

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Ю. С. Воронин

Цель – оценка эффективности и улучшение результатов лечения больных с кишечными стомами. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ хирургической реабилитации 107 пациентов, которым в период 2012–2017 гг. выполнено восстановление непрерывности кишечника с ликвидацией стомы. **Результаты.** При проведении восстановительного вмешательства лучшие результаты хирургического лечения показал видеоассистированный доступ. Установлено, что при использовании видеоассистированного доступа перистальтика кишечника восстанавливается к первым (1–1) суткам, доля осложнений не превышает 2,8 %, до 10,5 суток сокращается период нахождения в стационаре.

Ключевые слова: реабилитация, стома, восстановление непрерывности, ускоренное восстановление, видеоассистированный доступ.

ВВЕДЕНИЕ

В связи с неуклонным ростом заболеваний кишечника увеличивается число операций, одним из этапов которых становится выведение участка кишки на переднюю брюшную стенку. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2001 г. опубликовала данные о том, что число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100–150 человек [1]. Государственный научный центр колопроктологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГНЦК МЗ РФ) приводит сведения о 180 тысячах стомированных пациентов [2]. В крупных городах нашей страны создаются реестры стомированных больных – в Москве и Московской области в него уже включены не менее 12 тысяч человек, в Санкт-Петербурге и Ленинградской области – около 5 тысяч [3]. В докладе European Ostomy Association (EOA) указано, что в странах Европейского Союза (ЕС) и Великобритании насчитывается около 700 тысяч стомированных пациентов (0,14 % численности населения этих стран) [4]. По данным United Ostomy Association of America (UOAA) на 2017 г. в Соединенных Штатах Америки числится от 725 тысяч до 1 млн пациентов со стомой. Ежегодно в США проводится около 100 тысяч операций, завершающихся наложением искусственного кишечного свища [5].

Общемировая статистика причин выполнения стомирующих операций указывает на то, что от 43 до 76 % таких операций выполняют по поводу злокачественных новообразований кишечника и анального канала. Помимо этого, выведением стомы завершаются операции при дивертикулярной болезни и ее осложнениях – в 12–27 % наблюдений, при острой кишечной непроходимости неопухолевой этиологии – в 6–18 % случаев, при осложненном течении воспалительных заболеваний кишечника – почти у 10 % оперированных [6]. В развивающихся странах остается высокой доля травматических повреждений кишечника различной этиологии, достигая 55,2 % среди всех наблюдений выведения искусственного кишечного свища [7].

В настоящее время для выполнения восстановительной операции используются лапаротомный (в том числе локальный) доступ и видеоассистированные методы. Восстановление непрерывности пищеварительного тракта путем чревосечения применяется в течение пятидесяти лет в Российской Федерации и за рубежом [8–11]. По данным литературы, число осложнений при операциях, выполняемых лапаротомным доступом, составляет от 4 до 43 %. Летальность, по различным данным, варьируется в пределах

SURGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH INTESTINAL STOMATA

A. Ya. Ilkanich, V. V. Darvin, Yu. S. Voronin

The aim of the study is to evaluate the effectiveness and improve the results of treatment of patients with intestinal stomata. **Materials and methods.** A retrospective analysis of surgical rehabilitation of 107 patients is carried out. These patients had a restoration of intestinal continuity with ostomy takedown in 2012–2017. **Results.** The best results of surgical treatment are achieved by video access during the reversal procedure. It is established that using video-assisted access the intestinal peristalsis is restored during 1st (1-1) day, the rate of complications does not exceed 2.8 %, and the inpatient period is reduced to 10.5 days.

Keywords: rehabilitation, stoma, restoration of continuity, enhanced recovery, video-assisted.

