© С.А.Алиев, Б.М.Зейналов, Э.С.Алиев, 2016
УДК 616.345-006-06:616.345-007.272–089:616.348-089.86

С.А.Алиев, Б.М.Зейналов, Э.С.Алиев

ОСЛОЖНЕНИЯ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

Ключевые слова: *одноствольная концевая колостома, обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость, постколостомические осложнения, параколостомические гнойно-воспалительные процессы, некроз, ретракция, стриктура колостомы, параколостомическая грыжа, хирургическое лечение*

Введение. Колостомия с формированием одноствольной (концевой) колостомы как предварительный этап, так и окончательный вариант оперативного вмешательства, широко применяется в арсенале хирургического лечения ряда заболеваний и травм толстой и прямой кишки, которой до настоящего времени завершаются свыше 50% радикальных и паллиативных хирургических вмешательств по поводу колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью [5]. В настоящее время известны более 200 способов и модификаций колостомии. Однако ни один из них не может быть признан полностью отвечающим практическим требованиям из-за большого числа осложнений, возникающих как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде с частотой 10–20%. В колоректальной хирургии наиболее часто применяется одноствольная (концевая) колостома, которая отвечает всем требованиям, предъявляемым к искусственному анусу: отводить кишечное содержимое, осуществлять декомпрессию толстой кишки и замещать функцию прямой кишки. В последнее время некоторые авторы [18, 19] при декомпенсированной форме обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости (ООТКН) 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 (стентированием) зоны опухолевой стриктуры ободочной кишки с целью декомпрессии и лаважа для консервативного разрешения ООТКН в предоперационном периоде.

Внедрение в клиническую практику малоинвазивной эндовидеохирургической технологии (лапароскопии) за последние десятилетия открыло приоритетное направление в хирургическом лечении ООТКН. 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 [3]. Формирование колостомы при ООТКН 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, но и могут явиться причиной летального исхода. Развитие осложне-

Сведения об авторах:

Алиев Садай Агалар оглы, *Зейналов Бабек Мехман оглы* (e-mail: dr_babek_zeynalov@mail.ru),
Алиев Эмиль Садай оглы (e-mail: _aliyev_85@mail.ru), кафедра хирургических болезней № 1, Азербайджанский медицинский университет, Az1022, г. Баку, ул. Бакиханова, 23

ний в области колостомы оказывает негативное влияние на непосредственный исход операции и существенно ухудшает качество жизни больных, способствует еще большему психоморальному переживанию и физическому страданию колостомированных больных [6, 12, 14].

В специальной печати относительно мало работ [11, 21], 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 [6, 7, 9, 15], что, как нам представляется, далеко недостаточно для объективной оценки результатов лечения постколостомических осложнений и проведения полноценного научного анализа. Частота и характер осложнений в области колостомы варьируют в широких пределах и в зависимости от методов её формирования составляют, по данным литературы, от 6,5–12,9 [6] до 74–90,9% [10, 21, 23]. По данным С.А.Фролова и соавт. [17], частота параколостомических осложнений достоверно выше при формировании одноствольных колостом по неотложным показаниям (63,2%), чем по плановым (36,3%). 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% [13], 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% [4, 5, 10]. Несмотря на большое число публикаций, посвященных различным аспектам ООТКН, многие вопросы, касающиеся осложнений, возникающих в области колостомы, их причин, профилактики и лечения, до сих пор остаются недостаточно изученными, что лишний раз свидетельствует об актуальности данной проблемы [8, 10, 22]. Следовательно, поиски решения вопросов профилактики осложнений концевой колостомы и совершенствования методики формирования искусственного ануса представляют весьма актуальную и далеко нерешенную задачу оперативной колопроктологии [9, 13, 15, 16, 20].

