, and Management. Second Edition, Revised and Expanded / Edited by Peter A. Cataldo, John M. MacKeigan. – U.S.A., 2004. – 524 p.

УДК 616.34-007.253
© Коллектив авторов, 2017

В.С. Пантелеев^{1,2}, Р.Р. Иштуков^{1,2}, В.Д. Дорофеев², М.О. Логинов^{1,2}
**СЕЛЕКТИВНОЕ АНГИОТРОПНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ С МЕСТНЫМ
 ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛЛАГЕНА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННЫХ
 ДУОДЕНАЛЬНЫХ И ВЫСОКИХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ**
¹*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*
Минздрава России, г. Уфа

²*ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа*

Несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи представляют собой серьезнейшую проблему в абдоминальной хирургии. Оперативные вмешательства у данной категории пациентов в основном выполняются в срочном порядке, поскольку большие потери кишечного содержимого через свищ ведут к ослаблению и истощению больных.

В статье представлен многолетний опыт хирургического лечения больных с несформированными дуоденальными и высокими тонкокишечными свищами с использованием оригинального комплексного подхода в основной группе больных. Местное применение коллагена на фоне селективного введения ангиопротекторов позволило снизить частоту несостоятельности кишечных швов после ушивания свищей, а в случаях ее возникновения она в большинстве своем была частичной. Таким образом, разработанная нами методика позволила снизить частоту несостоятельности кишечных швов, количество вновь образованных кишечных свищей и гнойно-септических осложнений.

Ключевые слова: несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи, коллаген, селективное воздействие ангиопротекторов, лазероантибиотикотерапия

V.S. Panteleev, R.R. Ishtukov, V.D. Dorofeev, M.O. Loginov
**SELECTIVE ANGIOPROTECTIVE IMPACT USING TOPICAL COLLAGEN
 ON UNFORMED DUODENAL AND HIGH JEJUNAL FISTULAS**

Unformed duodenal and high intestinal fistulas represent a major problem in abdominal surgery. Surgical interventions in these patients are mainly carried out urgently because large losses of intestinal content through fistulae lead to the weakening and exhaustion of patients.

The article presents long-term experience of surgical treatment of patients with duodenal and high unformed intestinal fistulas using the original integrated approach in the main group of patients. Local application of collagen against selective introduction of angioprotectors enabled to reduce the frequency of intestinal sutures insolvency after fistula closure, and in cases of its occurrence, it was mostly partial. Thus, the developed technique made it possible to reduce the frequency of insolvency of intestinal sutures, the number of newly formed intestinal fistulas and purulent-septic complications.

Key words: unformed duodenal and high jejunal fistulas, collagen, selective impact of angioprotectors, laser-and-antibiotic therapy.

Несформированные дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи представляют собой серьезнейшую проблему в абдоминальной хирургии [1,3,4,7,8,9]. Оперативные вмешательства у данной категории пациентов в основном выполняются в срочном порядке, поскольку большие потери кишечного содержимого через свищ ведут к ослаблению и истощению больных [5]. Если при низких тонкокишечных свищах можно выполнить резекцию кишки, несущей свищ(и) или сформировать обходной анастомоз, то при высоких, а тем более дуоденальных свищах, эта задача значительно усложняется, в связи с чем приходится ограничиваться ушиванием

свищевого дефекта(ов) в кишке. Учитывая наличие гнойно-воспалительного процесса и нарушение кровотока в кишечной стенке, эти операции нередко обречены на несостоятельность кишечных швов, а процесс может усугубиться образованием новых кишечных свищей, которые потребуют проведения повторных оперативных вмешательств. Анализ собственного архивного материала показал высокую частоту послеоперационных осложнений и летальности больных с вышеуказанной патологией и как следствие этого неудовлетворенность результатами оперативных вмешательств, что и побудило нас к поиску новых путей решения задачи лечения