4–10 %. Первые результаты применения видеоассистированного метода восстановления непрерывности пищеварительного тракта были опубликованы в 1993 г. [12–13]. Множество работ отечественных и зарубежных специалистов, а также мультицентровые исследования свидетельствуют о том, что видеоассистированные операции имеют ряд преимуществ в сравнении с традиционной методикой – меньшее число осложнений (5,0–15,7 %), низкая летальность (0,7–3 %), короткий период восстановления (6,1–6,7 дней) [14–16].

Неудовлетворенность результатами лечения и поиск путей улучшения результатов хирургической реабилитации пациентов с кишечными стомами остаются по-прежнему актуальными задачами научных исследований.

Цель – оценка эффективности и улучшение результатов лечения больных с кишечными стомами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов хирургической реабилитации 107 стомированных пациентов, поступивших в Сургутскую окружную клиническую больницу за период 2012–2017 гг. В анализируемой группе 51 (47,7 %) мужчина и 56 (52,3 %) женщин. Средний возраст составил $54,9 \pm 12,1$ лет. Длительность ношения стомы в среднем была равна $54,3 \pm 111,9$ неделям.

Причинами наложения стомы были: проведение хирургического лечения по поводу злокачественных новообразований толстой кишки – 69 (64,5 %); осложнения дивертикулярной болезни – 7 (6,5 %); ятрогенные травмы толстой кишки при проведении операций и эндоскопической полипэктомии – 11 (10,3 %); травмы толстой кишки – 7 (6,5 %); осложнения заболеваний поджелудочной железы и желчного пузыря – 3 (2,8 %); несостоятельность толстокишечного анастомоза – 4 (3,7 %); осложнения воспалительных заболеваний кишечника – 2 (1,9 %); заворот долихосигмы – 2 (1,9 %); разрыв промежности при родоразрешении – 2 (1,9 %) больным.

Оперативные вмешательства были завершены: выведением концевой стомы – 65 (60,7 %); петлевой – 40 (37,0 %); пристеночной – 2 (1,9 %) больным.

80 (74,8 %) больным восстановительное хирургическое вмешательство проведено по поводу толстокишечного свища, 27 (25,2 %) – по поводу тонкокишечной стомы.

Предоперационное обследование выполнялось в амбулаторных условиях и включало подробный сбор жалоб и анамнеза пациента, физикальный осмотр, клинические и биохимические анализы крови. Для оценки состояния кишечника перед восстановительным вмешательством проводилось эндоскопическое обследование. Видеоэндоскопия – ректороманоскопия и колоноскопия – выполнена 12 (11,2 %) и 95 (88,8 %) пациентам соответственно [19].

Определение длины дистальной культи кишки, выявление признаков рецидива или прогрессирования злокачественных новообразований, оценка спаечного процесса в брюшной полости проведены при помощи лучевых методов исследования: ирригоскопия – 65 (60,7 %); проктография – 43 (40,2 %); ультразвуковое исследование (УЗИ) – 77 (71,9 %); компьютерная томография органов брюшной полости (КТ) – 69 (64,5 %); магнитно-резонансная томография (МРТ) – 39 (36,4 %) больным. Прочие обследования назначались по пока-

заниям. Пациентам онкологического профиля дополнительные исследования проводились в соответствии с регламентом [17–18]. Оценка функционального состояния запирательного аппарата прямой кишки выполнена перед операцией и спустя 4–12–24 недели после операции 76 (71 %) больным аппаратом «Sphinctrometer S4401» (MSM ProMedico GmbH) в соответствии с рекомендациями по выполнению исследования [20].

С 2016 г. в клинике при оказании помощи больным колопроктологического профиля используется протокол ускоренного восстановления после хирургических вмешательств, основанный на рекомендациях Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society [21]. За период 2016–2017 гг. 51 (47,7 %) пациент пролечен в соответствии с протоколом. В него включены: дооперационное информирование пациента; отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством; предоперационная подготовка кишечника; антибиотикопрофилактика; адекватный объем инфузионной терапии в периоперационном периоде; минимизация разреза (применение видеоассистированного доступа, мини-лапаротомии); применение неопиоидных анальгетиков и пролонгированной перидуральной анестезии в послеоперационном периоде; отказ от длительного использования назогастрального зонда, дренажей, мочевого катетера; раннее начало послеоперационного питания; ранняя мобилизация больного и пр. [22–23].