Цель работы — профилактика постколостомических осложнений путем совершенствования способа формирования концевой колостомы и оптимизации методики декомпрессии толстой кишки у больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

Материал и методы. За период с 1978 по 2014 г. в клинике нашей кафедры на базе Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Баку (ныне Городская больница № 1) на обследовании и лечении находились 568 больных раком различных отделов ободочной кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью. 538 (93,7%) из них подверглись хирургическому лечению, у 348 (64,7%) из которых были выполнены первично-радикальные операции. У 134 (38,5%) из 348 больных оперативные вмешательства были завершены формированием одноствольной (концевой) колостомы по Гартману, у них проанализированы ближайшие и отдаленные результаты колостомии с оценкой эффективности искусственного ануса. Различные осложнения в области колостомы развились у 69 (51,5%) из 134 больных в возрасте от 23 до 77 лет. Мужчин было 38, женщин — 31.

С целью объективной оценки эффективности различных вариантов одноствольной колостомы все больные разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 58 (43,3%) из 134 больных, которым одноствольная колостома была сформирована в традиционном варианте, классическим (внутрибрюшинным) способом, т.е. в виде столбика («хоботка»), выступающего на 4–5 см над уровнем кожи. Основную группу составили 76 (56,7%) пациентов, которым выполнена плоская колостома по модифицированной методике.

Учитывая неодинаковую эффективность различных вариантов декомпрессионных колостом, нами модифицирована методика формирования концевой (плоской) колостомы на уровне кожи.[1] Суть методики заключается в том, что, в отличие от общепринятого способа наложения колостомы, фиксацию кишки и формирование стомального отверстия осуществляли путем наложения непрерывного сквозного слизисто-кожного шва из викрила на атравматической игле по окружности раны, т.е. через все слои, ободочную кишку фиксировали к коже по всему периметру круговой раны (*рис. 1*).

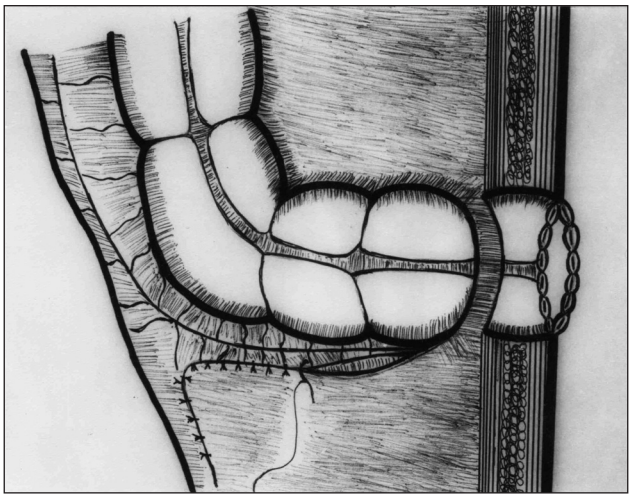

Рис. 1. Схема формирования концевой плоской колостомы на уровне кожи с применением непрерывных слизисто-кожных швов

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

Считаем, что наложение непрерывного шва способствует более тесному и герметичному прилеганию краев стомального отверстия к тканям перистомальной зоны, что имеет немаловажное значение для профилактики эндогенного инфицирования тканей вокруг колостомы и развития параколостомических гнойно-воспалительных осложнений. В то время как формирование стомального отверстия узловыми швами приводит к образованию щелевидных пространств между дистальным отрезком стомированной кишки и кожей по всей окружности циркулярной раны, что даже при самом скрупулезном уходе за колостомой не исключает опасность проникновения содержимого толстой кишки в подлежащие ткани передней стенки живота и даже в брюшную полость с последующим развитием тяжелых гнойно-септических осложнений, в том числе и перитонита. При длинном дистальном отрезке выведенной кишки считаем целесообразным формирование двуствольной колостомы или подшивание отключенной культи в бок проксимального сегмента. В последнем варианте линия швов дистальной культи надежно укрывается стенкой приводящего отдела, что в отдаленном периоде значительно облегчает технические приемы при выполнении последующего этапа операции — восстановление непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы.

