

Закключение

Таким образом, в результате нашего исследования было доказано, что нарушение микробиоценоза половых путей является прогностическим критерием, позволяющим выделить беременных в группу риска по реализации внутриутробного инфицирования плода. Большое значение в развитии внутриут-

робного инфицирования плода имеют *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus epidermidis* и *E. Coli*, выделенные из влагалища и плодовой поверхности плаценты. У женщин с реализацией внутриутробной инфекции частота обнаружения патогенных возбудителей выше, чем в группе без ее реализации.

Сведения об авторах статьи:

Русакова Людмила Аркадьевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 БГМУ.

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: milarus@bk.ru

Хаматьянов Ульфат Рахмьянович, проф., д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 БГМУ.

Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Hamadyanov@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Галимов, А.И. Инфекционно-воспалительные осложнения после экстренного кесарева сечения и принципы их профилактики // Медицинский вестник Башкортостана. – 2010. – №3. – С. 48-50.
2. Ермоленко, Н.И. Особенности клиники и диагностика внутриматочной бактериальной инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982.
3. Макаров, О.В. Современные представления о диагностике внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, Л.В. Ганковская, Л.С. Идрисова. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – №1. – С. 11-15 (с. 12).
4. Орджоникидзе, Н.В. Диагностика внутриутробной инфекции / Н.В. Орджоникидзе, Е.К. Ушницкая // Акушерство и гинекология. – 2008. – №5. – С. 12-14.
5. Пасхина, Н.А. Перинатальные инфекции и многоводие / Н.А. Пасхина, Н.В. Орджоникидзе, Л.П. Пономарева // Акушерство и гинекология. – 2004. – №3. – С. 5-8.
6. Сидорова, И.С., И.О. Макаров, Н.А. Матвиенко. Внутриутробные инфекции: учебное пособие. 2006. – С. 7-9.
7. Сидорова, И.С. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода / И.С. Сидорова, И.О. Макаров, И.А. Матвиенко [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – Т. № 45; 2. – С. 5-8.
8. Claudio Chiesa, Alessandra Panero, John F. Osborn, Antonella F. Simonetti and Lucia Pacifico. Diagnosis of Neonatal Sepsis: A Clinical and Laboratory Challenge. // 2004; 50: 279-287;
9. Escobar GJ. Effect of the systemic inflammatory response on biochemical markers of neonatal bacterial infection: a fresh look at old confounders. Clinical Chemistry. 2003; 49: 21-22;

УДК: 616.34-089.86-084

© М.В. Тимербулатов, А.А. Ибатуллин, Ф.М. Гайнутдинов,

А.В. Куляпин, Р.М. Хафизов, Л.Р. Аитова, А.И. Кызылбаева, 2011

М.В. Тимербулатов¹, А.А. Ибатуллин¹, Ф.М. Гайнутдинов¹,
А.В. Куляпин², Р.М. Хафизов², Л.Р. Аитова¹, А.И. Кызылбаева¹
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНТЕРОСТОМОЙ
¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Уфа
²МУ ГКБ № 21 городского округа город Уфа

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с энтеростомой. В данном сообщении обобщен опыт хирургического лечения 115 пациентов с энтеростомой, находившихся на лечении в ГКБ №21 с 2000 по 2009 годы. Наиболее частой причиной наложения энтеростомы стали колоректальный рак – 27,0% (31 больной) и неспецифические воспалительные заболевания кишечника – 24,3% (28 больных). Спаечная болезнь брюшины и травма органов брюшной полости отмечены в 17,4% случаев (20 человек). Все пациенты с энтеростомой были разделены на тактические группы и находились под наблюдением stomatherapist службы реабилитации стомированных больных. Им в соответствии с разработанным алгоритмом проводилось комплексное обследование, включающее фиброколоноскопию, ирригографию, компьютерную томографию с 3D реконструкцией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, общеклинические и другие методы исследования. Результаты. Внедрение в практику разработанного алгоритма, новых методов диагностики и способов хирургического лечения данной категории больных позволили оптимизировать тактику ведения и снизить количество послеоперационных осложнений среди пациентов с энтеростомой.

