

онкологического радикализма, является улучшение показателей качества жизни (КЖ) пациентов.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов хирургического лечения и КЖ стомированных больных путем внедрения нового способа формирования одностольной колостомы при брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (БПЭПК).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведен сравнительный анализ результатов лечения больных контрольной группы (n=61), которым формировалась внутрибрюшная одностольная колостома по различным, ранее принятым, методикам и основной группы (n=75), у которых применен способ формирования одностольной забрюшинной колостомы (патент РФ на изобретение № 2374995 от 10.12.2009.). Качество жизни больных было исследовано с применением шкалы FACT-S в течение первого года после операции в сроки 3, 6, 9, 12 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При использовании внутрибрюшинного способа формирования одностольной постоянной концевой колостомы в контрольной группе число послеоперационных осложнений со стороны стомы (нагноение параколостомической клетчатки, концевой некроз и ретракция колостомы) возникло у 17 (27,9%) больных, в основной – у 3 (4%) человек (p=0,000). В течение 12 месяцев после операции параколостомические грыжи и рубцовые стенозы колостомы, требующие хирургической коррекции в контрольной группе, диагностированы у 15 (24,6%) пациентов, в основной – у 2 (2,7%) больных (p=0,000). Проведен сравнительный анализ КЖ по шкале FACT-S. КЖ по шкалам FACT-G и FACT-S до оперативного вмешательства у пациентов в группах исследования было сопоставимо и снижено в два раза по сравнению с максимально возможным значением, что было обусловлено проявлениями симптомов колоректального рака. После проведенного хирургического лечения в группах исследования показатели КЖ в динамике по шкале FACT-G, FACT-S и ТОИ имели тенденцию к улучшению, однако через 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции по шкале FACT-G КЖ в основной группе во всех точках исследования было значимо выше по сравнению с контрольной (p=0,04, p=0,02, p=0,02, p=0,01, соответственно), по шкале FACT-S p=0,03, p=0,03, p=0,01 и p=0,02, соответственно, по шкале ТОИ p=0,03, p=0,03, p=0,02 и p=0,02, соответственно. Это было обусловлено функциональностью колостомы, сформированной по предложенной методике.

ВЫВОДЫ. Применение нового способа формирования одностольной колостомы при выполнении БПЭПК у пациентов с диагнозом рак прямой кишки нижеампулярной локализации позволило значимо улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения и КЖ по сравнению с группой больных после внутрибрюшинного формирования колостомы по ранее принятым методикам.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ

Калашникова И.А., Попова Е.А., Фадеева С.А.
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

Развитие осложнений кишечной стомы делает жизнь пациента невыносимой, создает непреодолимые препятствия к социальной адаптации, значительно ухудшает лечение. Частота гнойно-септических осложнений в области стомы составляет от 2 до 14,8%. В отечественной литературе сообщения о современ-

ных методах лечения парастомальных ран носят единичный характер.

ЦЕЛЬ. Оценка безопасности и эффективности применения современных методов консервативного лечения гнойно-воспалительных осложнений у пациентов с кишечной стомой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализирован опыт применения инновационных методов консервативного лечения у 55 пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями кишечных стом: расхождение кожно-кишечного шва – у 27 пациентов, ретракция стомы – у 7 пациентов, парастомальный абсцесс – у 8 пациентов, флегмона – у 4 пациентов, гангренозная пиодермия – у 9 пациентов. Большая часть больных оперирована по поводу рака толстой кишки – 28 пациентов, 19 больным проведено оперативное лечение по поводу воспалительных заболеваний толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона), 8 больных – по поводу осложненного дивертикулеза ободочной кишки.

При расхождении кожно-кишечного шва, ретракции стомы применение двухкомпонентных систем, пасты-герметик и современных перевязочных средств (серебросодержащих гидрофайбер- и альгинатных повязок, ранозаживляющих порошков) позволило устранить такого рода осложнения, изолируя раны от попадания кишечного содержимого, контролируя течение раневого процесса, при этом, не нарушая комфорта пациентов.

При локализации гнойно-воспалительного очага в области стомы в тканях брюшной стенки до уровня апоневроза после пункции, вскрытия и дренирования через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприёмника при лечении парастомальных ран применяли серебросодержащие и гидроколлоидные раневые покрытия.

Местное лечение гангренозной пиодермии включало хирургическую обработку раны (пустулы, язвы) под местной анестезией, локальное применение стероидных препаратов или иммунодепрессивных средств (такролимус, протопик) в сочетании с гидрофайбер- и альгинатными повязками с серебром, использование гидроколлоидных повязок, 2-х компонентные системы калоприёмников.

При обширных ранах после вскрытия парастомальных абсцессов, флегмон и циркулярной ретракции стомы применяли метод локального отрицательного давления. Использование вакуумной терапии в сроки до 3-5 дней способствовало очищению раны, уменьшению размеров раны и эпителизации в течение 7-10 дней. Вакуум-ассистированная повязка, создавая эффект жесткой поддержки в парастомальной ране, позволяла применять калоприёмник, что значительно улучшило условия ухода и качество жизни пациентов с кишечной стомой.

Ни в одном наблюдении при использовании вакуумной терапии не потребовалось повторной экстренной операции или рестомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Современные методы консервативного лечения гнойно-воспалительных осложнений в области кишечной стомы позволяют эффективно оказывать медицинскую помощь стомированным пациентам. Использование современных раневых покрытий и вакуумной терапии для лечения сложных гнойно-воспалительных ран у пациентов с кишечной стомой является безопасным и эффективным методом.