С целью повышения эффективности разгрузки толстой кишки через колостому нами также разработан способ управляемой (контролируемой) интра- и послеоперационной декомпрессии и кишечного лаважа и сконструирована новая модель аспирационно-промывного устройства.[1]

Основные технические параметры вакуумно-нагнетательного устройства: диапазон регулируемого давления (разряжения) — 0–300 мм рт. ст., производительность по аспирации и нагнетанию жидкости — 0–1200 мл/мин, режим работы длительный (до 6 ч) и непрерывный. Широкий диапазон колебания рабочего режима устройства (синхронная непрерывная аспирация — нагнетание или цикличность процедуры), наличие относительно длинной аспирирующей трубки, позволяющей произвести декомпрессию более проксимальных (супрастенотических) отделов толстой кишки и возможность проведения кишечного лаважа путем струйного нагнетания промывающей жидкости через колостому в различные сроки после операции и в период подготовки колостомированных больных к хирургической реабилитации, направленной на выполнение восстановительно-реконструктивных операций, характеризуют высокую производительность предложенного устройства. Форсированная и контролируемая (управляемая) декомпрессия дилатированной толстой кишки, обеспечивая уменьшение внутрипросветного и интраабдоминального давления, а также «управляемое» растяжение (и натяжение) стомального отрезка способствуют стабильному удержанию выведенной кишки в зоне фиксации её к передней брюшной стенке. С другой стороны — мы считаем, что санирующий и тонизирующий (стимулирующий) эффекты интраоперационной внутрипросветной ирригации и кишечного лаважа, проводимого через колостому в период подготовки толстой кишки к восстановительно-реконструктивным операциям, создают благоприятные условия для заживления толстокишечного анастомоза, что, на наш взгляд, объясняется улучшением микроциркуляции и трофических процессов в кишечной стенке. Результаты этих разработок нашли отражения в наших предыдущих сообщениях [1, 2]. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства и схематическое изображение лаважа толстой кишки через колостому представлены на *рис. 2, 3*.

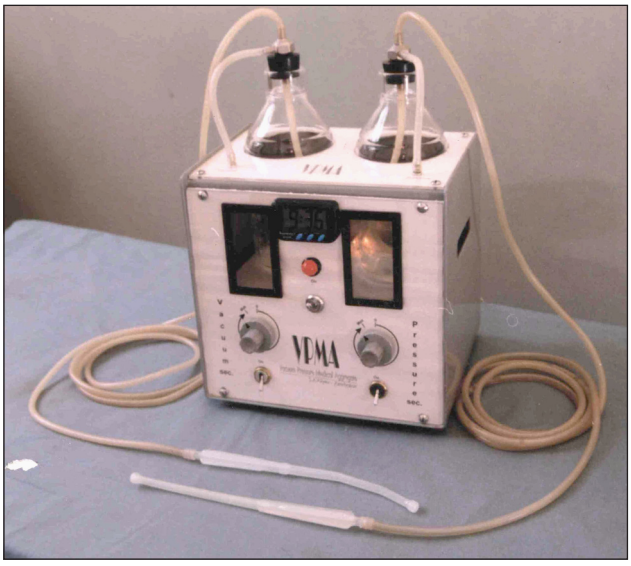

Рис. 2. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства для проведения декомпрессии и лаважа толстой кишки

Различные постколостомические осложнения развились у 27 (35,5%) из 76 пациентов. При этом ранние осложнения возникли у 22 (28,9%) больных, поздние — у 5 (6,6%), т.е. применение плоской концевой колостомы в модифицированном нами варианте не привело к увеличению частоты постколостомических осложнений.

Таким образом, суммарное число больных с различными осложнениями в области колостомы составило 69, что составило 51,5% от всех колостомированных. Характер и

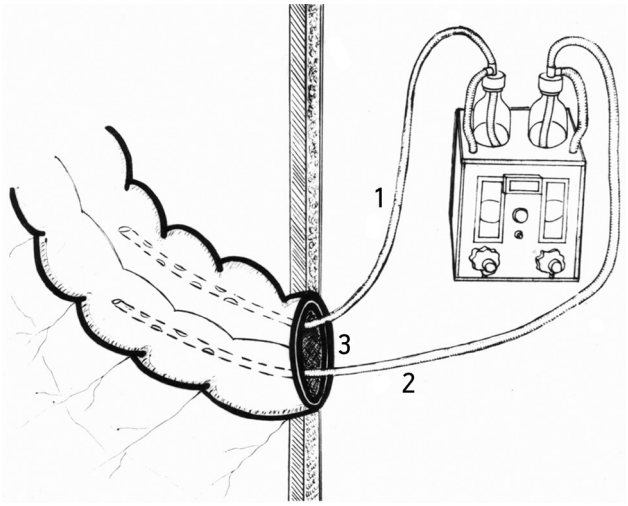

Рис. 3. Схематическое изображение толстокишечного лаважа через колостому с помощью вакуумного аспирационно-промывного устройства.

