

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК: 616.34-089.86

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНТЕРОСТОМОЙ

*Махмуд Вилевич Тимербулатов¹, Фазыл Мингазович Гайнутдинов¹,
Артур Альберович Ибатуллин^{1*}, Андрей Владиславович Куляпин²,
Рафаэль Маратович Хафизов², Рашид Ядкарович Биганяков²,
Альберт Ирекович Абдуллин²*

¹Башкирский государственный медицинский университет, ²городская клиническая больница № 21, г. Уфа

Реферат

Обобщен опыт хирургического лечения 115 пациентов с энтеростомой, находившихся на лечении в ГКБ №21 с 2000 по 2009 г. Наиболее частой причиной наложения энтеростомы были колоректальный рак и неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Комплексное обследование включало фиброколоноскопию, ирригografiю, компьютерную томографию с 3Д реконструкцией, УЗИ органов брюшной полости, общеклинические и другие методы исследования. Внедрение в практику разработанного алгоритма лечения больных с энтеростомой позволило снизить частоту послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: энтеростома, илеостома, реабилитация.

THE EXPERIENCE OF TREATING PATIENTS WITH ENTEROSTOMY

M. V. Timerbulatov¹, F. M. Gainutdinov¹, A. A. Ibatullin^{1}, A. V. Kulyapin², R. M. Khafizov²,
R. Ya. Biganyakov², A. I. Abdullin²*

¹ Bashkir State Medical University, ² City Clinical Hospital № 21, Ufa

Summary

Summarized was the experience of surgical treatment of 115 patients with enterostomy, treated at the City Clinical Hospital № 21 from 2000 to 2009. The most frequent cause of imposing enterostomy were colorectal cancer and non-specific inflammatory bowel disease. Complex examination included fibrocolonoscopy, irrigoradiography, computed tomography with 3D reconstruction, ultrasound examination of the abdominal organs, general clinical and other methods of investigation. Implementation into practice of the developed algorithm of treating patients with enterostomy made it possible to reduce the incidence of postoperative complications.

Keywords: enterostomy, ileostomy, rehabilitation.

Удельный вес пациентов с энтеростомой (ЭС), по данным отечественных авторов, составляет 3,3–8% среди больных с кишечными стомами [3]. Наложение стомы у больных данной группы было обусловлено широким спектром заболеваний [1]. Такие негативные последствия энтеростомии, как дегидратация, электролитные нарушения, а также местные парастомальные проявления ограничивают применение этой операции. Однако число больных, нуждающихся в формировании ЭС, не уменьшается [2]. Создание во многих регионах России службы реабилитации стомированных больных позволило сконцентрировать их в профильных отделениях, провести ретроспективный анализ результатов лечения и сделать акцент на перспективных направлениях решения данной проблемы.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с энтеростомой.

Обобщен опыт хирургического лечения 115 пациентов с ЭС, находившихся на лечении в

ГКБ №21 с 2000 по 2009 г. Средний возраст больных составлял 59 лет, женщин было 66 (57%), мужчин — 49 (43%). В 48 (41,7%) случаях была установлена одностольная ЭС, в 67 (58,3%) — двустольная. Наиболее часто ЭС формировали по поводу колоректального рака — 27,0% (31), при этом рак правого фланга был у 61,3% (19). Неспецифические воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит и болезнь Крона) стали причиной наложения стомы у 28 (24,3%) больных. Третье и четвертое места занимали спаечная болезнь брюшины и травма — соответственно у 11 (9,6%) и 9 (7,8%). Рак другой локализации (преимущественно органов малого таза — у 7) диагностирован у 6% больных. Примерно равное соотношение составили мезентериальный тромбоз (6), кишечные свищи (6), перитонит (5) дивертикулярная болезнь толстой кишки (4) и др.

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 сделан на выявлении осложне-

* Автор для переписки: art-ibatullin@yandex.ru

Таблица 1

Распределение больных с энтеростомой по клиническим группам

Нозология	1-я группа		2-я группа		3-я группа		Всего		Умерли	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Колоректальный рак	9	19,6	10	23,8	12	44,4	31	27	2	1,7
Язвенный колит и болезнь Крона	—	—	19	45,2	9	33,3	28	24,4	—	—
Опухоли другой локализации	—	—	1	2,4	6	22,2	7	6,1	1	0,9
Тонкокишечная непроходимость	10	21,7	1	2,4	—	—	11	9,6	—	—
Травма	7	15,2	2	4,8	—	—	9	7,8	1	0,9
Перитонит	4	8,7	1	2,4	—	—	5	4,4	1	0,9
Ущемленная грыжа	3	6,5	1	2,4	—	—	4	3,5	1	0,9
Мезентериальный тромбоз	6	13	—	—	—	—	6	5,2	5	4,3
Панкреонекроз	6	13	—	—	—	—	6	5,2	2	1,7
Дивертикулез	1	2,2	4	9,5	—	—	5	4,3	1	0,9
Другие заболевания	—	—	3	7,1	—	—	3	2,6	—	—
Всего	46	100	42	100	27	100	115	100	14	12,2

