

дефицитом массы тела. Частоту стула до 10 раз в сутки отмечали 20(54%) больных, 10-15 раз в сутки – 10(27%), более 15 раз – 7(19%) пациентов. Перистомальные осложнения (аллергический, контактный дерматит) были диагностированы у 28 (76%) человек. Ретракция стомы была выявлена у 6 пациентов, из них у 3 больных вокруг выведенного участка кишки образовалась открытая рана, подверженная постоянно контакту с тонкокишечным содержимым.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

С целью закрытия ран на перистомальной коже, нами использовался гель Пронтосан, наносимый на всю раневую поверхность ежедневно, сверху накладывались гидрофильные поролоновые повязки. Таким образом, создавался защитный слой, предохраняющий рану от попадания кишечного содержимого. Срок заживления составлял 45-60 дней. Критерием эффективности лечения считалось образование грануляций, отсутствие перифокального воспаления, эрозий, мацерации. В дальнейшем, для создания защитного барьера использовались пасты – герметики. Пациентам рекомендовались только двухкомпонентные калоприемники, отверстия пластины вырезались по диаметру неизменного кожного покрова для постоянного доступа и адекватного ухода за перистомальной кожей. При данном алгоритме лечения развившихся осложнений сводился к минимуму риск развития более серьезных патологий – фолликулитов, флегмон.

С целью коррекции дефицита массы тела использовалось энтеральное, изокалорийное питание с осмолярностью, в среднем, равной 300. Суточная доза составляла – 700-1000 мл, длительность приема – 6-8 недель. После завершения курса прибавка в весе отмечалась у абсолютного числа больных и составляла, в среднем, 2,3-4,5 кг. Все пациенты корректировали стул диетой, рекомендованной при диарее. Имодиум принимали 18(49%) человек. Длительность приема не превышала 7 дней независимо от достигнутого эффекта. Улучшение общего состояния (субъективная оценка) отмечали 29(78%) пациентов через 4-6 месяцев после операции. К привычному образу жизни – приступили к работе, полноценно занимаются воспитанием детей, вернулись 27(73%) больных через 8-10 месяцев после операции.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с илеостомой – наиболее сложная в вопросах реабилитации категория больных. Перистомальные осложнения – частая проблема, не имеющая тенденции к снижению. При использовании предложенного нами алгоритма лечения перистомальных осложнений удается добиться стойкого, выраженного эффекта. Вопросы питания пациентов с илеостомами требуют внимания и нуждаются в большем изучении и освещении.

### 18-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Рубанченко А.С.,  
Сторожил Д.А., Ефремов А.Б., Наумов А.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Белгородская областная клиническая больница Святителя  
Иоасафа,  
Региональный колопроктологический центр, г. Белгород, Россия

#### АКТУАЛЬНОСТЬ

Первую успешно проведенную резекцию верхней части прямой кишки со сшиванием отрезков кишки циркулярным швом в 1897 году выполнил Trendelenburg R.S. В это же время возникла и основная проблема колопроктологии: риск развития несостоятельности анастомоза. Несмотря на более чем 200-летнюю историю хирургии рака толстой кишки, проблема несостоятельности кишечных анастомозов и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Согласно литературным данным, частота несостоятельности швов анастомоза колеблется в широких пределах – от 3,2 до 25,1% и выше. Это особенно актуально при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, потому как в случае развития несостоятельности анастомоза не выполняется цель операции – ликвидация колостомы.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм предоперационной подготовки и хирургического лечения больных с колостомами.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Белгородском региональном колопроктологическом центре за период с 1996 по 2013 год выполнено 473 реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке, из них у 181 больного произведена лапаротомия и у 292 больных колостома ликвидирована из местного доступа. Интервал времени, прошедший с момента первой операции до восстановительной, составил от 3 месяцев до 2-х лет. Возраст больных от 18 до 77 лет: женщины – 22%, мужчины – 78%. Реконструктивно-восстановительная колопластика после ранее выполненной радикальной операции по поводу рака толстой кишки выполнена у 142 больных, у остальных больных колостома ранее была наложена по поводу осложненной дивертикулезом толстой кишки, травмы толстой кишки или осложненной болезни Крона толстой кишки. При «низких» анастомозах у 96 больных применялись аппараты АКА-2, БЕА, СЕЕА, КУГВ с диаметром головки 25-33 мм. В остальных случаях был наложен ручной анастомоз (37 односторонне-серозно-мышечно-подслизистых и 340 двухрядных узловых) с использованием шовного материала Polysorb 4/0.