1 — трубка для аспирации; 2 — трубка для инсуффляции антисептических растворов; 3 — колостома

[1] Патент Центра национальной патентной экспертизы при Государственном комитете науки и техники Азербайджанской Республики № J 2001 0025 от 11.01.2001 г.

Структура и частота ранних и поздних постколостомических осложнений в зависимости от способов формирования концевой колостомы

Виды колостом	Характер осложнений								Итого
	Ранние				Поздние				
	параколостомический дерматит	параколостомический абсцесс	параколостомическая флегмона	некроз стомированной кишки	ретракция колостомы	параколостомическая грыжа	рубцовая стриктура колостомы	пролапс колостомы	
Классическая колостома «столбиком» (n=58)	12	9	5	3	–	7	4	2	42
Модифицированный вариант концевой плоской колостомы (n=76)	10	6	3	–	3	3	2	–	27
Всего	22	15	8	3	3	10	6	2	69

частота ранних и поздних постколостомических осложнений в зависимости от способов формирования колостомы представлены в *таблице*.

Обработку полученных результатов проводили с использованием методов вариационной статистики. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента ($p<0,05$). Качество жизни пациентов изучали посредством анкетирования с помощью Европейского опросника MOC SF-36.

Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационная декомпрессия и лаваж толстой кишки, проводимые с помощью сконструированного вакуумного аспирационно-промывного устройства, привели к заметному уменьшению частоты ранних осложнений в области колостомы с 50 (в контрольной группе у 29 из 58 больных) до 28,9% (в основной группе у 22 из 76 больных). Так, если в контрольной группе параколостомические гнойно-воспалительные осложнения (параколостомический дерматит, параколостомический абсцесс и флегмона) развились у 26 (44,8%) из 58 больных, то в основной группе частота указанных осложнений составила 25% (т.е. у 19 из 76 больных). Значительное уменьшение частоты параколостомических гнойно-воспалительных осложнений позволяет считать разработанную методику надежной мерой в комплексной системе профилактики эндогенного инфицирования тканей вокруг колостомы. Одним из существенных показателей разработанной методики является то, что в основной группе некроз стомированной кишки не наблюдали ни у одного больного, в то время как в контрольной группе данное осложнение отмечено у 3 из 58 больных. Это мы объясняем не только техническими деталями формирования колостомы, но и уменьшением внутрипросветного давления, создаваемым «управляемой» декомпрессией толстой кишки, стимулирующим (тонизирующим) эффектом кишечного лаважа, которые в совокупности создают благоприятные условия для микроциркуляции в стенке стомированной кишки.

Хирургическая тактика, выбор объема и метода оперативного вмешательства при осложнениях колостомы определяются в зависимости от вида постколостомических осложнений, характера топографоанатомических изменений тканей брюшной стенки в области колостомы и предусматривают применение дифференцированного подхода [10, 23]. Лечение больных с параколостомическими дерматитами проводили обработкой кожи перистомальной зоны цинксодержащими пастами (цинковая паста, паста Лассара) в сочетании с применением десенсибилизирующих и антигистаминных препаратов. Особое внимание уделяли раннему применению клеящих калоприёмников, отверстия в которых вырезали вплотную к стомированной кишке. Раннее вскрытие и адекватное дренирование параколостомических абсцессов (у 15 больных) и флегмон (у 8) в сочетании с рациональной антибактериальной терапией с учетом микробного спектра выделенной флоры, а также применение контролируемой (управляемой) декомпрессии и лаважа толстой кишки способствовали полной санации параколостомических гнойно-воспалительных осложнений у всех 23 больных. В структуре ранних постколостомических осложнений некроз стомированной кишки и ретракцию колостомы наблюдали одинаково часто (по 3 больных в основной и контрольной группах). Относительно меньшую частоту возникновения ретракции колостомы в суммарном числе осложнений (3 из 27) у пациентов основной группы мы объясняем модифицированием способа формирования концевой плоской колостомы, а также проведением управляемой (контролируемой) интра- и послеоперационной декомпрессии и внутрипросветного

лаважа толстой кишки по разработанной нами методике с использованием сконструированной нами новой модели аспирационно-промывного устройства.

