

М.В. Тимербулатов¹, А.А. Ибатуллин¹, Ф.М. Гайнутдинов²,
А.В. Куляпин², Л.Р. Аитова^{1,2}, Э.М. Аминова^{1,2}, Р.Р. Эйбов^{1,2}

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЗАКРЫТИЯ СТОМАЛЬНЫХ РАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России», г. Уфа

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

Проведен анализ причин развития осложнений у больных после реконструктивно-восстановительной операции с закрытием кожной стомальной раны различными способами. После закрытия кожной стомальной раны традиционным способом отмечены следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны – 11,1%, расхождение краев послеоперационной стомальной раны – 18,5%. В практику внедрен в модифицированный способ закрытия кожной стомальной раны. Модифицированным способом оценены результаты реконструктивных вмешательств у стомированных больных с закрытием кожной стомальной раны.

Таким образом, внедрение модифицированного кисетного шва при закрытии стомальной раны позволило улучшить результаты хирургического лечения и снизить послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения и достичь хорошего косметического результата.

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

M.V. Timerbulatov, A.A. Ibatullin, F.M. Gainutdinov,
A.V. Kulyapin, L.R. Aitova, E.M. Aminova, R.R. Eybov

COMPARISON OF METHODS OF STOMAL WOUNDS CLOSING DURING RECONSTRUCTIVE SURGERIES

The work analyzes the causes of complications in patients after reconstructive surgery with closure of the skin stomal wound in various ways. The closure of skin wounds by traditional method was marked by the following complications: postoperative wound suppuration is 11.1%, breakdown of postoperative stomal wound - 18.5%. A modified method of closing skin stomal wounds was implemented into practice. Conclusion: the introduction of a modified pouch suture at the closure of the stomal wound allowed to improve the results of surgical treatment by reducing postoperative pyoinflammatory complications and to achieve a good cosmetic result.

Key words: intestinal stoma, stomal complications, reconstructive surgery.

В последнее время увеличилось число стомированных больных, что связано с увеличением количества операций, таких как передняя низкая резекция и операции по типу Гартмана при онкологических и других заболеваниях толстой кишки. Закрытие стомальной раны после проведения реконструктивно-восстановительных операций (РВО) считается малоинвазивной хирургией; однако возникновение гнойно-воспалительных осложнений на месте ранее существовавшей стомы является частым осложнением и составляет от 2 до 41% по данным различных авторов [1,2]. Наиболее частой причиной возникновения гнойно-воспалительных осложнений является бактериальное заражение кожи ввиду длительного контакта с кишечным содержимым. Введение методики закрытия стомальной раны кисетным швом при проведении РВО по данным проведенных исследований позволило уменьшить риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений и привело к уменьшению количества формирования патологических рубцов, что в том числе привело и к хорошему косметическому результату [3]. Также выявлено, что при наложении кисетного шва при закрытии стомальной раны нали-

чие промежутка в центре раны позволяет дренировать экссудативную и гнойную жидкости, что приводит к беспрепятственному процессу гранулирования и заживления раны и тем самым препятствует развитию гнойных осложнений в области ранее существовавшей стомы [4]. Однако данные ряда исследователей противоречат вышесказанному и утверждают, что наложение кисетного шва при закрытии стомальной раны затрудняет эвакуацию экссудата, что повышает риск возникновения послеоперационных осложнений [5]. Таким образом, в литературе нет единого мнения по поводу оптимального метода закрытия стомальной раны. Кроме этого, применение кисетного шва у ряда пациентов вызывает технические сложности, обусловленные индивидуальными особенностями пациента и самой стомальной раны.

Цель исследования – изучить ближайшие и отдаленные результаты реконструктивно-восстановительных операций в зависимости от выбранной техники закрытия раневого дефекта на месте ранее существовавшей стомы.

Материал и методы

В исследование был включен 61 больной (n=61), которому была проведена РВО с

закрытием стомальной раны в колопроктологическом отделении ГБУЗ РБ ГKB № 21 г. Уфы в период с 2015 по 2018 гг. Основную группу составили 34 пациента (n=34), которым проведена операция по восстановлению кишечной непрерывности с закрытием стомальной раны модифицированным кисетным швом. В группу сравнения вошли 27 пациентов (n=27), которым при проведении РВО

кожная рана на месте ранее сформированной стомы была ушита наложением узловых швов. Критериями исключения больных из исследования были: заболевания крови, ВИЧ, туберкулез. Всем больным при госпитализации проведена оценка анамнеза жизни и заболевания, а также наличие сопутствующих заболеваний и приверженность к вредным привычкам (табл. 1).