Восстановительная операция с ликвидацией стомы выполнена 99 (92,5 %) больным: из лапаротомного доступа – 37 (34,6 %); косоперемежного (парастомального доступа) – 28 (25,9 %); видеоассистированная – 34 (32,0 %) оперированным пациентам. 8 (7,5 %) больным с «порочными» стомами и парастомальными осложнениями реконструктивные операции с оставлением свища на прежнем месте проведены из локального доступа. На выбор хирургического вмешательства влиял характер первичного заболевания, объем предыдущих оперативных вмешательств, тип стомы, наличие парастомальных осложнений, возраст, наличие сопутствующей патологии, риск анестезии и пр. [22–23].

Проведен сравнительный анализ эффективности лечения больных после восстановительных операций, выполненных различными методами. В основную группу ($n = 34$) вошли пациенты, которым была выполнена видеоассистированная операция. В контрольных группах операции были выполнены из лапаротомного и косоперемежного ($n = 37$) и ($n = 28$) доступа соответственно. Проведенный с помощью критерия Краскела – Уоллиса анализ позволил установить статистически значимые различия сравниваемых групп по длительности операции ($p < 0,001$), сроку нахождения в РАО ($p = 0,001$), срокам отхождения газов ($p = 0,002$) и первого стула ($p < 0,001$), а также длительности госпитализации ($p = 0,001$). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета Microsoft Office Excel 2013. Оценка эффективности реабилитации стомированных пациентов проведена на основании анализа результатов течения послеоперационного периода.

Исследование выполнено на базе отделений БУ «Сургутская окружная клиническая больница» с одобрением этического комитета, при соблюдении этических норм, изложенных в Хельсинской декларации

и Директивах Европейского Союза (8/609ЕС), с получением добровольного информированного согласия на проведение хирургических вмешательств и участие в комплексном исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты предоперационного обследования влияли на выбор методики проведения восстанови-

тельной операции. Хронические заболевания в анамнезе имелись у 101 (94,4 %) пациента, при этом сочетание двух и более нозологических единиц наблюдалось у 80 (74,8 %) пациентов. Наиболее часто отмечены заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной системы, заболевания почек и мочевыводящих путей, грыжи передней брюшной стенки (табл. 1).

Таблица 1

Характер и частота сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Абс.	%
Гипертоническая болезнь	64	59,8
Ишемическая болезнь сердца	20	18,7
Сахарный диабет	18	16,8
Заболевания щитовидной железы	6	5,6
Ожирение различной степени	18	16,8
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	12	11,2
Злокачественные новообразования	4	3,7
Грыжи передней брюшной стенки	15	14,0
Воспалительные заболевания кишечника	4	3,7
Заболевания дыхательной системы	8	7,5
Заболевания почек и мочевыделительной системы	16	14,9
Заболевания органов пищеварения (гастрит, ЯБЖ, ЯБДПК, ЖКБ, панкреатит)	22	20,6
Анемия	10	9,3
Гельминтозы (описторхоз, аскаридоз)	8	7,5

Эндоскопическое исследование позволило выявить у 99 (92,5 %) стомированных больных признаки диверсионного колита отключенного сегмента. Воспалительные изменения слабой степени активности обнаружены у 25 (23,3 %), умеренной степени – у 60 (56,1 %), признаки выраженного активного воспаления – у 14 (13,1 %) обследованных.

Проведение проктографии 43 (40,2 %) больным позволило установить, что длина дистальной от-

ключенной культи кишки составляла: до 10 см – у 10 (9,3 %); от 10 до 15 см – у 11 (10,3 %); от 15 до 20 см – у 13 (12,1 %); более 20 см – у 9 (8,4 %) пациентов [24].