Оперативное лечение больных с некрозом и ретракцией колостомы заключалось в релапаротомии и реконструкции колостомы на прежнем месте после резекции измененных сегментов ободочной кишки.

Хирургическая коррекция параколостомических грыж, которые мы относим к разновидностям послеоперационных вентральных грыж, имеет свою особенность и предусматривает применение дифференцированной тактики с учетом топографоанатомических изменений тканей в области колостомы и перистомальной зоне. При ликвидации параколостомических грыж мы отдаем предпочтение аутопластическим методам с использованием способов фасциально-апоневротической пластики грыжевых ворот (способы Мартынова, Напалкова и Сапежко). В последние годы по показаниям применяем способы с использованием синтетических эндопротезов, об эффективности которых свидетельствуют данные литературы [11]. В зависимости от применяемой тактики хирургического лечения больных с параколостомической грыжей разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 4 больных, состояние которых позволило произвести одномоментную пластику дефекта брюшной стенки и восстановление непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы. Хирургическую коррекцию параколостомических грыж у этих больных осуществляли путем создания дупликатуры из апоневроза, в ходе которой производили также пластику дефекта брюшной стенки на месте колостомы. Непрерывность толстой кишки восстанавливали путем формирования сигмосигмоидного (у 1 больного) и сигморектального (у 3) анастомозов. Несостоятельности швов толстокишечных анастомозов среди этих больных не наблюдали. 2-ю группу составили 6 больных, у которых ликвидацию параколостомических грыж производили без восстановительных операций на толстой кишке и ликвидации колостомы. У 3 из них произведена пластика грыжевых ворот без какого-либо вмешательства на колостоме, у 2 — выполнена пластика параколостомической грыжи (у 1 больной с применением полипропиленового сетчатого эндопротеза) в сочетании с коррекцией (реконструкцией) колостомы и оставлением её на прежнем месте, у 1 больного пластику параколостомической грыжи сочетали с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место после резекции рубцово-измененного участка ободочной кишки и старой колостомы.

Тактику хирургического лечения больных с рубцовой стриктурой колостомы определяли с учетом выраженности рубцовых изменений тканей передней стенки живота в области колостомы и перистомальной зоне, уровнем и протяженности стриктуры и степени нарушения проходимости толстой кишки. У 2 больных стриктура была в пределах стомального конца (устья) противоестественного заднего прохода, т. е. в рубцовый процесс был вовлечен только верхний ободок (наружный цилиндр) колостомы. Хирургическое вмешательство при этом заключалось в иссечении рубцово-измененных тканей перистомальной зоны, мобилизации стомированной петли ободочной кишки до апоневроза и формировании новой колостомы на прежнем месте. В связи с наличием выраженных рубцовых изменений и плотных сращений в области колостомы, которые распространялись на внутрибрюшную часть выведенного сегмента ободочной кишки, оперативные вмешательства у 4 больных с протяженными стриктурами колостомы произведены путем лапаротомии. У всех этих больных реконструкция колостомы была осуществлена мобилизацией выведенной петли ободочной кишки с участком стриктуры, её резекция и наложение неоколостомы.

Хирургическая коррекция выпадения толстой кишки через стому заключалась в реконструкции колостомы с формированием ее на прежнем месте после резекции избытка ободочной кишки, которая выполнена 2 больным.

