

© С. А. Алиев, Э. С. Алиев, 2015
УДК 616.348-089.86

С. А. Алиев, Э. С. Алиев

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ — РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.-кор. АНАР проф. Н. Ю. Байрамов), Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Ключевые слова: *одноствольная концевая колостома, постколостомические осложнения, хирургическое лечение*

Колостомия с формированием одноствольной (концевой) колостомы, как предварительный этап (временная), так и окончательный вариант (постоянная) оперативного вмешательства, широко применяется в арсенале хирургического лечения заболеваний и травм толстой и прямой кишки, которой до настоящего времени завершается свыше 50% радикальных и паллиативных хирургических вмешательств по поводу колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью.

В настоящее время известны более 200 способов и модификаций колостомии, каждая из которых отличается преимуществами и недостатками и поэтому не может считаться идеальной [12, 22, 33]. В колоректальной хирургии наиболее часто применяется одноствольная (концевая) колостома, которая отвечает всем требованиям, предъявляемым к искусственному анусу: отводит кишечное содержимое, осуществлять декомпрессию толстой кишки и замещать функцию прямой кишки. В последнее время некоторые авторы [1, 2, 20, 42, 46, 49, 53] при декомпрессированной форме обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости (ООН) в связи с запущенностью злокачественного процесса у больных с повышенным операционным риском указывают на возможность эндоскопической реканализации (туннелирования) обтурирующих раковых опухолей ободочной кишки методами электро-, фото- и лазерной коагуляции, интубации супрастенотических отделов с последующим эндопротезированием (стензированием) зоны опухолевой стриктуры ободочной кишки с целью декомпрессии и лаважа для консервативного разрешения ООН в предоперационном периоде. Однако, по мнению ряда авторов [35, 41], перспектива подобных лечебных процедур у больных с ООН с помощью колоноскопа весьма сомнительна ввиду своей сложности и трудоемкости. Кроме того, вводимые через реканализированную опухоль зонды и стенты мигрируют и легко смещаются. С другой стороны — вряд ли можно всегда рассчитывать на успешную реканализацию просвета кишки

при стенозирующем раке, особенно при поражении левой половины ободочной кишки в связи с особенностью опухолевого роста (циркулярный, инфильтративно-муфтовидный) и из-за реальной опасности возникновения таких грозных осложнений, как кровотечение, перфорация кишечной стенки и перитонит. И наконец, сама процедура реканализации опухоли противоречит принципам абластики (травмирование опухоли, диссеминация раковых клеток и т.п.) [7].

Внедрение в клиническую практику малоинвазивной эндовидеохирургической технологии (лапароскопии) за последние десятилетия открыло приоритетное направление в хирургическом лечении ООН. Применение лапароскопической ассистенции при формировании колостомы позволяет снизить травматичность операции и осложнений первого этапа хирургического лечения и оптимизировать сроки основного этапа лечения. Малоинвазивные методики декомпрессии толстой кишки дают возможность снизить частоту параколостомических гнойных осложнений до 5,4%, уровень летальности — до 3% и могут быть альтернативой традиционным открытым вмешательствам при ООН у больных с повышенным операционным риском [1, 10, 13, 16]. Формирование колостомы при ООН сопровождается развитием большого числа параколостомических гнойно-воспалительных осложнений, которые, как правило, не только удлиняют сроки стационарного лечения, требуют в ряде наблюдений дополнительных хирургических вмешательств, тем самым затрудняют выполнение реконструктивно-восстановительных операций и усложняют медико-социальную и трудовую реабилитацию колостомированных пациентов, но и могут явиться причиной летального исхода. Развитие осложнений в области колостомы значительно ухудшает качество жизни больных, способствует еще большему психоморальному переживанию и физическому страданию колостомированных пациентов [12, 18, 22, 32]. Следовательно, поиски решения вопроса профилактики осложнений концевой колостомы и совершенствование методики формирования искусственного ануса представляют весьма актуальную и далеко не решенную задачу оперативной колопроктологии.