У всех исследованных перед восстановительным вмешательством пациентов выявлена недостаточность анального сфинктера (НАС): у 26 (18,7 %) – НАС I степени; у 33 (30,8 %) – НАС II степени; у 17 (15,9 %) – НАС сфинктера III степени (табл. 2).

Таблица 2

Оценка состояния замыкательного аппарата до операции и в послеоперационном периоде у пациентов с кишечными стомами

Параметр	До операции	Через 4 нед.	Через 12 нед.	Через 24 нед.
Норма	0	3 (2,8 %)	16 (14,9 %)	31 (28,9 %)
НАС I степени	26 (18,7 %)	39 (36,4 %)	37 (34,6 %)	34 (31,8 %)
НАС II степени	33 (30,8 %)	24 (22,4 %)	18 (16,8 %)	10 (9,3 %)
НАС III степени	17 (15,9 %)	10 (9,3 %)	3 (2,8 %)	1 (0,9 %)
Всего	76			

После выписки из стационара через 4 недели проводилась повторная сфинктерометрия: НАС не установлена – 3 (2,8 %); НАС I степени – 39 (36,4 %); НАС II степени – 24 (22,4 %); НАС III степени – 10 (9,3 %) больных. Через 12 недель получены следующие результаты сфинктерометрии: 16 (14,9 %) оперированных – нормальные показатели; 37 (34,6 %) – НАС I степени; 18 (16,8 %) – НАС II степени; 3 (2,8 %) – НАС III степени. Повторная оценка замыкательного аппарата прямой кишки проведена через 24 недели: нормальные показатели – у 31 (28,9 %); НАС I степени – у 34 (31,8 %); НАС II степени – у 10 (9,3 %); НАС III степени – у 1 (0,9 %) больного.

Всем пациентам с длиной культи менее 20 см выполнялась попытка восстановления непрерывности кишечника видеоассистированным способом. Нами определены противопоказания для этой методики: наличие грыж передней брюшной стенки или парастомальной области; наличие гнойно-инфекционных осложнений передней брюшной стенки (наружных свищей и пр.); ожирение; наличие тяжелой сопутствующей патологии; наличие выраженного спаечного процесса. После снятия проксимального конца анастомозируемой кишки и наложения карбоксиперитонеума проводилась контрольная лапароскопия с целью оценки спаечного процесса брюшной полости. При наличии массивного спаечного процесса, разделение которого могло повлечь риск возникновения интраоперационных осложнений, видеоассистированная методика не выполнялась.

Восстановление непрерывности кишечника лапаротомным методом выполнено 37 (34,6 %) пациентам. Средняя продолжительность операции составила 100 (70–140) мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации в послеоперационном периоде была равна 2 (1–3) суткам. Восстановление функциональной активности кишечника в виде появления перистальтики происходило у этой группы пациентов в срок 1-е (1–2) сутки после операции. Отхождение газов отмечалось к 3-м (1–4) суткам, а первый стул – к 6-м (5–7) суткам. После появления самостоятельного стула пациентам удалялся трансанальный дренаж. В группе больных, которым была выполнена открытая методика, наблюдалось 11 (29,7 %) осложнений: 3 (8,1 %) во время операции и 8 (21,6 %) в послеоперационном периоде. Интраоперационные осложнения, возникшие у 3 (8,1 %) пациентов данной группы, – десерозирование петли тонкой кишки при проведении адгезиолизиса. Послеоперационные осложнения, наблюдавшиеся в этой группе: частичная несостоятельность межкишечного анастомоза – у 3 (8,1 %); серомы послеоперационной раны – у 2 (5,4 %); острая кишечная непроходимость, разрешившаяся консервативно – у 2 (5,4 %) больных; 2 раневых осложнения: у 1 (2,7 %) – нагноение и у 1 (2,7 %) – кровотечение из раны. Острый цистит развился у 1 (2,7 %) пациента.

