

Операцию заканчивали обязательным проведением пневмопробы на герметичность анастомоза. Средняя продолжительность операции составила 2 ч 5 мин, что не превышало продолжительности вмешательства при обычном доступе. Болевой синдром не был выражен, отмечали короткий период послеоперационного пареза с ранней активизацией больного (рис. 5 и 6). Послеоперационное осложнение развилось у одного больного с ДБТК — после проведения аппарата через стриктурированную культю прямой кишки развился острый подслизистый парапроктит, который вскрылся самопроизвольно.

ВЫВОДЫ

1. Техника лапароскопического вмешательства не должна ограничивать необходимый объём оперативного пособия.

2. Выведение кишечной стомы при отсутствии противопоказаний и наличии условий следует выполнять лапароскопическим способом. При неосложнённой кишечной непроходимости и патологии прямой кишки эта методика становится операцией выбора, позволяющей больному легче перенести вмешательство, быстрее восстановиться с меньшим количеством послеоперационных осложнений и последующим выполнением основного этапа хирургического лечения в более ранние сроки (7–11 сут при раке толстой кишки).

3. Лапароскопическая резекция патологического очага под прикрытием или с ликвидацией стомы должна носить избирательный характер с учётом особенностей не только больного, но и основного заболевания, особенно при раке толстой кишки.

4. Применение лапароскопической техники в хирургии кишечных стом возможно на всех этапах хирургической реабилитации стомированных больных, служит безопасной методикой, обладает рядом преимуществ перед традиционными вмешательствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганцев Ш.Х. Рак ободочной и прямой кишки. — Москва, 2004. — 112 с.
2. Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Способ исследования культи прямой кишки методом компьютерной томографии с 3D-реконструкцией. Патент на изобретение №2364337. Бюлл. №18 от 20.08.2009.
3. Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Способ ушивания парастомальной раны. Описание изобретения к патенту №2395238. Бюлл. №19 от 27.07.2010.
4. Ибатуллин А.А., Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Устройство для трансиллюминации при лапароскопических операциях. Описание изобретения к патенту №2423937. Бюлл. №20 от 20.07.2011.
5. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В. Хирургическая реабилитация стомированных больных после операции Гартмана // Мед. вестн. Башкорт. — 2008. — №6. — С. 64–66.
6. 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 616.348/.35-006.04-089.86-089.87-06-007.43-089.844-089.168

T04

ПРОФИЛАКТИКА ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Заирбек Мирбекович Тойчугев, Ильгиз Габдуллович Гатауллин, Ильдар Рауфович Аглуллин, Марат Равилевич Хамитов, Махарджан Рам Каджи*

Казанский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Поиск оптимального способа наложения концевой колостомы у больных колоректальным раком после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Методы. Представлены результаты хирургического лечения (экстирпация прямой кишки, завершённая сигмостомией) 142 больных злокачественными новообразованиями нижеампулярного отдела прямой кишки за период с 2005 по 2012 гг. Ретроспективно проанализированы данные 101 пациента (группа сравнения), в отношении которых использовали однотипный подход к выбору способа колостомии. В основную группу включён 41 пациент, проспективно оценивалась эффективность предложенной нами методики наложения колостомы с использованием аллопластического материала для укрепления колостомической раны со стороны брюшной полости.

Результаты. Частота ранних послеоперационных осложнений в области концевой колостомы в группе сравнения составила 18,8% (19 случаев из 101). В 2 случаях диагностирован заворот тонкой кишки вокруг стомы, что вызвало кишечную непроходимость, у 2 больных зарегистрирован некроз стенки выведенной колостомы, у 3 — эвентрация вокруг стомы, у 1 — перфорация сигмостомы, у 1 — ретракция стомы, у 3 — кровотечение из стомы, у 1 — параколомический инфильтрат. Поздние осложнения развились у 14 пациентов группы сравнения, из

них у 8 — параколостомические грыжи, у 3 — пролапс стомы, у 1 — колостомический свищ, у 2 — стриктура стомы. В основной группе результаты лечения были удовлетворительными. На ранних сроках у 1 пациента развилось кровотечение из стомы, у 1 — частичный некроз стенки стомы. Поздних параколостомических осложнений не выявлено. Всё это создаёт предпосылки для реабилитации радикально оперированных больных раком прямой кишки. Противопоказанием к применению данного способа колостомии является наличие инфицированного выпота в брюшной полости.