Предоперационная подготовка начиналась сразу же после ликвидации основного заболевания, по поводу которого была наложена колостома. Она носила комплексный характер и включала специальную тренировку отключенного отдела толстой кишки. При длительном существова-

нии колостомы развивается воспалительный процесс и атрофия мышц отключенного отдела кишки, которые после восстановления непрерывности кишки не в состоянии обеспечить надежную перистальтику и продвижение кишечного содержимого. Это приводит к застою в начальной части включенного отдела кишки и опасно в плане несостоятельности швов анастомоза. С целью профилактики этих осложнений нами применяется способ тренировки отключенного отдела толстой кишки пенными аэрозолями (Сульфодозоль, Гипозоль М, Нитазол, Мирамистин) в течение 1-2 месяцев. Данные препараты, помимо механического воздействия на стенку кишки, обладают противовоспалительными, антибактериальными, регенерирующими свойствами и, следовательно, способствуют более надежному восстановлению моторной функции отключенного отдела.

Во время операции следили за выполнением следующих условий: хорошей подготовкой толстой кишки, отсутствием натяжения между анастомозируемыми участками кишки, адекватным кровоснабжением толстой кишки, минимальной травматизацией тканей и соблюдением принципов асептики. Проверка герметичности анастомоза нами проводится с помощью пенных аэрозолей, которые обладают рядом преимуществ перед другими способами: в случае попадания пены в брюшную полость видно место дефекта, а сами аэрозоли обладают антимикробным действием.

В послеоперационном периоде проводилась антибиотикопрофилактика, стимуляция перистальтики кишечника, использовались препараты, улучшающие реологические свойства крови и препятствующие тромбозу мелких сосудов. Для уменьшения нагрузки на анастомоз в первые сутки после операции мы применяли газоотводную трубку.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Несостоятельность анастомоза после реконструктивно-восстановительной колопластики возникла у 3(0,63%) больных, что потребовало повторной операции и наложения стомы. У одного больного несостоятельность анастомоза, приведшая к развитию перитонита и нарастающей полиорганной недостаточности, явилась причиной летального исхода.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные принципы подготовки больных к реконструктивно-восстановительным операциям, а также способ проверки герметичности анастомоза пенными аэрозолями, хорошо зарекомендовали себя и с успехом применяются в отделении с 1996 г., однако они требуют дальнейшего совершенствования.

### ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТАХ

Наврузов С.Н., Наврузов Б.С., Рахманов С.Т.,  
Пазылова Д.У., Маткаримов С.Р., Кутлиева Г.Дж.

Республиканский Научный Центр Колопроктологии  
МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

**ЦЕЛЬЮ** настоящей работы было изучить состояние микробиоценоза толстой кишки у больных с язвенным колитом, а также влияние терапии, направленной на коррекцию микрофлоры кишечника с использованием пробиотических препаратов на течение заболевания, частоту развития рецидивов и стойкость клинической ремиссии язвенного колита.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 115 больных ВЯЭК, тотальное поражение, тяжелое течение, госпитализированных в Научный Центр Колопроктологии МЗРУз за период с 2005 по 2012 гг. Всем больным проведена тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложением илеостомы. Больные были распределены на 2 группы:

– Основную группу составили 62 больных, получавших в послеоперационный период базисную (сульфасалазин, салофальк, кортикостероиды) и общеукрепляющую терапию и пробиотики (Лактобактерин, Бифидумбактерин, Колибактерин и Бификол).

– Контрольная группа состояла из 53 больных, получавших только базисную и общеукрепляющую терапию.

Пробиотики назначали каждые 3 мес., в течение не менее 30 дней, вводя их перорально и per rectum. Перорально использовали Lactobacterium acidophilum и Bifidobacterium, по 5 доз, соответственно, 3 и 2 раза в день, Bifidobacterium применяли ежедневно днем однократно per rectum. Кроме того, per rectum 1 раз в день вводили препарат «бактимис». Проводили лазеротерапию.

Эффективность лечения оценивали по клиническим показателям, количеству отделяемого из прямой кишки, срокам эпителизации, появлению грануляций и т. д. Эффективность классифицировали по трем степеням: 1 – хороший результат – исчезновение или значительное уменьшение выделений из прямой кишки (кровь, слизь и т. д.), болевого синдрома, улучшение общего состояния и эндоскопической картины, улучшение качественного и количественного состава микрофлоры;

2 – удовлетворительное – уменьшение выделений, частичное восстановление эпителизации, уменьшение болевого синдрома и т. д.;

3 – неудовлетворительное – отсутствие эффекта.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В основной группе из 62 хорошие результаты были достигнуты у 40(64,5±6,0%) больных, удовлетворительные – у 22(35,4±6,0%). Неудовлетворительные результаты не отмечались. Иную картину наблюдали в контрольной группе: хорошие результаты отмечали у 21(39,6±6,7%), удовлетворительные – 29(54,7±6,8%), неудовлетвори-