Сведения об авторах:

Алиев Садай Агалар оглы, Алиев Эмиль Садай оглы (e-mail: aliyev_85@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, AZ 1007, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

Несмотря на определенные успехи и достигнутый прогресс в колоректальной хирургии, совершенствование оперативной техники, внедрение малоинвазивной технологии и применение новых антибиотиков и антибактериальных препаратов широкого диапазона действия, результаты лечения больных с осложнениями колостомы остаются неудовлетворительными, что диктует необходимость поиска путей профилактики и оптимизации методов лечения параколостомических осложнений. В специальной печати относительно мало работ [11, 31, 45, 50, 54, 56], детально анализирующих все разновидности осложнений одноствольной (концевой) колостомы, что не дает возможности как представить объективную характеристику этих осложнений, так и определить рациональную тактику лечения. Большинство имеющихся работ в основном содержат сведения лишь об отдельных их видах [18, 22–25, 38], что, как нам представляется, далеко недостаточно для объективной оценки результатов лечения постколостомических осложнений и проведения полноценного научного анализа [8]. Частота и характер осложнений в области колостомы варьируют в широких пределах и в зависимости от методов её формирования составляют, по данным литературы, в пределах от 6,5–12,9 [12, 18, 21, 22, 28, 30, 34] до 74–90,9% [27, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 54, 55].

Различают ранние и поздние параколостомические осложнения. Удельный вес ранних постколостомических осложнений (параколостомические гнойно-воспалительные процессы, ретракция и некроз выведенной кишки) колеблется в пределах 16,4–31% [21, 29, 36], а частота поздних осложнений (параколостомическая грыжа, пролапс, рубцовая стриктура колостомы) при формировании внутрибрюшной одноствольной колостомы составляет от 3,2 до 20% и достигает даже 70,6–90% [14, 17, 22, 27]. Неблагоприятен тот факт, что между ранними и поздними постколостомическими осложнениями существует причинно-следственная связь, так как параколостомические гнойно-воспалительные процессы, развивающиеся в раннем послеоперационном периоде в отдаленные сроки после операции, могут стать пусковым механизмом для образования параколостомической грыжи, способствовать выпадению сегмента кишки либо развитию рубцовой стриктуры колостомы [37]. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных различным аспектам ООТН, многие вопросы, касающиеся осложнений, возникающих в области колостомы, их причин, профилактики и лечения у больных указанной категории, до сих пор остаются недостаточно изученными, что лишний раз свидетельствует об актуальности данной проблемы [19, 22, 27, 39, 52].

Большинство авторов [12, 14, 22, 38, 43] считают, что основными причинами развития параколостомических осложнений являются технические погрешности, допущенные во время операции, связанные с повреждением стенки кишки при фиксации её к тканям брюшной стенки, выведение кишки с натяжением брыжейки, формированием слишком большого или слишком узкого отверстия в передней стенке живота, формированием стомы на избыточно длинной свободной петле выведенной кишки. На основании изучения причин и влияния различных факторов на частоту и характер постколостомических осложнений, установлено, что возникновение их обусловлено, прежде всего, недостатками общепринятой методики колостомии на заключительном этапе операции и применявшихся способов формирования противоестественного заднего прохода [17, 22]. Результаты исследований, проведенных П. В. Еропкиным [17], послужили веским основанием для изменения методики и способа формирования

концевой колостомы: 1) наложение одноствольной колостомы, кроме её окончательного формирования на уровне кожи, следует осуществлять до мобилизации дистального отдела толстой кишки, что уменьшает вероятность инфицирования тканей перистомальной зоны; 2) формирование забрюшинного канала для выведения кишки на переднюю брюшную стенку нужно производить через верхний угол лиреобразного разреза тазовой брюшины слева от сигмовидной кишки, что полностью исключает возможность образования карманов и щелевидных пространств между дистальным отделом толстой кишки в брюшной полости и стенками живота; 3) формирование плоской колостомы на уровне кожи необходимо осуществлять «закрытым» способом, т.е. без вскрытия просвета кишки, путем циркулярного рассечения стенки выведенной культи толстой кишки до слизистой оболочки на уровне кожи с последующей фиксацией её за серозно-мышечные слои к краю кожи отдельными швами тонким викрилом, и только после этого, отсекая избыток слизистой оболочки, вскрывать просвет кишки. Автором проанализированы результаты применения различных способов формирования концевой колостомы, в том числе так называемым «столбиком» с подшиванием краев брюшины к коже и оставлением избытка выведенной кишки (у 258 больных), а также плоской колостомы, сформированной по обычной методике (у 179 больных) и с забрюшинным проведением кишки (у 752 больных). По данным этого автора, частота ранних параколостомических осложнений (нагноение, ретракция и др.) в этих группах составила 31, 22, 9 и 17,6% соответственно, поздних (параколостомическая грыжа, пролапс колостомы и др.) — 70,6, 50,3 20,3%. Применение «закрытого» способа формирования плоской колостомы с забрюшинным расположением выведенной кишки позволило значительно сократить число как ранних (до 2%), так и поздних (до 6,7%) параколостомических осложнений, улучшить качество жизни пациентов, что создало реальные предпосылки для полноценной социальной и трудовой реабилитации у 70% радикально оперированных больных с колоректальным раком.