Вывод. Применение разработанного нами способа приводит не только к существенному улучшению непосредственных результатов колостомии, но и к достоверному сокращению количества ранних и поздних параколостомических осложнений по сравнению с традиционными методами.

Ключевые слова: колостомия, хирургическое лечение, осложнения, аллопластический материал, рак прямой кишки.

PREVENTION OF PARACOLOSTOMAL COMPLICATIONS FOLLOWING ABDOMINOPERINEAL EXTIRPATION OF THE RECTUM Z.M. Toychiev, I.G. Gataullin, I.R. Agullin, M.R. Khamitov, M.R. Kaji. *Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* **Aim.** To find an optimal way of end colostoma formation in patients with colorectal cancer following abdominoperineal extirpation of the rectum. **Methods.** Results of surgical treatment (rectum extirpation ended with sigmoidostomy) of 142 patients with malignant tumors of lower part of rectal ampulla treated from 2005 to 2012 are presented. Data of 101 patients (comparison group) were retrospectively analyzed, in whom the same approach of choosing the colostomy technique was applied. The main group consisted of 41 patients in whom the efficacy of authors-introduced technique of colostomy with alloplasty for colostomal wound consolidation from the abdominal cavity side was prospectively defined. **Results.** The prevalence of early post-operative stomal complications was 18,8% (in 19 out of 109 patients) in comparison group. Peum volvulus around the stoma causing bowel obstruction was diagnosed in 2 cases, necrosis of stoma wall — in 2 patients, evisceration around stoma site — in 3 patients, perforation of sigmoid stoma — in 1 patient, stoma retraction — in 1 patient, bleeding at stoma site — in 3 patients, paracolostomal mass — in 1 patient. 14 patients from comparison group developed late post-operative stomal complications, including parastomal hernia — 8 patients, stoma prolapse — 3 patients, colostomal fistula — 1 patient, stomal stenosis — 2 patients. Treatment results in the patients from the main group were satisfactory. Early complications included 1 case of bleeding from stoma site, 1 case of partial necrosis of stoma wall. No late complications were registered. The gained data allows to provide successful rehabilitation to patients who underwent colorectal cancer surgery. The described technique is contraindicated in case of infected peritoneal effusion. **Conclusion.** The use of the method proposed by authors not only significantly improves colostomy results, but significantly decreases the rate of both early and late post-operative complications of stomas compared to standard methods. **Keywords:** colostomy, surgery, complications, alloplasty, allotransplant, colorectal cancer.

История хирургии кишечных стом переступила 200-летний рубеж. Современная история колостомии начинается с сообщения Теодора Бильбота (1879) о вынужденном завершении резекции сигмовидной кишки ушиванием периферического конца кишки наглухо с погружением его в брюшную полость и выведением центрального конца кишки в нижний угол лапаротомной раны. Так впервые была сформирована концевая колостома [2].

Актуальной остаётся проблема медико-социальной помощи стомированным больным в России. Удельный вес больных с IV стадией колоректального рака на протяжении многих лет остаётся высоким и достигает 25% [1], следовательно, количество больных с пожизненной стомой будет увеличиваться.

К боковым грыжам (по классификации Chevrel-Rath, 2000) относятся параколостомические грыжи, частота которых, по данным разных авторов, составляет 1,6–33% среди всех послеоперационных грыж [3, 4].

Цель настоящего исследования — разработка оптимального способа наложения концевой колостомы у больных колоректальным раком после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Проанализированы результаты хирургического лечения 142 больных раком ниж-

неампулярного отдела прямой кишки за 2005–2011 гг. Всем больным выполнено оперативное лечение в объёме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с наложением постоянной концевой колостомы. Из 142 больных мужчин было 68 (47,88%), женщин 74 (52,11%). Распределение больных по возрасту: до 50 лет — 29 (20,4%), 50–59 лет — 67 (47,2%), 60–69 лет — 13 (9,2%), старше 70 лет — 33 (23,2%). Из 142 больных 137 (96,47%) получили предоперационную лучевую терапию (из них 25 больных — дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 2 Гр до суммарной очаговой дозы 38–42 Гр, 112 пациентов — среднефракционную дистанционную гамма-терапию в разовой дозе 5 Гр до суммарной очаговой дозы 25 Гр). У остальных пациентов были противопоказания для проведения лучевой терапии: распадающаяся опухоль, кровотечение из опухоли и острая кишечная непроходимость.