Ключевые слова: энтеростома, илеостома, реабилитация.

M.V. Timerbulatov, A.A. Ibatullin, F.M. Gainutdinov,
A.V. Kulyapin, R.M. Khafizov, L.R. Aitova, A.I. Kyzylbaeva
SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENTEROSTOMA

The objective of the study was to improve surgical outcomes in patients with enterostoma. The paper presents management experience of 115 enterostoma patients who underwent surgical treatment in the City Clinical Hospital N 21 between 2000 and 2009. The most common causes of applying enterostoma were colorectal cancer – 27.0% (31 patients) and nonspecific inflammatory bowel diseases – 24.3% (28 patients). Peritoneal adhesions and injuries to the abdominal organs were found in 17.4% cases (20 individuals). All enterostoma patients were subdivided into tactical groups and were observed by a stomatherapist responsible for rehabilitation of patients with stomas. According to a newly developed algorithm, they underwent a complex examination, including fibrocolonoscopy, irrigography, computer tomography with a three-dimensional structure, ultrasound abdominal investigation of the abdominal cavity organs, general clinical and other methods. As a result, implementation of the developed algorithm, as well as new

diagnostic and surgical methods, applied to the above patients, allowed us to improve management tactics and reduce the number of postoperative complications among patients with enterostoma.

Key words: enterostoma, ileostomy, rehabilitation.

Удельный вес пациентов с энтеростомой (ЭС), по данным отечественных авторов, составляет 3,3-8% больных с кишечными стомами [3,4,5]. Пациентов данной группы отличает широкий спектр заболеваний, ставших причиной наложения стомы [1]. Такие негативные последствия энтеростомии, как дегидратация, электролитные нарушения, а также местные парастомальные проявления, вынуждают хирургов прибегать к этой операции в крайнем случае. Однако количество больных, нуждающихся в формировании ЭС, не уменьшается, помочь которым можно только, оптимизируя реабилитационные мероприятия с применением современных методов хирургического лечения [2]. Создание во многих регионах России службы реабилитации стомированных больных позволило сконцентрировать пациентов с кишечными стомами в профильных отделениях, провести ретроспективный анализ результатов лечения и сделать акцент на перспективные направления решения данной проблемы.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с энтеростомой.

Материал и методы

В данном сообщении обобщен опыт хирургического лечения пациентов с ЭС, находившихся на лечении в ГКБ №21 с 2000 по 2009 годы. За исследуемый период было пролечено 115 больных. Средний возраст больных составил 59 лет, с преобладанием пациентов старшей возрастной группы. Женщин было 66 (57%), мужчин 49 (43%). По видам ЭС в 48 случаях (41,7%) одностольная, в 67 случаях – двустольная (58,3%).

Наиболее часто ЭС формировалась по поводу колоректального рака – 27,0% (31 больной), при этом рак правого фланга составил 61,3% (19 человек). Неспецифические воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) явились причиной наложения стомы у 24,3% (28 больных). На третьем и четвертом местах распределились спаечная болезнь брюшины и травма – 11 (9,6%) и 9 (7,8%) больных соответственно. Рак другой локализации составил 6% (преимущественно рак органов малого таза – 7 больных). Примерно равное соотношение составили мезентериальный тромбоз (6), кишечные свищи (6), перитонит (5) дивертикулярная болезнь толстой кишки (4) и другие заболевания (рис. 1).

