

как клинические проявления болезни у больных основной группы имели тенденцию к регрессу в среднем на 6-е сутки. В целом динамика изменений уровня щелочной фосфатазы соответствовала степени и тяжести клинических проявлений болезни. Средний койко-день в основной группе составил  $18,7 \pm 0,5$ , а в контрольной –  $24,8 \pm 0,9$ .

Таким образом, применение в комплексе медикаментозного лечения основной группы больных сукцината натрия позволило уменьшить по времени клинические проявления заболевания, снизить инфекционные осложнения в области операционной раны до 8,6%, сократить время пребывания больного в стационаре.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кондрашова М. Н., Маевский Е. И., Бабаян Г. В. и др. Адаптация к гипоксии посредством переключения метаболизма на превращения янтарной кислоты // Митохондрии. Биохимия и ультраструктура. – М., 1973. – С. 112–129.
2. Кулешов Е. В., Кулешов С. Е. Сахарный диабет и хирургические заболевания. – М.: Воскресенье, 1996. – 216 с.
3. Никулин А. А., Храпова С. И., Тебякина Е. А. и др. К вопросу о влиянии янтарной кислоты на свертываемость крови и баланс катехоламинов // Фармакол. и токсикол. – 1988. – Т. 51. № 3. – С. 45–48.

Поступила 10.02.2013

*М. В. КАЛИЦОВА, В. З. ТОТИКОВ, З. В. ТОТИКОВ, В. В. МЕДОЕВ*

## К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ ФОРМИРОВАНИЯ ОДНОСТВОЛЬНОЙ ИЛЕОСТОМЫ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией  
ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России,  
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.  
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Представлены два новых способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа. Предлагаемые способы применены у 11 больных.

*Ключевые слова:* илеостома, формирование, ликвидация.

*M. V. KALITSOVA, V. Z. TOTIKOV, Z. V. TOTIKOV, V. V. MEDOEV*

## ON THE QUESTION OF HOW THE FORMATION OF SINGLE-BARREL ILEOSTOMY

*Hospital surgery department with cancer  
GBOU VPO SOGMA Ministry of Russia,  
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40.  
Tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Presents two new ways of forming single-barrel ileostomy followed simplified recovery phase, allowing to eliminate the stoma from the local fringing access. The proposed methods are applied in 11 patients.

*Key words:* Ileostomy, formation, liquidation.

### Введение

Для лечения острых заболеваний органов брюшной полости, требующих формирования временной одноствольной илеостомы, применяется ряд способов. Известен способ наложения концевой энтеростомы по Майдлю, недостатком которого является необходимость наложения на начальном этапе межкишечного анастомоза, что при наличии перитонита грозит развитием несостоятельности анастомоза, увеличивает длительность оперативного вмешательства и не исключает пассажа кишечного содержимого по отводящей кишке. Известен способ формирования одноствольной илеостомы по Бруку, недостатком которого является необходимость выполнения на восстановительном этапе срединной лапаротомии. При этом при наличии в брюшной полости спаечного процесса требуется выполнение энтеролиза с последующей назоинтестинальной интубацией, наложение анастомоза выполняется по всей окружности кишки. Все это увеличивает

травматичность и длительность операции, повышает риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Целью работы являлась разработка новых способов формирования одноствольной илеостомы, позволяющих на восстановительном этапе ликвидировать одноствольную илеостому местным доступом, наложить анастомоз лишь на  $\frac{1}{2}$  окружности и тем самым сократить сроки лечения, риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

### Материалы и методы исследования

В основу работы положены результаты лечения 11 больных с острой кишечной непроходимостью, которым требовалось формирование временной одноствольной илеостомы, находившихся в клинике госпитальной хирургии в период с 1988 по 2008 год.

## Результаты исследования и их обсуждение

Нами были разработаны и внедрены в практику два способа формирования одноствольной илеостомы с последующим упрощенным восстановительным этапом, позволяющие ликвидировать стому из местного окаймляющего доступа.