Видеоассистированным доступом оперированы 34 (32,0 %) больных. В эту группу не включены 10 (9,3 %) пациентов, которым выполнена конверсия на лапаротомию. Продолжительность видеоассистированной операции была равна 140 (125–160) мин. Большая длительность видеоассистированных операций связана с временем, необходимым для лапароскопического адгезиолизиса. Период нахождения больных в отделении анестезиологии и реанимации

оказался меньше, чем в группе пациентов, оперированных открытым доступом, и был равен 0 (0–1) суток. К первым (1–1) суткам послеоперационного периода происходило появление перистальтики кишечника, отхождение газов отмечено на вторые (1–2) сутки, первый самостоятельный стул на четвертые (4–5) сутки. У 3 (8,8 %) больных этой группы отмечены осложнения интра- и послеоперационного периода. У 1 (2,9 %) пациента при проведении лапароскопического адгезиолизиса произошло десерозирование участка тонкой кишки, интимно спаянной с дистальной культей прямой кишки, конверсии не потребовалось. У 1 (2,9 %) пациентки на третьи сутки развились признаки частичной несостоятельности межкишечного анастомоза. В экстренном порядке выполнена лапаротомия, ревизия, санация брюшной полости, петлевая илеостомия. Также у 1 (2,9 %) пациента на вторые сутки после операции диагностирована острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая хирургического вмешательства в экстренном порядке.

Восстановительное вмешательство из косопоперечного доступа проведено 28 (25,9 %) больным. Продолжительность оперативного вмешательства составила 75 (65–95) мин. В реанимационном отделении пациенты находились 0 (0–1) суток. К концу первых (1–1) суток появлялась активная перистальтика, на вторые (1–2) сутки начиналось отхождение газов, к четвертым (4–5) суткам – самостоятельное опорожнение кишечника. Интраоперационно у одного (3,6 %) оперированного – десерозирование петли тонкой кишки при ее выделении из спаечного процесса.

Реконструктивные вмешательства по поводу «порочных» стом выполнены 8 (7,5 %) больным. Средняя продолжительность операции составила 72,5 (55–97,5) мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации составила $0,8 \pm 0,7$ суток. Восстановление функциональной активности кишечника в виде появления перистальтики к $0,9 \pm 0,7$ суткам, отхождения газов к $1,2 \pm 0,6$ суткам, стула по колостоме к $4,0 \pm 1,0$ суткам. У 2 (25,0 %) пациенток, оперированных по поводу сочетания стеноза стомы и параколомической грыжи, течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационной раны. Лечение не потребовало повторного хирургического вмешательства.

Средняя длительность госпитализации равна: 10,5 (9–13) суткам в группе пациентов, оперированных видеоассистированным способом; оперированных открытым методом – 18 (12–21) суткам; из парастомального доступа – 11,5 (9–13,5) суткам. Средняя продолжительность лечения в условиях стационара группы больных после реконструктивных вмешательств составила 13,5 (8–21) суток (табл. 3).

С 2016 г. в лечении пациентов внедрен протокол ускоренного восстановления после хирургического вмешательства. Согласно этому протоколу пролечен 51 (47,7 %) пациент – первая группа. 56 (52,3 %) пациентов пролечены в условиях Сургутской окружной клинической больницы до принятия протокола – вторая группа.