Д. Н. Сотниковым и соавт. [37], на основании изучения причин, влияющих на частоту развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у 272 больных, у которых была сформирована колостома по поводу ООТН, выделены 2 группы факторов: факторы, связанные с общим состоянием больного, и местные условия. К первым — авторами отнесены возраст (старше 60 лет), конституциональные особенности больного, наличие сопутствующих заболеваний, выраженность анемии (Hb менее 70 г/л), продолжительность операции (более 2,5–3 ч), выраженность кишечной непроходимости (декомпенсирования форма) и, соответственно, сроки выполнения оперативного вмешательства. Факторы этой группы авторы считают предрасполагающими, так как, по их мнению, они являются пусковыми механизмами для развития эндогенного инфицирования на фоне подавления иммунной резистентности организма. Во вторую группу риска возникновения осложнений включены факторы, непосредственно связанные с местными условиями: выраженность подкожной жировой клетчатки, бактериальная контаминация ран, сроки вскрытия колостомы. Эти факторы являются причинными для развития гнойных осложнений и наиболее существенными с точки зрения инфицирования послеоперационных ран (как основной лапаротомной, так и параколостомической) на фоне условий, создаваемых предрасполагающими факторами. На основании анализа причин

(факторов риска) возникновения параколомических гнойных осложнений, этими авторами выделена группа пациентов с повышенной степенью риска развития постколомических гнойных осложнений. Они утверждают, что выделение факторов риска и группы пациентов с повышенной степенью риска развития послеоперационных гнойных осложнений позволяет прогнозировать возникновение этих осложнений в послеоперационном периоде, а следовательно, дает возможность дифференцированно подходить к их профилактике.

Одним из авторов данного обзора [3] модифицирована методика наложения концевой плоской колостомы, суть которой заключается в том, что формирование стомального отверстия осуществляется путем применения непрерывного сквозного слизисто-кожного шва из викрила на атравматической игле по окружности круговой раны, т.е. через все слои выведенная кишка фиксируется к коже по всему периметру циркулярной раны.¹

Наложение непрерывного шва способствует более тесному и герметичному прилеганию краев стомального отверстия к тканям перистомальной зоны, что имеет немаловажное значение для профилактики инфицирования тканей вокруг колостомы и развития параколомических гнойно-воспалительных осложнений. При длинном дистальном отрезке кишки считается целесообразным формирование двухствольной колостомы или подшивание отключенной культи в бок проксимального сегмента. В последнем варианте линия швов дистальной культи надежно укрывается стенкой приводящего отдела. Такой прием в отдаленном послеоперационном периоде значительно облегчает выполнение последующего этапа хирургического лечения — восстановление непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы. Для повышения эффективности разгрузки толстой кишки через колостому нами также разработан способ управляемой (контролируемой) интра- и послеоперационной декомпрессии и внутриспросветной ирригации толстой кишки и сконструирована новая модель аспирационно-промывного устройства.²

Установлено, что интраоперационный кишечный лаваж способствует эффективной механической очистке супрастенотических отделов кишечника, существенному снижению риска бактериальной контаминации брюшной полости и эндогенного инфицирования операционного поля и, тем самым, является надежной мерой профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Форсированная и управляемая декомпрессия и лаваж толстой кишки при помощи аспирационно-промывного устройства способствуют значительному уменьшению как интраабдоминальной гипертензии, так и внутрикишечного давления, улучшению микроциркуляции и трофических процессов в кишечной стенке, что, на наш взгляд, объясняется стимулирующими и тонизирующими эффектами процедуры. Разработка модифицированного варианта формирования одноствольной (концевой) колостомы, а также совершенствование способов интра- и послеоперационной декомпрессии толстой кишки позволили нам снизить частоту параколомических осложнений с 72,7 до 45% (в том числе гнойных осложнений — с 29,4 до 19,2%). Результаты клинического применения этих

разработок нашли отражения в наших предыдущих публикациях [4–9].

