

ВЫВОДЫ. Наряду с оптимальным выбором сроков восстановительной операции и тщательной предоперационной подготовкой, одним из существенных факторов, способствующих оптимизации результатов лечения данной категории пациентов, остается выполнение таких операций бригадой специалистов, имеющих достаточный опыт в данном разделе хирургии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ КОЛОСТОМ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Задильский Р.П., Юданов А.В., Ганичева И.А., Говорков Р.В., Токмаков И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. В плановой колоректальной хирургии способ формирования колостомы на уровне кожи не вызывает сомнений, однако при наличии кишечной непроходимости (КН) до настоящего времени нет единого подхода к методике выведения ободочной кишки. Частота осложнений колостом, сформированных при КН выше, чем при вмешательствах, выполненных на подготовленной кишке – результат парастомальных гнойно-воспалительных процессов, ретракции и краевого некроза стенки кишки в раннем послеоперационном периоде. Колостома, как известно, серьезно влияет на качество жизни пациента и, зачастую, сложности по уходу за ней, в случае наличия осложнений, могут превалировать над недугами, обусловленными основной патологией.

ЦЕЛЬ. Оценить отдаленные результаты применения наружной фиксации колостом в условиях КН.

МАТЕРИАЛЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ. В клинике разработан метод наружной фиксации стомированной кишки с помощью силиконовой манжеты (ФИПС № 2015.128.476 от 13.07.2015). Он заключается в формировании бесшовной колостомы: кишка после выведения на брюшную стенку удерживается только с помощью муфты из медицинского силикона. Швов между стенкой кишки и тканями брюшной стенки не накладываем. По данному методу, в условиях КН, сформирована 31 колостома. Наружная фиксация занимала 3-5 минут. Удерживающая манжета снималась на 6-10 суток. Ранних стомальных осложнений не было. Все больные были осмотрены через 1-1,5 месяца, проведено анкетирование с помощью специфического опросника Stoma QoL. Выявлены осложнения: дерматит – у 4, парастомальные грыжи – у 2 больных. Качество жизни, в среднем, составило 62 балла (из 80 возможных). Анализируя вышеуказанные парастомальные осложнения, можно с уверенностью говорить о том, что возникновение последних не связано с определенным способом формирования колостом. Собственно стомальных (ретракция, стриктура, рубцовая деформация, парастомальный свищ) осложнений не выявлено.

ВЫВОДЫ. Применение наружной фиксации стомированной кишки и создание бесшовной стомы при операциях на фоне КН характеризуется простотой и скоростью исполнения, минимальным количеством осложнений.

ВЫБОР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Краснов Е.А., Васильев В.В., Воронин Ю.С.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры»,
БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г. Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Сравнительная оценка результатов открытых и лапароскопических восстановительных хирургических вмешательств у больных с толстокишечными свищами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен анализ лечения 34 пациентов с концевой толстокишечной стомой. Причиной наложения стомы были: злокачественные новообразования – у 23 (67,6%) больных, осложнения дивертикулярной болезни – у 6 (17,6%), некроз стенки сигмовидной кишки при тубоовариальном абсцессе – у 1 (2,9%), заворот сигмовидной кишки с некрозом – у 2 (5,9%), травматическое повреждение сигмовидной кишки – у 2 (5,9%) пациента. Средний возраст оперированных составил 54,9±12,1 год. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения при выполнении восстановления непрерывности пищеварительного тракта из срединной лапаротомии и при лапароскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средняя длительность ношения стомы составила 54,3±111,9 недель. Попытка лапароскопического восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта предпринята у 26 больных. В 10 (29,4%) наблюдениях при проведении лапароскопии выполнена конверсия. Отказом от продолжения лапароскопии была невозможность безопасного адгезиолиза. Среднее время выполнения операций из лапаротомного доступа составила 108,8±44,6 мин., лапароскопического вмешательства – 136,4±47,4 мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации после открытой операции – 1,0±0,7 сут. после лапароскопической – 0,9±0,8 сут.; восстановление перистальтики на – 1,3±0,5 и на 1,7±0,5 сут., соответственно. Длительность пребывания в стационаре составила 16,6±8,6 сут. после лапаротомии и 11,5±6,3 сут. после лапароскопии. Осложнения развились у 3 (8,8%) пациентов: после лапароскопии – у 1 (2,9%) несостоятельность толстокишечного анастомоза; после открытой операции нагноение послеоперационной раны – у 1 (2,9%) и ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 1 (2,9%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Видеолапароскопический метод восстановления непрерывности кишечника у стомированных больных обеспечивает раннюю активизацию больных, сокращение длительности пребывания в стационаре.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОДНОСТВОЛЬНЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Каганов О.И.,¹ Кривошеков Е.П.,¹ Мешков А.В.²

¹ ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ

² ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, г. Самара, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одной из актуальных задач хирургического лечения больных с диагнозом рак прямой кишки нижеампулярной локализации в объеме удаления первичной опухоли с формированием одноствольной колостомы, наряду с решением проблем