Антибиотикопрофилактика производилась у всех пациентов путем однократного внутривенного введения препарата за 30 мин до начала операции. В соответствии с результатами мониторинга чувствительности флоры Сургутской окружной

Результаты хирургических вмешательств, Ме (Q1–Q3)

Критерий оценки	Вид хирургического вмешательства				p
	Лапаротомия (n = 37)	Видеоасси- сти- рованное вме- шатель-ство (n = 34)	Косопере- менный доступ (n = 28)	Реколостомия (n = 8)	
Длительность операции, мин	100 (70–140)	140 (125–160)	75 (65–95)	72,5 (55–97,5)	< 0,001*
Койко-дней в РАО	2 (1–3)	0 (0–1)	0 (0–1)	0 (0–1)	0,001*
Появление перистальтики, сут.	1 (1–2)	1 (1–1)	1 (1–1)	1 (1–1)	0,061
Отхождение газов, сут.		3 (1–4) 2 (1–2) 2 (1–2) 1 (1–1)			0,002*
Первый стул, сут.	6 (5–7)	4 (4–5)	4 (4–5)	1 (1–1)	< 0,001*
Длительность госпитализации, сут.	18 (12–21)	10,5 (9–13)	11,5 (9–13,5)	13,5 (8–21)	0,001*
Количество осложнений, абс. (%)	11 (29,7)	3 (8,8)	1 (3,6)	2 (25,0)	0,017*

Примечание: * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

больницы, препаратами выбора были полусинтетические антибиотики широкого спектра действия группы ингибитор-защищенных пенициллинов (амоксиклав + сульбактам) в дозировке 1,5 г у 93 (86,9 %) пациентов или идентичные по спектру действия цефалоспорины III поколения в комбинации с ингибитором бета-лактамаз (цефоперазон + сульбактам) в дозировке 2,0 грамма у 12 (11,2 %) больных. В связи с наличием аллергической реакции на препараты пенициллинового ряда 2 (1,9 %) пациентам до операции внутривенно капельно введено 400 мг ципрофлоксацина и 500 мг метронидазола.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений у всех пациентов обеих групп применялась эластическая компрессия нижних конечностей.

Для подготовки кишечника в предоперационном периоде были использованы осмотические слабительные средства на основе макрогола. 64 (59,8 %) пациентам дополнительно потребовалась подготовка культи отключенной кишки очистительными клизмами.

Среднее время выполнения оперативного вмешательства в первой группе составило $127,9 \pm 64,3$ мин, во второй группе операции длились $102,2 \pm 45,7$ мин. В послеоперационном периоде больные из первой группы находились в отделении анестезиологии и реанимации в среднем $0,7 \pm 0,8$ суток, а пациенты второй группы – $1,4 \pm 0,9$ суток.

Протокол ускоренного восстановления предполагает удаление назогастрального зонда в операционной сразу после пробуждения. Нутритивная поддержка начиналась через 5 ч после окончания операции: больной получал 100 мл смеси для парентерального питания и 250 мл воды с целью стимуляции работы кишечника. Кормление повторялось через 5 ч. Перистальтика становилась активной в течение $1,0 \pm 0,8$ суток после операции, самостоятельное отхождение газов отмечалось через $0,8 \pm 0,6$ суток, появление самостоятельного стула на $4,0 \pm 1,1$ сутки.

Во второй группе назогастральный зонд у всех 56 (52,3 %) больных удалялся не ранее чем через 24 ч после вмешательства. Для активизации работы желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде per os применялось вазелиновое масло до начала самостоятельного питания. Активная перистальтика появлялась к $1,4 \pm 0,5$ суткам после операции, самостоятельное отхождение газов отмечалось через $1,5 \pm 0,5$ суток, появление самостоятельного стула – на $4,9 \pm 1,5$ сутки.

В первой группе пациентов осложненное течение интра- и послеоперационного периода отмечено у 5 (9,8 %) пациентов. Среди 56 (52,3 %) больных второй группы отмечено 11 (19,6%) осложнений. Летальных исходов ни в одной группе не отмечено.

Продолжительность госпитализации составила соответственно $12,6 \pm 4,2$ суток в группе пациентов, лечение которых проводилось согласно протоколу, и $16,3 \pm 9,4$ суток у пациентов, пролеченных до января 2016 г. (табл. 4).