На основании оценки эффективности одноствольной колостомы, сформированной у 88 больных по поводу осложненного колоректального рака, Н.И.Тутченко и соавт. [40] считают, что скрупулезное соблюдение общепринятой методики колостомии, предусматривающей сохранение адекватного кровоснабжения стомированной кишки, формирование соизмеримого отверстия («окна») в передней брюшной стенке для выведения кишки, наложение колостомы в виде столбика или «хоботка» с послойной фиксацией кишки к передней стенке живота на разных её уровнях и экстраперитонеальное выведение стомы позволило уменьшить частоты параколомических осложнений с 48 до 2,2% и улучшить качество жизни стомированных. С целью повышения эффективности колостомии М.А.Шашолиным и соавт. [43] разработаны следующие правила формирования одноствольной колостомы: 1) фиксация стомированной кишки производится с применением «двухрусного шва»; 2) мобилизация кишки осуществляется без натяжения и скелетирования стомального отрезка от жировых подвесков; 3) выведение стомы производится с применением линейного разреза без вырезания кожного «окна» под стому; 4) формирование колостомы осуществляется без фиксации выведенной кишки к апоневрозу, с фиксацией её за брюшину брыжейки и жировые подвески без захвата стенки самой кишки ввиду опасности повреждения; 5) при неотложных операциях преимущественно формировать стомы с избытком выведенной кишки в виде столбика («хоботка»); 6) выведение одноствольной «плоской» колостомы с забрюшинным расположением стомированной кишки.

Для профилактики параколомических гнойно-воспалительных осложнений эти авторы рекомендуют отказаться от использования марлевого валика вокруг стомы и раннее применение клеящих калоприемников, обязательную обработку пастой парастомальной зоны, вырезание отверстия вплотную к стомированной кишке. Совершенствование способов формирования колостомы позволило авторам снизить частоты параколомических гнойных осложнений до 3,4%. Ряд авторов [19] с целью уменьшения эндогенного инфицирования и транслокации микрофлоры в момент или непосредственно до мобилизации пораженной опухолью ободочной кишки рекомендуют внутривенное капельное введение 40 мл 1% раствора диоксида на 200 мл 0,9% растворе натрия хлорида. На заключительном этапе операции проводится санация брюшной полости и полости таза при помощи аппарата «Гейзер» полионным изотоническим раствором объемом до 14–15 л. Для улучшения герметичности швов при фиксации стомированной кишки к коже авторы применяют внутрикожно-серозно-мышечный шов типа «косметического» шовным материалом «Полисорб». При выведении колостомы в качестве дополнительных мероприятий они проводят безлигатурный гемостаз и орошение раны 1% раствором диоксида. Разработанный комплекс интраоперационных мероприятий по профилактике эндогенного инфицирования операционного поля позволил снизить частоту параколомических гнойных осложнений с 6,1 до 0%.

Учитывая высокую эффективность аллопластики по Sugarbaker при хирургическом лечении параколомических грыж, А.Л.Гончаровым и соавт. [15] модифицированы технические детали операции, которая в качестве превентивной пластики брюшной стенки в зоне колостомы применяется у 12 больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки

¹ Удостоверение на рац. предложение № 332, выданное БРИЗ Азербайджанского медицинского университета от 13.10.1997 г.

² Патент Центра Национальной патентной экспертизы при Государственном комитете науки и техники Азербайджанской Республики № J 2001 0025 от 11.01.2001 г.

после брюшно-промежностной экстирпации. При этом, колостомы у 7 из них сформирована открытым (лапаротомным) доступом с забрюшинным расположением выведенной кишки, у 5 — наложена чрезбрюшная стома лапароскопическим доступом. Фиксацию композитного аллотрансплантата к брюшной стенке производили герниостеплером «Covidien Protack» с моделированием канала для выведения стомированной кишки. Отсутствие осложнений и признаков параколостомической грыжи в отдаленном послеоперационном периоде (в сроки от 5 до 11 мес), доказанное физикальным обследованием больных и КТ-исследованием брюшной полости, свидетельствует об эффективности предложенной методики. Авторы считают, что благоприятные отдаленные результаты позволяют продолжить исследование.

