4. У пациентов с дефектной стомой, выведенной пожизненно при отсутствии противопоказаний, проводится хирургическая коррекция стомы: реконструкция, пластика грыжи и др.

5. Консервативная реабилитация, включающая подбор средств для ухода за дефектной стомой: паста для заполнения неровностей, калоприемник для втянутых стом и др.

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Р.М. Хафизов

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕОСТОМОЙ

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)**

Удельный вес пациентов с илеостомой составляет порядка 5–6 % среди больных с кишечными стомами, по нашим данным 4,9 %. За 3 года функционирования городского кабинета стомированных больных было зарегистрировано 45 больных с илеостомой. Средний возраст больных составил 58,9 лет, с преобладанием пациентов старшей возрастной группы. Женщин было 26 (58 %), мужчин 19 (42 %).

По виду – в 19 случаях (42,2 %) илеостома была одностольная, в 26 случаях – двустольная (57,8 %).

Среди заболеваний, потребовавших выведение илеостомы, на первом месте были рак ободочной кишки – 29 % (13 больных), в основном правого фланга (69 %, 9 человек), на втором язвенный колит – 24 % (11 больных), на третьем – спаечная болезнь брюшины – 9 % (4 больных) и рак другой локализации – 9 % (преимущественно рак органов малого таза) и на 4 месте – рак прямой, дивертикулез и кишечные свищи по 7 % (3 больных). Далее были болезнь Крона и травма по 4 % (2 больных).

На первом этапе оказания помощи стомированным больным нами была разработана компьютерная база данных, в которой имеется подробное описание диагноза, истории заболевания, название операции и т.д. Особый акцент делался на выявление осложнений стомы.

В данной работе обобщен опыт хирургической реабилитации больных с илеостомой по данным колопроктологического и общехирургического отделений ГКБ № 21 за 2004–2006 гг.

Анализируя полученные данные, нами был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий ведения пациентов с илеостомой, который позволил систематизировать и упорядочить ведение таких больных уже с момента выставления показаний к наложению илеостомы и выбор ее вида.

Так больные, которым планировалось наложение илеостомы, были условно разделены на три группы, в зависимости от предполагаемого срока жизни с илеостомой:

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

В первой группе преобладали больные с общей хирургической патологией, такими как СББ, травма, перитонит и мезентериальный тромбоз. Данный контингент составил тяжелую группу больных, поступающих в стационар зачастую через несколько суток после начала заболевания или получения травмы с клиникой терминального перитонита. После выполненного хирургического вмешательства кроме проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения эти больные нуждались в выполнении многократных плановых санаций до 3 раз у одного больного. В последующем требовалось длительное время для стабилизации состояния больного и купирования явлений перитонита, после чего ставился вопрос о реконструктивно-восстановительной операции.

Огромное значение имел уровень выведенной илеостомы и протяженность оставшейся длины кишки. От этого зависело, в какой степени потребует проведение нутритивной поддержки на период выведения илеостомы, особенно у больных с мезентериальным тромбозом. В данной группе оперировано 3 больных (21 %), у двоих из которых было резецировано более S тонкой и толстой кишки. В исследуемой группе 9 больных (64,3 %) были реабилитированы без выписки из стационара, исключение составили 5 человек (35,7 %) направленные на хирургическую реабилитацию из кабинета стомированных больных, оперированные в других стационарах города. Среднее время с момента выведения илеостомы до ее ликвидации в 1 группе составило 8,5 недель.

Закрытие петлевой илеостомы осуществлялось из местного либо срединного лапаротомного доступа, в зависимости от выраженности клинических проявлений спаечной болезни, при наличии последней выполнялось полный адгезиовисцеролиз.

Вторую группу наблюдения больных с илеостомой составили 16 пациентов 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 была выполнена радикальная операция и илеостомия на фоне

острой кишечной непроходимости или перфорации опухоли по экстренным показаниям — 7 человек (43,8 %). Оптимальным сроком выполнения реконструктивно-восстановительной операции мы считаем 4–6 месяцев, данный показатель составил 4,7 месяцев.