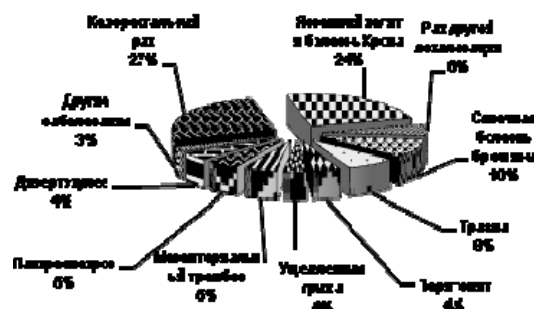


Рис. 1. Состав больных с энтеростомой по нозологиям

Результаты и обсуждение

На первом этапе оказания помощи стомированным больным нами была разработана и внедрена в клиническую практику компьютерная база данных, в которой, кроме паспортной части, имеется подробное описание диагноза, истории заболевания, название операции и т.д. Особый акцент делался на выявлении осложнений стомы и причин их развития. В данном разделе среди прочих мы выделили стомы, не пригодные для использования калоприемника, которые назвали дефектными. По нашим данным, их частота составила 8,3% среди стомированных больных. Наиболее распространенная причина непригодности стомы для ношения калоприемника оказалась втянутая стома (67,5%), образующаяся вследствие подшивания брюшины к коже. По нашему мнению, данный технический дефект способствует ретракции стомы с последующим развитием стриктуры, а также вызывает более раннее развитие парастомальной грыжи. Несоблюдение требований к формированию стомы превалировало среди хирургов общей практики. В связи с этим нами дополнительно в курс повышения квалификации общих хирургов был включен раздел хирургии кишечных стом в соответствии с требованиями, предъявляемыми ГНЦ колопроктологии.

Анализируя полученные данные, нами был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий ведения пациентов с ЭС, который позволил систематизировать и упорядочить ведение таких больных с момента определения показаний к наложению стомы и выбор ее вида (рис. 2).

Больные, которым планировалось наложение ЭС в зависимости от предполагаемого срока стоманосительства, были условно разделены на три группы (табл. 1).

Распределение больных с энтеростомой по клиническим группам

Нозология	1-я группа		2-я группа		3-я группа		Всего		Умерло	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Колоректальный рак	9	19,57	10	23,82	12	44,44	31	26,96	2	1,74
Язвенный колит и болезнь Крона	-	-	19	45,24	9	33,33	28	24,35	-	-
Опухоли другой локализации	-	-	1	2,38	6	22,22	7	6,09	1	0,87
Тонкокишечная непроходимость	10	21,74	1	2,38	-	-	11	9,57	-	-
Травма	7	15,22	2	4,76	-	-	9	7,83	1	0,87
Перитонит	4	8,7	1	2,38	-	-	5	4,35	1	0,87
Ущемленная грыжа	3	6,52	1	2,38	-	-	4	3,48	1	0,87
Мезентериальный тромбоз	6	13,04	-	-	-	-	6	5,21	5	4,34
Панкреонекроз	6	13,04	-	-	-	-	6	5,21	2	1,74
Дивертикулез	1	2,17	4	9,52	-	-	5	4,34	1	0,87
Другие заболевания	-	-	3	7,14	-	-	3	2,61	-	-
Всего...	46	100	42	100	27	100	115	100	14	12,17

Примечание. 1-я группа, временная на короткий срок (до 16 недель); 2-я группа, временная на длительный срок (от 16 недель до года и более); 3-я группа (условно) пожизненная.

В первой группе (44 больных, 38,3%) преобладали больные с общей хирургической патологией: спаечная болезнь брюшины, травма, перитонит, мезентериальный тромбоз и др. Данный контингент составил наиболее тяжелую группу больных, поступающих в стационар зачастую через несколько суток после начала заболевания или получения травмы с клиникой терминального перитонита. После хирургического вмешательства кроме проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения эти больные нуждались в выполнении многократных плановых санаций (до 3 у одного больного). После стабилизации состояния больного и купирования явлений перитонита, занимающих длительное время, ставился вопрос о реконструктивно-восстановительной операции.

