

формирования анастомоза, для ушивания раны, переливание крови во время операции и в послеоперационном периоде, метод анестезии, длительность ИВЛ, способ дренирования раны, тяжесть состояния пациента на вторые сутки после операции, нахождение в ОРИТ. Многофакторный анализ (35 критериев) показал, что значимыми для возникновения гнойно-септических осложнений являются следующие: вид стомы (одноствольная или двуствольная), наличие периколостомических осложнений (мацерация кожи, лигатурные абсцессы и свищи и др.), длительность операции, наличие технических сложностей при выделении кишки, тип шовного материала используемого для формирования кишечного шва ($p < 0,05$). Данные показатели были ранжированы в зависимости от значимости (табл. 1) и полученная шкала использована при планировании периоперационной антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Следует отметить, что показатель «наличие технических сложностей при выделении кишки» является субъективным и имеет значимую корреляционную ($r = 0,79$; $p < 0,05$) связь с показателем «время операции», поэтому он был исключен из предложенной шкалы. Показатель «тип шовного материала используемого для формирования кишечного шва» был исключен всвязи с тем, что в настоящее время для этих целей используем только синтетический монофиламентный шовный материал на атравматической игле.

Таблица 1

Шкала для прогнозирования риска возникновения гнойно-септических осложнений после операции ликвидации кишечной стомы

Фактор	Оценка в баллах
<i>Вид кишечной стомы</i>	
двуствольная	0
одноствольная	2
<i>Наличие периколостомических осложнений</i>	
отсутствуют	0
негнойные	1
гнойные	2
<i>Время операции</i>	
менее 1 часа	0
менее 2 часов	1
менее 3 часов	2
более 3 часов	3

Планирование антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики идет следующим образом:

1. 0 баллов — достаточно интраоперационного, однократного введения суточной дозы антибиотиков;
2. 1–2 балла — интраоперационную антибиотикопрофилактику следует дополнить коротким курсом антибиотикотерапии (3 суток);
3. 3–4 баллов — интраоперационную антибиотикопрофилактику следует дополнить длительным курсом антибиотикотерапии (5–10 суток);
4. 5 и более баллов — необходима предоперационная и интраоперационная антибиотикопрофилактика с послеоперационной антибиотикотерапией (не менее 2 препаратов).

Использование этого алгоритма позволило уменьшить число гнойно-септических послеоперационных осложнений с 10,1 до 2,1 %, что говорит о его клинической значимости.

Д.В. Сафронов, Н.И. Богомолов, А.В. Саклаков

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Областная клиническая больница (г. Чита)*

Актуальность вопроса реабилитации стомированных больных в настоящее время не вызывает сомнений. Цель исследования — определить принципы предупреждающей реабилитации больных с колостомами, в основе которой каждый этап лечения облегчает и улучшает результаты последующего. На основании этих принципов реабилитация больного с кишечной стомой начинается уже на этапе формирования стомы.

Проанализированы результаты лечения 702 пациентов с колостомами, которые разделены в зависимости от вида стом: двустольные петлевые (ДПК) — 240, двустольные раздельные (ДРК) — 309, одностольные (ОК) — 153. Всем больным выполнено внутрибрюшинное закрытие стом с формированием анастомоза конец в конец ручным швом. Операции, в большей степени, отличались операционным доступом. Доминировали вмешательства из локального окаймляющего доступа (550), однако имели место и пособия из локального доступа с последующим его расширением (20) и операции из срединной лапаротомии (132).

Анализ осложнений в зоне вмешательства выявил три основных, имеющих наибольшее значение: несостоятельность швов анастомоза (ДПК — 1,2 %, ДРК — 1,2 %, ОК — 2,1 %), нагноение послеоперационной раны (ДПК — 2,1 %, ДРК — 2,4 %, ОК — 1,8 %) и кишечная непроходимость (ДПК — 1,0 %, ДРК — 0 %, ОК — 1,9 %).

Несостоятельность швов анастомоза, является наиболее грозным осложнением, т.к. может привести к возникновению разлитого калового перитонита. Для лечения этого осложнения нами предложен способ оперативного лечения кишечных свищей (Патент РФ), позволяющий отграничить зону анастомоза от свободной брюшной полости, используя существующие брюшинные спайки. В случае возникновения несостоятельности швов, процесс отграничен и требует лишь консервативных мероприятий для полного выздоровления пациента.

Однако данный способ возможен только при выполнении операции из локального минидоступа. При возникновении этого осложнения, после выполнения операции из срединной лапаротомии, нами предложен способ лечения несостоятельности швов толстокишечного анастомоза (Патент РФ), требующий установку дренажей и формирование петлевой колостомы из локальных минидоступов, с последующим проведением брюшно-кишечного лаважа. Способ позволяет без срединной лапаротомии и разъединения анастомоза добиться полного выздоровления пациента с последующей пластикой стомы через 4 месяца.

Проведен многофакторный анализ и выделены три основных показателя, предрасполагающих к возникновению нагноения послеоперационной раны. Предложена бальная шкала, позволяющая прогнозировать вероятность возникновения этого осложнения. Эту шкалу используем для планирования периоперационной антибиотикопрофилактики, что позволило снизить число нагноения раны до 2,1 %.

Использование для формирования анастомоза однорядного непрерывного шва, атравматических игл и длительнорассасывающегося синтетического монофиламентного шовного материала (викрил, ПГА) позволило полностью исключить такое осложнение, как послеоперационная кишечная непроходимость.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что осложнения вне зоны операции после закрытия двустольных колостом практически отсутствуют (ДПК — 0 %, ДРК — 0,3 %, ОК — 14,7 %), а в зоне операции их значительно меньше (ДПК — 8,6 %, ДРК — 8,6 %, ОК — 11,6 %). Причина этого, как было выяснено, кроется в способе операционного доступа. Если всем больным с двустольными колостомами операции выполнены из локального минидоступа, то большей части больных с одностольными — из срединной лапаротомии.

Однако у 13 пациентов с одностольными стомами удалось выполнить операцию из локального доступа с последующим его расширением для поиска постколостомического отдела кишки. Эта операция по нашему мнению возможна при диастазе между концами кишки не более 5 см. Нами предложен способ формирования одностольных колостом (заявка на изобретение), позволяющий выполнить ее закрытие из локального доступа без его расширения. Для этого на этапе формирования стомы необходимо выполнить фиксацию постколостомического отдела к преколостомическому и брюшине передней брюшной стенки. Операция выполнена у 8 пациентов.

Анализ послеоперационных осложнений на этапе формирования колостом, позволил сгруппировать эти осложнения по причине их возникновения, а в последующем предложить комплекс мероприятий для профилактики этих осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Хирургическая реабилитация колостомированных больных должна начинаться на этапе формирования колостомы.
2. Двустольные колостоми предпочтительнее одностольных.
3. При формировании одностольных стом необходима фиксация постколостомического отдела.
4. При закрытии колостом необходима периоперационная антибиотикопрофилактика.
5. Для снижения числа послеоперационных осложнений необходимо стремиться к выполнению восстановительной операции из локального окаймляющего минидоступа. Эта операция возможна при ликвидации двустольных стом, или одностольных с диастазом менее 5 см.
6. Для профилактики перитонита, возникающего из-за несостоятельности швов анастомоза, при выполнении операции из локального доступа возможно отграничение анастомоза используя спаечный процесс.
7. При выполнении операции из срединной лапаротомии и возникновении несостоятельности швов анастомоза хорошо зарекомендовал себя малоинвазивный способ лечения.