Таблица 1

Предоперационные сопутствующие факторы у пациентов с различными способами закрытия стомальной раны		
Сопутствующие заболевания и приверженность к вредным привычкам	РВО с закрытием стомальной раны узловым линейным швом	РВО с закрытием стомальной раны модифицированным кисетным швом
Сахарный диабет	1	0
Сердечно-сосудистые заболевания	2	3
Цирроз печени	0	0
Употребление алкоголя	7	10
Курение	7	6
Илеостома/колостома	10/17	14/20

У больных в процессе лечения проводились клинично-лабораторные и инструментальные методы обследования, учитывалась состоятельность швов при закрытии операционной стомальной раны и косметический результат. Для

удаления стомы были сделаны эллиптический разрез при закрытии стомальной раны узловыми швами и краевой разрез при наложении кисетного шва. Средний возраст пациентов, в данном исследовании составил 46,8 года (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по полу и возрасту на момент проведения РВО		
Характеристика пациентов	РВО с закрытием стомальной раны узловым линейным швом	РВО с закрытием стомальной раны модифицированным кисетным швом
Возраст, лет	24-68 (медиана=46)	28-62 (медиана=45)
Пол, муж/жен (чел.)	17/10	16/18

Результаты и обсуждение

Проведено сравнение различных способов закрытия операционной стомальной раны на передней брюшной стенке при проведении РВО. Летальных исходов в исследуемых группах не было. У всех пациентов основной группы не зарегистрировано нагноения раны, отмечалось формирование мягкого рубца звездчатой формы, что обусловило хороший косметический результат (табл. 3). В одном случае отмечалась несостоятельность швов, что привело к расхождению краев раны (2,94%).

В группе сравнения в 59,2% (16 больных) наблюдались формирование патологического (келлоидного или гипертрофического) послеоперационного рубца, в 11,1% (3 пациента) – нагноение послеоперационной раны с последующим снятием швов и открытым ведением, расхождение кожных швов в результате натяжения с последующим открытым ведением раны – в 18,5% (5 больных). У трех пациентов этой группы не было отмечено нагноения и расхождения краев кожной раны. А косметический результат был удовлетворительным (табл. 3).

Таблица 3

Послеоперационные осложнения у пациентов с закрытием стомальной раны кисетным швом и наложением узловых швов		
Осложнения	Основная группа (34 пациента)	Контрольная группа (27 пациентов)
Нагноение кожной стомальной раны	0	3 (11,1%)
Расхождение краев кожной стомальной раны	1(2,94%)	5 (18,5%)
Формирование патологического послеоперационного рубца	0	16 (59,3%)

Вывод. Внедрение модифицированных способов и оригинальных методов хирургического лечения дает возможность достигнуть состоятельности швов в условиях отсутствия

натяжения тканей и послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, а также получить хороший косметический результат при закрытии операционной стомальной раны.

Сведения об авторах статьи:

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. 8(347)232-33-00.

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. Тел. 8(347)232-33-00. E-mail: art-ibatullin@yandex.ru.

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. 8(347)2323300.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., врач-колопроктолог, зав. отделением колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ №21.

Адрес: 450000, г. Уфа, Лесной проезд, 3.

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. 8(347)232-33-00.

Аминова Элина Мударисовна – врач-колопроктолог отделения колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы, аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: gib-ehlina@yandex.ru.

Эйбов Равшан Рамазанович – врач-колопроктолог отделения колопроктологии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы, аспирант кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрав России Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: ravshan.eybov@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хакман, Д.Ж. Закрытие стомы и раневая инфекция: оценка факторов риска/Д.Ж. Хакман, О.Д. Ротштейн// Can J Surg. 38: 144-148. 1995. С. 23-31.
2. Вонг, К.С. Закрытие петлевой илеостомы после восстановительных операций: результаты у 1,504 пациентов/ К.С. Вонг [и др.]// Can J Surg. 48:243-250. 2005.
3. Оршанский, Р.Н. Основы ведения стоматерапии / Р.Н. Оршанский, Г.М. Манихас, М.Х. Фридман. – СПб.: Петрополис, 2000. – 36 с.
4. Паркс, С.Е. Осложнения закрытия колостомы/С.Е.Паркс, П.Р. Хастингс// Am J Surg. 149: 672-675. 1985. – 14-19 с.
5. Рейд, К. Рандомизированное клиническое исследование краткосрочных исходов после наложения кисетного шва по сравнению с обычным закрытием илеостомальных ран/К. Рейд [и др.] // Br J Surg. – 2010; 97:1511-1517. – 15-21 с.

REFERENCES

1. Hackman, D.J. Stoma closure and wound infection: risk factors assessment / D.J. Hackman, OD Rothstein. – Can J Surg. 38: 144-148. 1995. P. (In Russ.).
2. Wong, K.S. Closure of loopback ileostomy after restorative operations: results in 1,504 patients / Wong K.S. [et al.] // Can J Surg. 48: 243-250. 2005. (In Russ.).
3. Orshansky, R.N. Basics of stomatherapy / R.N. Orshansky, G.M. Manihas, M.Kh. Friedman // St. Petersburg. – Petropolis. – 2000. – 36 C. (In Russ.).
4. Parks, S.E. Complications of colostomy closure / S.E. Parks, P.R. Hastings. Am J Surg. 149: 672-675. 1985. p. 14-19. (In Russ.).
5. Raid K.A randomized clinical study of short-term outcomes after a pouch suture was applied compared with the usual closure of ileostomy wounds / K. Raid [et al.] // Br J Surg. 2010; 97: 1511-1517. Page(In Russ.).