Пациентов с неспецифическими воспалительными заболеваниями толстой кишки было 6 человек (37,5 %), среди которых 4 (25 %) страдали тяжелой формой НЯК, перенесшие субтотальную колэктомию и двое больных с болезнью Крона (12,5 %). Оптимальными сроками выполнения восстановительной операции в таких ситуациях мы считаем 1–1,5 года, по нашим данным он составил 1 год и 2 мес. Необходимость наложения илеостомы при болезни Крона была обусловлена в одном случае развитием абсцесса с прорывом в брюшную полость, выполнена резекция илеоцекального угла с илеостомией, в другом — при субтотальном поражении толстой кишки с наличием незаживающего параректального свища, которому была выполнена операция отключения. Восстановительная операция по ликвидации стомы в данных случаях выполнена в сроки 8 и 10 месяцев.

В 12,5 % случаев (2 больным) илеостома была выведена в связи с развитием незаживающего толстокишечного свища при панкреонекрозе. Ликвидация стомы была выполнена в сроки 6 и 8 месяцев, после полного заживления свищей.

3 группа больных, которым илеостома была выведена пожизненно, либо 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 было оперировано 4 больных, у одного больного по поводу выпадения стомы, у 2-х развилась стриктура стомы и у одного больного — параилеостомическая грыжа.

Анализируя полученные результаты, мы пришли к следующим выводам:

1. Создание кабинета стомированных больных и компьютерной базы данных позволило сконцентрировать пациентов со стомой и детально изучить результаты проводимого лечения с целью выявления осложнений.

2. Разработанный алгоритм реабилитационных мероприятий позволил систематизировать и упорядочить действия в отношении пациентов с илеостомой с проведением хирургической реабилитации в оптимальные сроки.

М.А. Иванов, А.Г. Юрченко, И.А. Данилова, Д.Г. Берест, О.А. Беляева

НЕКОТОРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В ХИРУРГИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

**ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Росздрава» (г. Санкт-Петербург)**

Вероятность изменений моторно-эвакуаторной функции кишечника в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательства по поводу колоректальных новообразований, достаточно высока. Последнее обстоятельство объясняется значительным объемом оперативного воздействия (включающего и лимфаденэктомию), вероятностью исходных нарушений функции толстой кишки при стенозирующем характере процесса, а также влияния инфекционного фактора при поздней стадии развития основного заболевания. Послеоперационный парез кишечника небезопасен в отношении полиорганных дисфункций и целого ряда структурных нарушений, к которым относятся в т.ч. и острые эрозии (язвы) проксимальных сегментов пищеварительного тракта. Изменения со стороны слизистой оболочки гастродуоденальной зоны манифестируют в большинстве наблюдений кровотечениями, что исключает возможность осуществления медикаментозной профилактики другого опасного осложнения динамической кишечной непроходимости — тромбоза глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА. Предупреждение послеоперационных повреждений эпителиального барьера (эрозивно-язвенных состояний) при помощи антисекреторных средств потенциально небезопасно в связи с предрасположенностью к пневмонии пациентов с ограничением подвижности легких на фоне паретического состояния пищеварительного тракта.

Целью настоящего исследования явилось уточнение профилактических подходов к послеоперационным эрозивно-язвенным состояниям гастродуоденальной зоны на фоне изменения двигательной активности кишечника.

В основу работы легли наблюдения над 56 пациентами, оперированными в клинике общей хирургии по поводу колоректального рака. Возраст больных составил от 34 до 90 лет. Оперативные вмешательства проводились как в плановом, так и в неотложном порядке в связи с развитием осложнений основного заболевания. Из общего числа больных у 10 пациентов зарегистрированы послеоперационные нарушения активности кишечника. В 5 наблюдениях (основная клиническая группа) предприни-