У 78 (55%) больных была II стадия опухолевого процесса ($T_{3-4}N_{0-3}M_0$), у 44 (31%) — III стадия ($T_{1-4}N_{1-3}M_0$). Больных с I стадией ($T_{1-2}N_0M_0$) было 16 (11,2%), с IV стадией ($T_{1-4}N_{0-3}M_1$) — 4 (2,8%).

По данным морфологического исследования преобладала аденокарцинома кишечника различной степени дифференцировки — 112 (79%) больных. Недифференцированный рак выявлен у 28 (20%), мела-

Таблица 1

Комбинированные операции при проведении брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки с наложением постоянной концевой колостомы

Название операции	Количество
Экстирпация матки с придатками	10
Удаление метастазов в печени	3
Резекция передней брюшной стенки	6
Экстирпация влагалища	6
Резекция семенных пузырьков	4
Резекция предстательной железы	14
Резекция мочевого пузыря	1
Всего	44

нома прямой кишки – у 2 (1,4%) пациентов.

Мы выполнили 44 (30,98%) комбинированные операции (табл. 1).

В соответствии с применявшимися в клинике методами формирования концевой колостомы за анализируемый 6-летний период, который в целом отражает поиски путей оптимизации способов создания и профилактики осложнений искусственного заднего прохода, нами было выделено две группы больных.

В группу сравнения (данные анализировали ретроспективно) включён 101 больной: после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки колостому накладывали классическим способом, который заключается в послойном подшивании выводимой кишки к передней брюшной стенке.

Ко второй группе (основной, проспективное исследование) отнесён 41 больной: на конечном этапе операции формировали колостому с использованием аллопластического материала.

Методика нового способа наложения колостомы состоит в следующем. После выполнения основного этапа брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки в левой боковой области живота формируют тоннель для выведения стомы. После выведения через него мобилизованного участка ободочной кишки со стороны брюшной полости отдельными швами к стоме подшивают аллопластический материал, создавая манжетку на внутрибрюшной части выведенной кишки. Полоски сетки фиксируют узловыми швами по окружности колостомической раны к париетальной брюшине со стороны брюшной полости. Противопоказание к применению данного способа колостомии – наличие инфицированного выпота в брюшной полости.

Таблица 2

Частота и характер ранних послеоперационных осложнений в области колостомы у пациентов группы сравнения (101 человек)

Ранние осложнения	Абс.	%
Некроз стенки выведенной кишки	2	1,9
Околостомные дерматиты	4	3,9
Параколостомические абсцессы	2	1,9
Лигатурные свищи	3	2,9
Ретракция стомы	2	1,9
Заворот вокруг стомы	1	0,9
Перфорация колостомы	1	0,9
Кровотечение из колостомы	3	2,9
Эвентрация	1	0,9
Всего	19	18,81

Ранние послеоперационные осложнения в области концевой колостомы у больных группы сравнения зарегистрированы в 19 (18,8%) случаях из 101 (табл. 2). Наиболее грозными из них были заворот тонкой кишки вокруг выведенной стомы (1 пациент), ретракция стомы (2 пациента), некроз стенки выведенной кишки (2 пациента) и перфорация стенки кишки (1 пациент). Все эти осложнения потребовали повторного оперативного лечения, летальных исходов не было. При ретроспективном изучении отдалённых результатов в группе сравнения было отмечено возникновение осложнений в области колостомы у 14 из 101 оперированного больного в сроки от 3 мес до 5 лет после радикального вмешательства. Как видно из табл. 3, наибольший удельный вес в структуре осложнений после выписки имели параколостомические грыжи и выпадение кишки (пролапс).