Хирургическая тактика, выбор объема и метода оперативного вмешательства при осложнениях колостомы определяется их видом, характером изменений тканей брюшной стенки в области колостомы и предусматривает применение дифференцированного подхода [8, 22–27, 30, 38, 55].

Основу лечения параколостомических гнойно-воспалительных осложнений (абсцессов и флегмон) составляют общие принципы гнойной хирургии (вскрытие и дренирование гнойников, направленная антибактериальная терапия и т.п.). Оперативное лечение больных с некрозом и ретракцией колостомы заключается в реконструкции стомы после резекции измененных участков ободочной кишки. Хирургическая коррекция параколостомических грыж, которые относятся к разновидностям послеоперационных (вентральных) грыж, имеет свою особенность и предусматривает применение индивидуально-дифференцированной тактики с учетом особенности топографоанатомических изменений тканей в области колостомы и перистомальной зоне. Ликвидация параколостомических грыж осуществляется, преимущественно, аутопластическим способом. В последние годы применяются и аллопластические способы с использованием синтетических эндопротезов. В литературе имеется сообщение о применении сетки из никелида титана в хирургическом лечении параколостомических грыж [31].

В арсенале хирургического лечения параколостомических грыж существуют различные варианты оперативных вмешательств: 1) одномоментная пластика дефекта брюшной стенки и восстановление непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы; 2) пластика параколостомической грыжи без восстановления непрерывности толстой кишки и ликвидации колостомы; 3) пластика грыжевых ворот без какого-либо вмешательства на колостоме; 4) пластика параколостомической грыжи в сочетании с коррекцией (реконструкцией) колостомы и оставление её на прежнем месте; 5) ликвидация параколостомической грыжи в сочетании с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место после резекции рубцово-измененного участка ободочной кишки и старой колостомы [22, 23, 25, 27, 38]. Выбор хирургической тактики при рубцовой стриктуре колостомы определяется выраженностью рубцовых изменений тканей передней брюшной стенки в области колостомы и перистомальной зоне, уровнем и протяженностью сужения и степенью нарушения проходимости толстой кишки. Хирургическая коррекция колостомы при этом заключается в иссечении рубцово-измененных тканей перистомальной зоны, мобилизации выведенной петли ободочной кишки с участком стриктуры, её резекции и формировании новой колостомы на прежнем месте [8, 27]. Оперативное лечение

больных с выпадением толстой кишки через стому заключается в реконструкции колостомы с формированием её на прежнем месте после резекции избытка ободочной кишки [8, 18, 24].

Таким образом, многофакторный анализ данных литературы и собственный опыт позволяют утверждать, что совершенствование способов формирования колостомы, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства являются реальными путями снижения частоты постколостомических осложнений и улучшения результатов их лечения и качества жизни у больных с концевой колостомой.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ажави А.М., Слесаренко С.С. Ассистированные вмешательства в лечении больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 339.
2. Акимов В.П., Борисов А.Е., Распереза Д.В., Тоидзе В.В. Первый опыт стентирования толстой кишки при опухолевой непроходимости // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 362–363.
3. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения обтурационной непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Баку, 2000. 50 с.
4. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки // Вестн. хир. 2001. № 4. С. 44–49.
5. Алиев С.А. Интраоперационная «закрытая» декомпрессия и внутриспросветный лаваж толстой кишки при острой опухолевой обтурационной непроходимости // Пробл. колопроктол. 2002. Вып. 18. С. 300–305.
6. Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп // Росс. онкол. журн. 2005. № 4. С. 21–29.
7. Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у больных осложненным раком ободочной кишки и его хирургическая коррекция // Хирургия. 2012. № 11. С. 45–52.
8. Алиев С.А., Алиев Э.С. Осложнения терминальной колостомы и их лечение // Вестн. хир. 2006. № 2. С. 71–75.
9. Алиев С.А., Алиев Э.С. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на прямой кишке // Вестн. хир. 2008. № 6. С. 77–82.
10. Батталов М.Ю., Кулягин А.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Использование лапароскопических технологий в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости // Междунар. хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 342.
11. Воробей А.В., Щепковски М. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение // Новости хирургии. 1996. № 1. С. 13–17.
12. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Кишечные стомы. М.: МНПИ, 2003. 90 с.
13. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Чумак В.Н. и др. Роль лапароскопической колостомии в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. 1996. № 4. С. 54–57.
14. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Баталов М.Ю. и др. Выбор способа наложения колостомы для уменьшения частоты осложнений и болезней колостом // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 346.