Уровень выведенной стомы и протяженность оставшейся длины кишки имеют прямую зависимость от степени дегидратации, гипопротейнемии, электролитных нарушений и, следовательно, от объема и интенсивности нутритивной поддержки на период выведения ЭС. Мы являемся сторонниками раннего закрытия ЭС в сроки 3-4 недели. В исследуемой группе 26 пациентов (57,8%) были реабилитированы без выписки из стационара. Исключение составили пациенты, оперированные в других стационарах города и направленные на хирургическую реабилитацию из кабинета стомированных больных. Среднее время с момента выведения ЭС до ее ликвидации в 1 группе составило 8,5 недели.

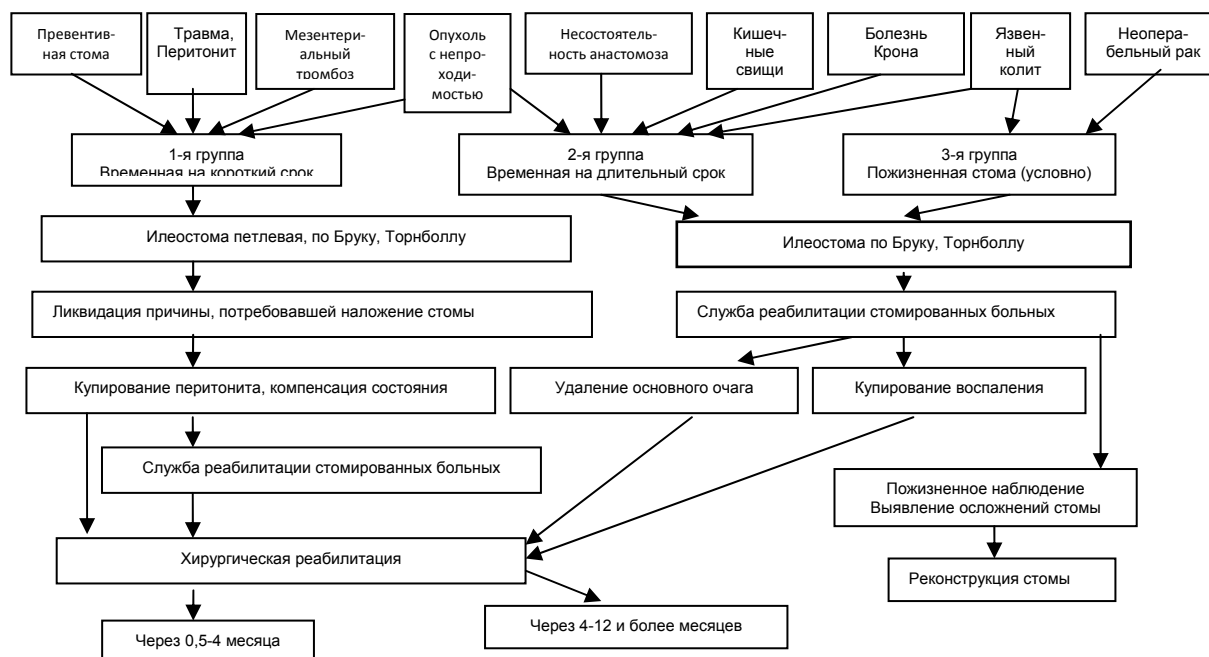


Рис. 2. Алгоритм ведения пациента с энтеростомой

Закрытие петлевой ЭС осуществлялось из местного или срединного лапаротомных доступов в зависимости от выраженности

клинических проявлений спаечной болезни. По показаниям выполняли адгезиовисцеролиз.

При развитии непроходимости опухолевого генеза больным с правосторонней локализацией рака ободочной кишки в случае высокого риска развития несостоятельности илеоколоанастомоза мы накладывали разгрузочную илеостому, предпочтение отдавали лапароскопическому доступу. Такое вмешательство пожилые и ослабленные больные переносят значительно легче. После стабилизации состояния 5 больным через 2-3 недели выполнена правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стомы. В ряде случаев (4 пациента) для защиты колоректального анастомоза была выведена превентивная илеостома, которая была ликвидирована через 2 недели.