Суть первого способа формирования одноствольной илеостомы (патент на изобретение № 2274425) заключается в следующем: резецируется тонкая кишка в объеме, определяемом имеющейся патологией. Отводящий конец ушивается двухрядными узловыми швами. Противобрыжеечная полуокружность приводящей петли на расстоянии 10–12 см от конца пересеченной приводящей петли подшивается к передней поверхности слепой или восходящей ободочной кишки узловыми серозно-мышечными швами. При этом петля тонкой кишки располагается перпендикулярно слепой или восходящей ободочной кишке. В правой подвздошной области, в месте вывода одноствольной илеостомы, формируется отверстие в передней брюшной стенке, рассекается париетальная брюшина и подшивается отдельными узловыми швами к коже. Приводящий конец тонкой кишки выводится на переднюю брюшную стенку, фиксируется ранее наложенными швами, затем теми же швами эвагинируется. На восстановительном этапе двумя окаймляющими стому разрезами выделяем петлю тонкой кишки до места сращения с ободочной кишкой, тонкий кишечник, отступя от линии сращения на 0,5–1 см, пересекаем. Ободочную кишку вскрываем параллельно линии сращения и, отступя на 0,5–0,8 см, накладываем анастомоз двухрядными узловыми швами на оставшуюся полуокружность тонкой и ободочной кишки.

Другой способ формирования одноствольной илеостомы (патент на изобретение № 2269314) реализуется следующим образом. На расстоянии 10–12 см от конца пересеченной приводящей петли тонкой кишки между противобрыжеечной стенкой тонкой и передней стенкой слепой или восходящей ободочной кишки укладывается металлическое кольцо (внутренний диаметр кольца различен, выбирается в зависимости от диаметра кишки – от 1 до 3 см, материал – любой инертный металл, диаметр поперечного сечения – 3 мм). Вокруг кольца сшиваются стенки тонкой и ободочной кишки узловыми серозно-мышечными швами, при этом петля тонкой кишки располагается перпендикуляр-

но слепой или восходящей ободочной кишки. В правой подвздошной области формируется отверстие в передней брюшной стенке, рассекается париетальная брюшина и подшивается отдельными узловыми швами к коже. Приводящий конец тонкой кишки выводится на переднюю брюшную стенку, фиксируется ранее наложенными швами, затем теми же швами эвагинируется. На восстановительном этапе двумя окаймляющими стому разрезами выделяется петля тонкой кишки. Пальпаторно определяем расположение кольца и место сращения тонкой и ободочной кишки, пересекаем тонкий кишечник, отступя от места сращения на 3 см. Через просвет тонкой кишки рассекаем стенки тонкой и ободочной кишки по внутренней окружности кольца, кольцо удаляем, культю тонкой кишки ушиваем двухрядными узловыми швами.

У 11 больных наложены илеостомы по разработанным нами методикам: после резекции спаечных конгломератов, находящихся в зоне илеоцекального угла, и десерозировании проксимальных отделов кишечника – 8 больным, после резекции нежизнеспособного кишечника в условиях перитонита – 3 больным. В послеоперационном периоде у 1 больного отмечено нагноение послеоперационной раны, летальных исходов не было. Всем 11 больным в течение 2 месяцев проведен восстановительный этап. В ближайшем послеоперационном периоде послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Предлагаемые способы технически просты, позволяют ликвидировать одноствольные илеостомы местным доступом и накладывать на восстановительном этапе анастомоз лишь на  $\frac{1}{2}$  окружности. Тем самым сокращаются сроки лечения, уменьшается число послеоперационных осложнений, улучшается реабилитация в послеоперационном периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов А. Е., Силуянов С. В. Острая кишечная непроходимость // Неотложная абдоминальная хирургия: Справочное пособие для врачей / Под ред. А. А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 281–325.
2. Ерюхин И. А., Петров В. П., Ханевич М. Д. Кишечная непроходимость: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. (Практическая медицина). – СПб: Питер, 1999. – С. 443.

Поступила 1.02.2013

Г. К. КАРИПИДИ, И. С. КОС, Я. В. КАНКСИДИС

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.  
Тел. +79183472386. E-mail: [stomax-krasnodar@list.ru](mailto:stomax-krasnodar@list.ru)

Произведен ретроспективный анализ историй болезней больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Основной локализацией язвенного дефекта является желудок. У данных больных преобладают гигантские язвы, отличающиеся ригидностью и гиалинозом стенок. Эндоскопический гемостаз у больных старших возрастных групп менее эффективен по сравнению с пациентами более молодого возраста. Среди методов эндоскопического гемостаза наиболее эффективны комбинированные.

**Ключевые слова:** гастродуоденальные кровотечения, больные пожилого и старческого возраста, эндоскопический гемостаз.