15. Гончаров А.Л., Разбирин Д.В., Абдель Галил Р.М. Профилактика параколостомической грыжи при экстирпации прямой кишки // VIII междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии»: Материалы. М., 2014. С. 102.
16. Емельянов С.И., Осокин Г.Ю., Решетников М.Н. Малоинвазивные вмешательства при осложненном раке ободочной кишки в условиях экстренной хирургии // Там же. С. 349.
17. Еропкин П.В. Выбор рационального метода и оптимизация способов формирования концевой колостомы // Хирургия. 1991. № 5. С. 65–71.
18. Еропкин П.В., Царьков П.В., Калашников В.Н. и др. Хирургическое лечение параколостомических грыж и пролапсов // Хирургия. 2000. № 1. С. 15–18.
19. Захарченко А.А., Штоппель А.Э. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в колоректальной хирургии // Probl. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 69–74.
20. Ищенко В.Н., Ho-Kyong Chun, Дубинкин В.А. и др. Первичный анастомоз или стома в хирургическом лечении острой кишечной непроходимости обтурационного генеза // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 361–362.
21. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Рудин Э.П. и др. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии толстой кишки // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 351.
22. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. М., 1994. С. 77–80, 186–190.
23. Коновалов С.В. Параколостомические грыжи // Вестн. хир. 2003. № 6. С. 105–109.
24. Коновалов С.В. Пролапсы колостомы // Вестн. хир. 2004. № 2. С. 128–131.
25. Коновалов С.В., Стойко Ю.М., Синенченко Г.И. Усовершенствованный способ лечения стриктуры колостомы на уровне кожи // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 353.
26. Мехдиев Д.И., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В. и др. Параколостомические осложнения и их хирургическая коррекция // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы докл. I съезда колопроктологов России с международным участием. Самара, 2003. С. 360–361.
27. Михайлов Е.В., Петров В.П., Леонов С.В. Болезни колостомы // Probl. колопроктол. 2000. Вып. 17. С. 136–139.
28. Одарюк Т.С., Еропкин П.В., Капшиков В.Н. Профилактика осложнений концевой колостомы // Хирургическая реабилитация больных с кишечными свищами и колостомами: Сборник науч. трудов. СПб., 1998. С. 44–46.
29. Пажитнов С.М., Коновалов С.В., Синенченко Г.И. Ранние осложнения колостомы у больных, оперированных в экстренном порядке // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы науч. конф. М.: ИД «Медпрактика», 2005. С. 599–600.
30. Петров В.П., Михайлова Е.В. Хирургическое лечение осложнений колостомы // Актуальные вопросы совершенствования специализированной медицинской помощи: Тезисы докл. науч. конф. Красногорск, 1998. С. 126–127.
31. Плотников В.В., Спирев В.В., Чинарев Ю.Б. Применение сетки из никелида титана в лечении параколостомических грыж // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы науч. конф. М.: Медпрактика, 2005. С. 452.
32. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Роль парастомальных осложнений в ухудшении качества жизни при временных илео- и колостомах // I съезд колопроктологов СНГ: Материалы. Ташкент, 2009. С. 345–346.
33. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М.: Медпрактика, 2001. 300 с.
34. Рудин Э.П., Упырев А.В., Миронов А.С. К вопросу профилактики параколостомических осложнений // Инфекция в хирургии: Материалы Всерос. науч.-практ. конф. хирургов. Пятигорск, 2001. С. 82.
35. Синев Ю.В., Кованев А.В., Паханова Г.В. Роль эндоскопии в лечебно-диагностическом процессе при острой толстокишечной непроходимости // Острые хирургические заболевания брюшной полости: Тезисы докл. пленума комиссии АМН СССР и Всес. конф. по неотложной хирургии. Ростов н/Д, 1991. С. 122–123.
36. Смиренин С.В., Коновалов С.В., Синенченко Г.И. Метод профилактики гнойных осложнений в области колостомы // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы науч. конф. М.: Медпрактика, 2005. С. 602–603.
37. Сотников Д.Н., Абрамян Б.А., Курилов В.П. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Хирургия. 2009. № 6. С. 44–49.
38. Стойко Ю.М., Синенченко Г.И., Коновалов С.В. Усовершенствованный способ лечения параколостомической грыжи без вмешательства на колостоме // Междунар. хир. конгресс «Новые технологии в хирургии»: Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 369.
39. Страдовиченко А.И., Маскин С.С., Наумов А.И., Корвин А.Я. Принципы профилактики послеоперационных гнойных осложнений в колоректальной хирургии // Актуальные проблемы колопроктологии. III Всерос. конф. колопроктол.: Тезисы докл. Волгоград, 1997. С. 214–216.
40. Тутченко Н.И., Андриец В.С., Ключко И.В. и др. Принципы первичной профилактики парастомических осложнений // VI Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 161.
41. Ханевич М.Д., Шашолин М.А., Зязин А.А. Колоректальный рак. Подготовка толстой кишки к операции. М.: Мед. Эксперт Пресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. 136 с.
42. Царев М.И., Чеченин Г.М., Равич Л.Д. и др. Колоректальные стентирование при лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости // VI Междунар. конф. «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 88.
43. Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Глотов С.В., Федорченко Д.А. Совершенствование способов формирования кишечных стом у больных опухолевой толстокишечной непроходимостью // Там же. С. 116.
44. Alexandre J.H., Bouillot J.L. Paracolostomal hernia: repair with use of a Dacron prosthesis // World J. Surg. 1993. Vol. 17, № 5. P. 680–682.
45. Andivot T., Bail J.P., Chio F. et al. Les complications des colostomies: Suivre 500 patients colostomisés // Am. Chir. 1996. Vol. 50, № 3. P. 252–257.
46. Araki Y., Isomoto H., Matsumoto A. et al. Endoscopic decompression procedure in acute obstruction colorectal cancer // Endoscopy. 2000. Vol. 32. P. 641–643.
47. Baumeil H., Fabre J.M., Mandersheid J.C. et al. Caracteristiques cliniques et evolution des stomies digestives definitives: Resultats d'une enquete retrospective nationale // Gastroenterol. Clin. Biol. 1993. Vol. 17, № 8/9. P. 547–552.
48. Carson L., Lang E.V. Percutaneous colostomy for treatment of mechanical obstruction: factors affecting feasibility [see comments] // J. Vasc. Interv. Radiol. 1996. Vol. 7, № 4. P. 561–567.
49. de Gregorio M.A., Mainar A., Tobio R. et al. Tratamiento de las obstrucciones colorectales agudas mediante implantacion de protesis metallicas expandibles // Rev. esp. enferm. digest. 1996. Vol. 88, № 10. P. 667–671.