Вторую группу наблюдения больных с ЭС составили 43 пациента (37,4%) с заболеваниями преимущественно толстой кишки, которым потребовалось наложение илеостомы на более длительный срок – от 4 до 12 месяцев и более. Наибольшую группу составили больные с раком толстой кишки преимущественно правого фланга, которым ранее были выполнены радикальная операция и илеостомия на фоне острой кишечной непроходимости или перфорации опухоли по экстренным показаниям – 13 человек (30,2%). Оптимальным сроком выполнения реконструктивно-восстановительной операции мы считаем 3-6 месяцев, данный показатель составил 4,7 месяца.

Пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки было 19 человек (44,2%): среди которых 14 (73,7%) страдали тяжелой формой язвенного колита (НЯК) и перенесли субтотальную колэктомию и 5 больных с болезнью Крона (26,3%). В нашей клинике выполнение плановой субтотальной колэктомии при язвенном колите, как правило, завершается наложением илеоректоанастомоза. Однако в последние 3 года отмечается тенденция к увеличению количества больных, страдающих тяжелыми гормонорезистентными формами. В этих случаях мы вынуждены выполнять операции на фоне кровотечения или токсической дилатации. По нашему мнению, выполнение у таких больных субтотальной колэктомии лапароскопическим доступом, позволяющем избежать широкой лапаротомии, является перспективной, дающим возможность добиться хороших функциональных и косметических результатов. Данной методикой оперировано 3 пациента. Вопрос о возможности выполнения восстановительной операции ставится после проведения интенсивной консервативной терапии и стабилизации состояния боль-

ного. Оптимальными сроками в таких ситуациях мы считаем 1-1,5 года. Длительность данного периода обусловлена необходимостью не только стабилизации состояния, но и купирования воспалительного процесса в культе прямой кишки. По нашим данным, этот показатель составил в среднем 14 месяцев. Необходимость наложения ЭС при болезни Крона была обусловлена развитием абсцесса илеоцекальной области с прорывом в брюшную полость, а также наличием незаживающего параректального свища. Этим пациентам была выполнена операция отключения. Восстановительная операция по ликвидации стомы в данных случаях выполнялась в сроки 8-12 месяцев.

У 6 больных (14%) ЭС была выведена в связи с развитием незаживающего толстокишечного свища при панкреонекрозе. Ликвидация стомы была выполнена в сроки 6, 8 и 12 месяцев после полного заживления свищей. У одного пациента в связи с незаживающим свищем произведена резекция участка толстой кишки, несущей свищ.

По поводу дивертикулярной болезни толстой кишки с тотальным поражением, осложненной профузным кишечным кровотечением из правого фланга ободочной кишки, были оперированы 4 пациента (9,3%).

Следует также отметить вопрос подготовки больных к восстановительной операции, которая включала тщательное обследование с применением фиброколоноскопии, полипозиционной ирригографии и компьютерной томографии. Больным после перенесенной обструктивной резекции толстой кишки мы проводим контрастирование культи с применением реконструкции в трехмерном пространстве для объемной визуализации отключенной кишки в соотношении с близлежащими органами и анатомическими структурами (Патент на изобретение №2364337 от 20.08.09 г. «Способ исследования культи прямой кишки методом компьютерной томографии с 3Д реконструкцией»).

Шовный материал для формирования первого ряда анастомоза используем из рассасывающегося материала (викрил, кетгут и т.д.). Нами также был разработан шовный материал, обладающий широким антибактериальным и противовоспалительным свойствами, применение которого способствует заживлению анастомоза по типу первичного натяжения (Патент на изобретение № 2212251 от 20.09.03 «Способ получения шовного материала для анастомозов и способ формирования анастомозов»).