Отдаленные результаты хирургического лечения в срок от 2 до 5 лет прослежены у 14 из 18 больных в возрасте от 58 до 77 лет с поздними постколостомическими осложнениями. Мужчин было 9, женщин — 5. У 9 из них, которые представляли контрольную группу, была одноствольная концевая колостома, сформированная ранее классическим способом в виде «столбика». У остальных 5 пациентов, составляющих основную группу, была одноствольная плоская колостома на уровне кожи, наложенная в модифицированном нами варианте. Объем ранее выполненных операций у 10 больных с параколостомическими грыжами сводился к пластике дефекта передней брюшной стенки, которая сочеталась с одномоментным восстановлением непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы у 4 из них (в контрольной группе — у 3, в основной — у 1). У этих пациентов были выявлены признаки спаечной болезни с явлениями хронического нарушения кишечного пассажа, легко поддающиеся медикаментозному лечению. У 6 больных (в контрольной группе — у 4, в основной — у 2),

которым в прошлом пластику параколостомических грыж производили без восстановительных вмешательств на толстой кишке, функциональные нарушения со стороны колостом не были выявлены, в то время как у 4 больных контрольной группы был констатирован рецидив параколостомической грыжи. Случаев рецидивов параколостомических грыж среди больных основной группы не наблюдали. У 4 больных (в контрольной группе — у 2, в основной — у 2), перенесших ранее оперативные вмешательства по формированию неоколостомы по поводу рубцовой стриктуры искусственного ануса, каких-либо нарушений функции стомы не наблюдали. Среди них повторные операции с целью восстановления непрерывности толстой кишки и ликвидации колостомы оказались возможными у 2 больных (в контрольной группе — у 1, в основной — у 1). Выполнение восстановительных вмешательств на толстой кишке у 2 остальных больных старше 75 лет (в контрольной группе — у 1, в основной — у 1) было признано нецелесообразным из-за высокой степени операционного риска, связанного с возрастными особенностями организма и серьезными интеркуррентными заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и нарушениями обменных процессов.

Выводы. 1. Разработка рационального варианта формирования одноствольной концевой колостомы, а также совершенствование способов интра- и послеоперационной декомпрессии и лаважа толстой кишки позволяют уменьшить частоту постколостомических осложнений и улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты хирургического лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью.

2. Предложенные методики создают реальные предпосылки для полноценной медико-социальной и трудовой реабилитации, а также улучшения качества жизни колостомированных больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Современные тенденции и перспективы в хирургическом лечении опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных старших возрастных групп // Рос. онкол. журн. 2005. № 4. С. 21–29.
2. Алиев С.А., Алиев Э.С. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на ободочной кишке // Вестн. хир. 2008. № 6. С. 77–82.
3. Баталов М.Ю., Кулягин А.В., Гайнутдинов Ф.М. и др. Использование лапароскопических технологий в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости // Международный хирургический конгресс. «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г., г. Ростов-на-Дону): Труды конгресса. Ростов н/Д, 2005. С. 342.
4. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Баталов М.Ю. и др. Выбор способа наложения колостомы для уменьшения частоты осложнений и болезней колостом // Международный хирургический конгресс. Там же. С. 346.
5. Еропкин П.В. Выбор рационального метода и оптимизация способов формирования концевой колостомы // Хирургия. 1991. № 5. С. 65–71.
6. Еропкин П.В., Царьков П.В., Калашников В.Н. и др. Хирургическое лечение параколостомических грыж и пролапсов // Хирургия. 2000. № 1. С. 15–18.
7. Зайцев М.Г., Синенченко Г.И., Коновалов С.В. Особенности лечения гнойно-воспалительных осложнений в области колостомы // Науч. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы колопроктологии», посвящ. 40-летию ГНЦ колопроктологии (2–4 февраля 2005, Москва): Тезисы. М., 2005. С. 589.
8. Захарченко А.А., Штоппель А.Э. Профилактика послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в колоректальной хирургии // Проблемы колопроктологии. М., 2000. Вып. 17. С. 69–74.
9. Коновалов С.В., Стойко Ю.М., Синенченко Г.И. Усовершенствованный способ лечения стриктуры колостомы на уровне кожи // Международный хирургический конгресс. «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г., г. Ростов-на-Дону): Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 353.
10. Михайлов Е.В., Петров В.П., Леонов С.В. Болезни колостомы // Проблемы колопроктологии. М., 2000. Вып. 17. С. 136–139.
11. 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.: ИД «Медпрактика», 2005. С. 452.
12. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Роль парастомальных осложнений в ухудшении качества жизни при временных илео- и колостомах // I съезд колопроктологов СНГ (22–23 октября 2009 г., г. Ташкент): Материалы. г. Ташкент, 2009. С. 345–346.
13. Смиренин С.В., Коновалов С.В., Синенченко Г.И. Метод профилактики гнойных осложнений в области колостомы // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы науч. конф. М.: ИД «Медпрактика», 2005. С. 602–603.
14. 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.
15. Стойко Ю.М., Синенченко Г.И., Коновалов С.В. Усовершенствованный способ лечения параколостомической грыжи без вмешательства на колостоме // Международный хирургический конгресс «Новые технологии в хирургии» (5–7 октября 2005 г., г. Ростов-на-Дону): Труды. Ростов н/Д, 2005. С. 369.
16. Тутченко Н.И., Андриец В.С., Клюзко И.В. и др. Принципы первичной профилактики парастомических осложнений // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы.. М., 2012. С. 161.
17. Фролов С.А., Родоман Г.В., Голубева М.Ю., Москалев А.И. Качество жизни у больных с одноствольными кишечными стомами // Колопроктология. 2014. № 3 (приложение). С. 110.
18. Царев М.И., Чеченин Г.М., Равич Л.Д. и др. Колоректальное стентирование при лечении острой обтурационной толстокишечной непроходимости // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 88.
19. Шапкин Ю.Г., Урядов С.Е., Чалык Ю.В., Потахин С.Н. Эндоскопическая реканализация толстой кишки при опухолевой непроходимости // Саратовск. науч.-мед. журн. 2010. Т. 6, № 3. С. 727–729.
20. Шашолин М.А., Зубрицкий В.Ф., Глотов С.В., Федорченко Д.А. Совершенствование способов формирование кишеч-