50. Londono-Schimmer E.E., Leong A.P., Ohilips R.K. Life table analyses of stomal complications following colostomy // Dis. Colon. Rectum. 1994. Vol. 37, № 9. P. 916–920.
51. Lyght H.G. A secure end colostomy technique // Surg. Gynecol. Obstet. 1992. Vol. 174, № 1. P. 67–68.
52. Makela J.T., Turku P.H., Laitinen S.T. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery // Ann. Chir. Gynaecol. 1997. Vol. 86, № 4. P. 305–310.
53. Nozoe T., Matsumata T. Usefulness of preoperative colonic lavage using trans anal ileus tube for obstruction carcinoma of left colon: device to perform one-stage operation safely // J. Clin. Gastroenterol. 2001. Vol. 31. P. 156–158.
54. Patwardhan N., Kiely E.M., Drake D.P. et al. Colostomy for ano-rectal anomalies: high incidence of complications // J. Pediatr. Surg. 2002. Vol. 36, № 5. P. 795–798.
55. de Ruiter P., Bijnen A.B. Successful local repair of paracolostomy hernia with a newly developed prosthetic device // Intern. J. Colorectal Dis. 1992. Vol. 7, № 3. P. 132–134.
56. Shellito P.C. Complications of abdominal stoma surgery // Dis. Colon. Rectum. 1998. Vol. 41, № 12. P. 1562–1572.

Поступила в редакцию 17.11.2014 г.