Таким образом, реабилитация стомированных больных является сложной задачей, решение которой складывается из соблюдения многих факторов. Частота сопутствующей патологии у пациентов с кишечными стомами, которая может негативно повлиять на успешность хирургической реабилитации, достигает 94,4 %, нарушение функции замыкательного аппарата, связанное с ношением стомы, наблюдается у 71 % больных, распространенность диверсионного колита достигает 92,5 %. Выбор способа хирургического вмешательства зависит от наличия грыжевых дефектов передней брюшной стенки или парастомальной области, гнойно-инфекционных осложнений передней брюшной стенки после первичного вмешательства, ожирения и тяжелой сопутствующей патологии, а также длины дистальной культи кишки. Учет всех негативных факторов и минимизация их влияния, выбор минимально травматичного способа хирургического восстановительного лечения, применение современ-

Результаты применения протокола ERAS

Критерий оценки	ERAS (n = 51)	Обычное ведение (n = 57)
Длительность операции, мин	127,9 ± 64,3	102,2 ± 45,7
Койко-дней в РАО	0,7 ± 0,8	1,4 ± 0,9
Появление перистальтики, сут	1,0 ± 0,8	1,4 ± 0,5
Отхождение газов, сут	0,8 ± 0,6	1,5 ± 0,5
Первый стул, сут	4,0 ± 1,1	4,9 ± 1,5
Длительность госпитализации, сут	12,6 ± 4,2	16,3 ± 9,4
Количество осложнений абс. (%)	5 (9,8 %)	11 (19,6 %)

ных технологий ведения больных в периоперационном периоде, направленных на ускоренное выздоровление, являются залогом успеха при оказании помощи стомированным пациентам.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предоперационное обследование больных должно включать в себя помимо традиционных обследований исследование замыкательного аппарата прямой кишки для оценки его состояния.

При выборе способа хирургического восстановительного вмешательства предпочтение должно быть отдано видеоассистированному методу, применение которого возможно у 32 % стомированных больных.

Методика видеоассистированного вмешательства обладает лучшими результатами хирургической реабилитации пациентов: восстановление перистальтики достигается на первые (1–1) сутки; длительность пребывания пациента в палате интенсивной терапии сокращается до 0 (0–1) суток; количество осложнений не превышает 2,8 %; сроки госпитализации сокращаются до 10,5 (9–13) суток.

Применение технологии ERAS (ускоренное восстановление после хирургического вмешательства) обеспечивает более раннюю активизацию функциональной активности кишечника в послеоперационном периоде, достоверно снижает риск развития осложнений и сокращает длительность пребывания больного в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Программа ВОЗ CINDI. М., 2001. 340 с.
2. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шелыгина. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 528 с.
3. Суханов В. Г. Социологическая модель инновационного управления социальной реабилитацией стомированных инвалидов : дис. ... д-ра социолог. наук. М., 2015. 335 с.
4. Ineke C., Rosalind R. et al. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot // Gastrointestinal Nursing. 2015. Vol. 13 (5). P. 18–25.
5. United Ostomy Association of America. URL: <https://www.ostomy.org/> (дата обращения: 04.06.2018).
6. Vonk-Klassen S. M., de Vocht H. M. et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review // Quality of Life Research. 2016. Vol. 25. P. 125–133.
7. Khan S. Alvi R., Zara A., Naveed H. Morbidity of colostomy reversal // Journal Of Pakistan Medical Association. 2016. Vol. 66 (9). P. 1081–1083.
8. Гатауллин И. Г., Халиков М. М. Анализ непосредственных и отдалённых результатов реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гартмана // Колопроктология. 2016. № 1 (55). С. 22–26.
9. Гиберт Б. К., Матвеев И. А., Хасия Д. Т. Особенности освоения лапароскопически-ассистированных восстановительных операций у больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки в региональной больнице // Колопроктология. 2015. № 3 (53). С. 80–83.
10. Ринчинов М. Б., Ачкасов С. И. Лапароскопически-ассистированные реконструктивно-восстановительные вмешательства у больных с одноствольными колостомами : обзор лит. // Колопроктология. 2010. № 3 (33). С. 50–57.
11. Richards C. H., Roxburgh S. D. On behalf of the Scottish Surgical Research Group (SSRG) The surgical outcome in patients undergoing reversal of Hartmann's procedures: a multicentre study Scottish Surgical Research Group (SSRG) // Colorectal Disease. 2015. Vol. 17 (3). P. 242–249.
12. Anderson C., A., Fowler D. L., White S. et al. Laparoscopic colostomy closure // Surgery Laparoscopy Endoscopy. 1993. Vol. 3. P. 69–72.
13. Gorey T. F., O'Connell P. R., Waldron D. et al. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure // The British journal of surgery. 1993. Vol. 80 (1). P. 109.
14. Huynh H., Trottier D. C., Soto C. M. et al. Laparoscopic colostomy reversal after a Hartmann procedure: a prospective series, literature review and an argument