ний стомы и причин их развития. В данном разделе среди прочих мы выделили стомы, не пригодные для использования калоприемника, по нашим данным, их частота составляла 8,3% среди стомированных больных. Наиболее распространенной причиной непригодности стомы для ношения калоприемника оказалась ее втянутость (67,5%), образующаяся при формировании из-за подшивания брюшины к коже. Данный технический дефект ведет к ретракции стомы с последующим развитием стриктуры, а также к более раннему развитию парастомальной грыжи. Отклонения от требований к формированию стомы чаще допускали хирурги общей практики, в связи с этим курс повышения квалификации был дополнен разделом хирургии кишечных стом в соответствии с требованиями, предъявляемыми ГНЦ колопроктологии.

С учетом полученных данных нами был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий для пациентов с ЭС.

Больные, которым планировалось наложение ЭС, в зависимости от предполагаемого срока стоманосительства были условно подразделены на три группы (табл. 1): 1-я группа, временная, на короткий срок (до 16 недель); 2-я — на длительный (от 16 недель до года и более); 3-я (условно) — пожизненная.

В 1-й группе (44 больных, 38,3%) преобладали больные с общей хирургической патологией (спаечная болезнь брюшины, травма, перитонит, мезентериальный тромбоз и др.), т.е. с наиболее тяжелым состоянием, поступающие в стационар зачастую через несколько суток после начала заболевания или получения травмы с клиникой терминального перитонита. После хирургического вмешательства, кроме интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения, эти больные нуж-

дались в многократных плановых санациях брюшной полости (до 3 у одного больного). После стабилизации состояния больного и купирования явлений перитонита ставился вопрос о реконструктивно-восстановительной операции.

От уровня выведенной стомы и протяженности оставшейся длины кишки зависит степень дегидратации, гипопроteinемии, электролитных нарушений. Мы являемся сторонниками раннего закрытия ЭС в сроки 3-4 недели. 57,8% больных 1-й группы были реабилитированы без выписки из стационара, за исключением пациентов, оперированных в других стационарах города и направленных на хирургическую реабилитацию из кабинета стомированных больных. Среднее время с момента выведения ЭС до ее ликвидации в 1-й группе составило 8,5 недели. Закрытие петлевой ЭС осуществлялось из местного либо срединного лапаротомного доступа 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 была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стомы. В ряде случаев (4 пациента) для защиты колоректального анастомоза выводили превентивную илеостому, которую убирали через 2 недели.

2-ю группу составили 43 (37,4%) пациента с заболеваниями преимущественно толстой

кишки, которым потребовалось наложение илеостомы на более длительный срок — от 4 до 12 месяцев и более. Больше всего было больных — 13 (30,2%) — с раком толстой кишки преимущественно правого фланга, которым ранее выполнялись радикальная операция и илеостомия на фоне острой кишечной непроходимости или перфорации опухоли по экстренным показаниям. Оптимальным сроком для реконструктивно-восстановительной операции мы считаем 3–6 месяцев, данный показатель составил 4,7 месяца. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки были у 19 (44,2%) пациентов, 14 (73,7%) из них страдали тяжелой формой язвенного колита (НЯК) и перенесли субтотальную колэктомию и 5 (26,3%) — болезнью Крона. В нашей клинике выполнение плановой субтотальной колэктомии при язвенном колите, как правило, завершается наложением илеоректоанастомоза. Однако в последние 3 года отмечается тенденция к увеличению числа больных, страдающих тяжелыми гормонрезистентными формами, которых мы вынуждены оперировать на фоне кровотечения лапароскопическим доступом, по данной методике нами было прооперировано 3 пациента. Вопрос о возможности выполнения восстановительной операции ставится после интенсивной консервативной терапии и стабилизации состояния. Оптимальными сроками в таких ситуациях мы считаем 1–1,5 года, что обусловлено необходимостью стабилизации состояния 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 проводилась операция отключения. Восстановительная операция по ликвидации стомы в данных случаях выполнялась в сроки 8–12 месяцев.

У 6 (14%) больных ЭС была выведена в связи с развитием незаживающего толстокишечного свища при панкреонекрозе. Стому убирали через 6, 8 и 12 месяцев, после полного заживления свищей. У одного пациента в связи с незаживающим свищем производилась резекция участка толстой кишки, несущей свищ. 4 (9,3%) пациента были оперированы по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки с тотальным поражением, осложненной профузным кишечным кровотечением из правого фланга ободочной кишки.