ных стом у больных опухолевой толстокишечной непроходимостью // VI Международная конференция «Российская школа колоректальной хирургии. Новое в лечении геморроя и рака ободочной кишки»: Материалы. М., 2012. С. 116.

21. 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.
22. Makela J. T., Turku P. H., Laitinen S. T. Analysis of late stomal complications following colostomy surgery // Ann. Chir. Gynaecol. 1997. Vol. 86. P. 305–310.
23. Shellito P. C. Complications of abdominal stoma surgery // Dis. Colon. Rectum. 1998. Vol. 41, № 12. P. 1562–1572.

Поступила в редакцию 20.11.2015 г.

S.A.Aliev, B.M.Zeinalov, E.S.Aliev

COMPLICATIONS OF TERMINAL COLOSTOMY IN PATIENTS WITH TUMOROUS LARGE INTESTINE ILEUS AND THEIR SURGICAL MANAGEMENT

Department of surgical diseases № 1, Azerbaijan Medical University, Baku

The article analyzed the structure, incidence rate and results of surgical treatment of paracolostomal complications in 69 patients out of 134 (aged from 23 to 77 years old). The patients were divided into 2 groups according to the variant of terminal colostomy. The single-barrel colostomy was formed by classical (intraperitoneal) method using «proboscis» design in 58 patients (43,3%) of the first group. Various complications were developed in the area of colostomy in 42 (72,4%) patients. The single-barrel flat colostomy was applied at the skin level using the method modified by the authors in 76 (56,7%) patients of the second group. The authors designed the method of controlled intra- and postoperative decompression and lavage of the colon by a new model of aspiration-irrigation device in order to unload the colon through colostomy. There were noted complications in the area of colostomy in 27 (35,5%) cases. The developed rational method of terminal colostomy formation, upgrading the ways of intra- and postoperative decompression and lavage of the colon facilitated to decrease of the rate of postcolostomy complications more than two times (from 72,4 to 35,5%). The author's method led to optimization of immediate and long-term results of surgical treatment.

Key words: *single-barrel terminal colostomy, obturative tumorous large intestine ileus, postcolostomy complications, paracolostomal suppurative-inflammatory processes, necrosis, retraction, stricture of colostomy, paracolostomal hernia, surgery*