- against laparotomy as the primary approach // Canadian Journal of Surgery. 2011. Vol. 54 (2). P. 133–137.
15. Toro A., Arditi A., Mannino M. et al. Laparoscopic Reversal of Hartmann's procedure: State of the Art 20 Years after the First Reported Case // Gastroenterology Research and Practice. 2014. Vol. 2014. P. 1–8.
 16. Yetişir F., Şarer A., Acar H. Z., Çiftçiler E. The Reversal of Stoma Following Open Abdomen Management // Indian Journal of Surgery. 2016. Vol. 78 (3). P. 182–186.
 17. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» : приказ Министерства здравоохранения Рос. Федерации от 15.12.2012 № 915н. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/> (дата обращения: 04.06.2018).
 18. Об организации оказания медицинской помощи жителям Ханты-Мансийского автономного округа – Югры при онкологических заболеваниях : приказ Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского округа – Югры от 28.12.2015 № 1610. URL: <https://dzhmao.ru/> (дата обращения: 04.06.2018).
 19. Дарвин В. В., Ильканич А. Я., Алиев Ф. Ш., Лобанов Д. С. Модель маршрутной карты больного с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки // Вестник СурГУ. Медицина. 2017. № 4. С. 22–26.
 20. Шелыгин Ю. А., Фоменко О. Ю., Титов А. Ю., Веселов В. В., Белоусова С. В., Алешин Д. В. Сфинктерометрические показатели в анальном канале в норме // Колопроктология. 2016. № 2 (56). С. 32–37.
 21. Gustafson O. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery // Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. URL: <http://erassociety.org/specialties/specialty-2/> (дата обращения: 04.06.2018).
 22. Воронин Ю. С., Ильканич А. Я. Профилактика осложнений при проведении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке // Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. 2017. С. 302–305.
 23. Воронин Ю. С., Ильканич А. Я. Реконструктивные операции у пациентов с кишечными стомами // Север России – стратегии и перспективы развития : материалы III Всерос. науч.-практ. конф. 2017. С. 311–312.
 24. Султанмуратов М. И. Комплексный подход к восстановлению непрерывности толстой кишки после выполнения обструктивной резекции: клинические, морфологические и микробиологические исследования : дис. ... канд. мед. наук : Ростов-н/Д, 2015. 193 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ильканич Андрей Яношевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Дарвин Владимир Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: e.suhajckova2012@yandex.ru.

Воронин Юрий Сергеевич – врач-колопроктолог, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: ysvoronin2402@gmail.com.

ABOUT THE AUTHORS

Andrey Ya. Ilkanich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: ailkanich@yandex.ru.

Vladimir V. Darvin – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head, Surgical Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: e.suhajckova2012@yandex.ru.

Yuri S. Voronin – Coloproctologist, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: ysvoronin2402@gmail.com.