Подготовка больных к восстановительной операции включала тщательное обследование с применением фиброколоноскопии, позиционной ирригографии и компьютерной то-

мографии. После перенесенной обструктивной резекции толстой кишки больным проводилось 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 20.08.2009 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 20.09.2003. Способ получения шовного материала для анастомозов и способ формирования анастомозов). Применение оригинального непрерывного викрилового шва при фиксации кишки к коже (патент на изобретение №2392870 от 27.06.2010 г., Способ формирования кишечной стомы) позволил снизить частоту гнойных осложнений и ретракций стомы соответственно на 7% и 11%.

В 3-й группе (28 больных, 24,3%) ЭС вывели на пожизненный либо на неопределенный срок. Пациенты находились под наблюдением стоматерапевта, одной из функций которого является выявление осложнений стомы с направлением на ее реконструкцию. Из этой группы нами оперированы 13 (46,4%) больных, трое из которых в экстренном порядке. Наиболее частой причиной развития поздних осложнений ЭС стала стриктура (у 6). Разработанный нами способ лечения стриктур кишечных стом с применением стентирования устья стомы (патент на изобретение № 2357681 от 10.06. 2009 г.) привел к снижению риска развития рецидива стриктуры стомы в 2,5 раза.

Следует отметить, что хирургическое лечение является основным, но не исключающим другие звенья комплекса реабилитационных мероприятий пациентов с илеостомой. В этой связи особую роль приобретает работа школы стомированных больных, которая была открыта в г. Уфе академиком РАМН, директором ГНЦ колопроктологии Г.И. Воробьевым в рамках проведения II съезда колопроктологов России. Реализация программы школы позволила пациентам получать доступную информацию о состоянии, обусловленном наличием стомы, проходить обучение навыкам ухода за ней уже на первые сутки после операции, свободно общаться с другими стомированными больными и быть полноценными членами общества.

ВЫВОДЫ

1. Создание службы реабилитации стомированных больных позволило сконцентрировать пациентов со стомой и детально изучить ближайшие и отдаленные результаты проведенного 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.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стомы / — М., 2001. — 118 с.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом — М., 2002. — 108 с.
3. Чибисов Г.И., Бубнов М.М., Ахлебинин В.К., Колосков И.О. Результаты хирургического лечения больных с кишечными стомами / Колопроктология. — 2007. — №1. — С. 23-27.

УДК 618.346-008.6-039.71:616.84009.24

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ ГЕСТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

*Сергей Николаевич Гайдуков, Ирина Васильевна Аверина**

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия

Реферат

Проведен анализ клинических, функциональных и биохимических параметров, указывающих на риск развития гестоза. Рассмотрена роль эндогенных дигоксиподобных ингибиторов Na/K-АТФ-азы (маринобуфогенин), и сформулированы новые звенья патогенеза гестоза. С учетом известных и полученных данных предложены новые методы диагностики гестоза.

Ключевые слова: гестоз, эндогенные дигоксиподобные факторы, маринобуфогенин, Na/K-АТФаза, вазоконстрикция.

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSING AND PREDICTING GESTOSIS IN PREGNANT WOMEN

*S. N. Gaidukov, I. V. Averina**

St. Petersburg State Pediatric Academy

Summary

Conducted was an analysis of clinical, functional and biochemical parameters, indicating the risk of developing gestosis. Considered was the role of endogenous inhibitors digoxin-like Na/K-ATPase inhibitors (marinobufogenin), and formulated were new parts of pathogenesis of gestosis. Taking into account the known and the obtained data suggested were new methods of diagnosis of gestosis.

Key words: gestosis, endogenous digoxin-like factors, marinobufogenin, Na/K-ATPase, vasoconstriction.

Гестоз занимает одно из ведущих мест среди проблем современного акушерства. В структуре материнской смертности он стабильно находится на третьем месте, варьируя от 11,8 до 14,8% и выступает основной причиной перинатальной смертности (от 18 до 30%) и перинатальной заболеваемости (от 64 до 78%) [4]. Единственный путь снижения частоты тяжелых форм гестоза и его осложнений — ранняя диагностика и профилактика. По данным литературы известно, что прогнозирование гестоза возможно на основании следующих факторов: клинические симптомы, измене-

ния гемодинамических показателей и уровня биохимических маркеров. Наиболее часто гестоз обнаруживается у первобеременных. Когда период между родами превышал 10 и более лет, риск его развития у ранее рожавшей женщины был равен риску у первородящей [5]. Значимым фактором риска являются многоплодная беременность, вероятность гестоза при которой достигает 45–50% [2, 3]. При этом, как правило, гестоз возникает рано и имеет более тяжелое течение, чем при одноплодной беременности, что объясняется, по мнению ряда авторов, увеличением объема плацентарной ткани (гиперплацентоз). Важную роль играют генетические факторы — фактором рис-

* Автор для переписки: averinairina81@yandex.ru