Таблица 3

Частота и характер поздних параколостомических осложнений у больных в группе сравнения

Поздние осложнения	Абс.	%
Параколостомические грыжи	7	6,9
Стриктуры колостомы	1	0,9
Выпадение ободочной кишки через стому	4	3,9
Параколостомические свищи	1	0,9
Итого	14	13,86

В основной группе результаты лечения были удовлетворительными. На ранних сроках у 1 (2,4%) пациента развилось кровотечение из стомы, у 1 (2,4%) – частичный некроз стенки стомы. Поздних параколостомических осложнений не выявлено.

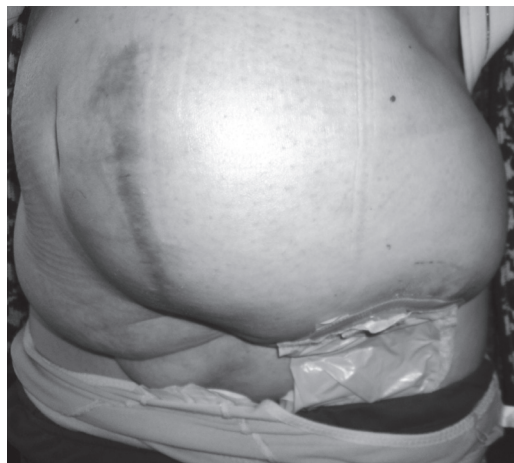


Рис. 1. Гигантская параколостомическая грыжа.

В качестве иллюстрации приводим клинический пример. Больной Н. 64 лет поступил в Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ с диагнозом «рак нижнеампулярного отдела прямой кишки». При фиброколоноскопии выявлена опухоль прямой кишки, нижний полюс которой расположен на расстоянии 3 см от анального жома, опухоль циркулярно поражает кишку. Морфологическое исследование: умеренно дифференцированная аденокарцинома. После предоперационной лучевой терапии проведена экстирпация прямой кишки с наложением постоянной колостомы традиционным методом. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном осмотре через 6 мес у больного выявлена параколостомическая грыжа больших размеров (рис. 1).

Данное осложнение потребовало повторно оперативного вмешательства.

В основной группе больных при контрольных обследованиях в ранние, ближайшие и отдаленные сроки специфических параколостомических осложнений не отмечено.

ВЫВОДЫ

1. Применение разработанного способа колостомии привело не только к существенному улучшению непосредственных результатов лечения, но и к сокращению количества ранних и поздних параколостомических осложнений по сравнению с традиционными методами. Это создаёт предпосылки для лучшей реабилитации радикально оперированных больных раком прямой кишки.

2. Всё вышеизложенное даёт основание считать разработанную нами методику формирования постоянной колостомы методом выбора при выполнении радикальных хирургических вмешательств по поводу рака нижнеампулярного отдела прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. — М.: Стольный град, 2002. — С. 95-96.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стомы. — М.: МНПИ, 2001. — С. 90.
3. Белоконов В.И., Ковалёва З.В., Пушкин С.Ю., Сульничков А.А. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом // Хирургия. — 2002. — №6. — С. 38-40.
4. Рутенберг Г.М., Богданов Д.Ю., Чистяков А.А., Омельченко В.А. Возможности применения различных вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. — 2005. — №4. — С. 3-8.

УДК 616.34006.6-089.168: 615.211: 616-089.5-032: 611.2/.14

Т05

КОМБИНИРОВАННАЯ ИНГАЛЯЦИОННО-ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Михаил Израилевич Неймарк¹, Саят Замамбекович Танатаров^{2*},
Тасболат Алпысбесович Адылханов²

¹Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул,
²Государственный медицинский университет, г. Семей, Республика Казахстан

Реферат

Цель. Определение эффективности и безопасности комбинированной ингаляционно-внутривенной анестезии (изофлуран + пропофол) у больных, оперируемых по поводу злокачественных новообразований органов желудочно-кишечного тракта.

Методы. Обследованы 163 больных, оперированных по поводу рака желудка (119 человек), головки поджелудочной железы (24 пациента) и толстой кишки (20 больных). Осуществлено сравнение показателей центральной гемодинамики, вегетативного статуса, содержания кортизола и глюкозы в крови, биспектрального индекса при