Ввиду тяжелого контингента больных, требующих наложения ЭС, зачастую страдающих выраженной гипопротеинемией, достаточно высоким остается процент парастомальных осложнений. Применение оригинального непрерывного викрилового шва при фиксации кишки к коже (патент на изобретение №2392870 от 27.06.2010 г. «Способ формирования кишечной стомы») позволило снизить частоту гнойных осложнений и ретракций стомы на 7% и 11% соответственно.

Третья группа – 28 больных (24,3%), которым ЭС была выведена пожизненно или на неопределенный срок, находится под наблюдением стоматерапевта, одной из функций которого является выявление осложнений стомы и направление на оперативное лечение для выполнения ее реконструкции. Из этой группы нами оперировано 13 больных (46,4%), трое из которых в экстренном порядке. Наиболее частой причиной развития поздних осложнений ЭС стала стриктура – 6 больных. Разработанный нами способ лечения стриктур кишечных стом с применением стентирования устья стомы (патент на изобретение № 2357681 от 10.06.09 г.) привел к снижению риска развития рецидива стриктуры стомы в 2,5 раза.

Следует отметить, что хирургическое лечение является основным, но не исключая другим звенья комплекса реабилитационных мероприятий у пациентов с илео-

стомой. В этой связи особую роль играет работа школы стомированных больных, которая была открыта в г. Уфе академиком РАМН, директором ГНЦ колопроктологии Воробьевым Г.И. в рамках проведения II съезда колопроктологов России. Реализация программы школы позволила пациентам получать доступную информацию о состоянии, обусловленном наличием стомы, обучаться навыкам ухода за ней уже в первые сутки после операции, свободно общаться с другими стомированными больными и быть полноценными членами общества.

Выводы

1. Создание службы реабилитации стомированных больных позволило объединить пациентов со стомой в профильные отделения и детально изучить ближайшие и отдаленные результаты проводимого лечения с целью выявления осложнений.

2. Разработанный алгоритм реабилитационных мероприятий позволил систематизировать и упорядочить действия в отношении пациентов с илеостомой и проводить хирургическую реабилитацию в оптимальные сроки.

3. Внедрение новых методов диагностики и лечения пациентов с илеостомой позволило добиться снижения количества ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Сведения об авторах статьи:

Тимербулатов Махмуд Вилевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ибатуллин Артур Альберович – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Гайнутдинов Фазыл Мингазович – д.м.н., профессор, зав. курсом колопроктологии кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Куляпин Андрей Владиславович – к.м.н., зав. колопроктологическим отделением МУ ГКБ № 21 городского округа г.Уфа. Адрес: 450071, Уфа, Лесной проезд, 3. Телефон: (347) 232-32-11.

Хафизов Рафаэль Маратович – к.м.н., зав. отделением гнойной хирургии МУ ГКБ № 21 городского округа г.Уфа. Адрес: 450071, Уфа, Лесной проезд, 3.

Антова Лилия Ринатовна – к.м.н., ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Кызылбаева Альбина Исламовна – соискатель кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев, Г.И. Кишечные стомы / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М., 2001. – 118с.
2. Воробьев, Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М., 2002. – 108с.
3. Михайлянц, Г.С. Хирургическая реабилитация больных с илеостомой: дисс. ... д-ра. мед. наук / Г.С. Михайлянц. – М., 1995. – 38с.
4. Гридасов, Ю.А. Состояние службы стомированных больных в Курской области / Ю.А. Гридасов // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы второго съезда колопроктологов России с международным участием. – Уфа, 2007. – С. 488-489.
5. Результаты хирургического лечения больных с кишечными стомами / Г.И. Чибисов, М.М. Бубнов, В.К. Ахлебенин, И.О. Колосков // Колопроктология. – 2007. - №1. – С. 23-27.