

На правах рукописи

ДАДАЕВ Ибрагим Саладинович

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ
ОПЕРАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ С ИЛЕОСТОМАМИ**

3.1.9. Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Астрахань – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

ЗУРНАДЖЬЯНЦ Виктор Ардоваздович, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

ГРОШИЛИН Виталий Сергеевич - доктор медицинских наук, профессор, кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой

ТОТИКОВ Заурбек Валерьевич - доктор медицинских наук, профессор, кафедра хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, профессор кафедры

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград

Защита состоится «___» декабря 2025 года в ___ часов на заседании совета 21.2.003.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук при ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (414000, Россия, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России <http://astgmu.ru/>

Автореферат разослан «___» _____ 2025 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета
к.м.н., доцент

Севостьянова Ирина Викторовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В Российской Федерации количество стомированных пациентов на сегодняшний день составляет около 120 тысяч человек, из которых до 50% - лица трудоспособного возраста. По данным ВОЗ, количество их достигает 0.1% от всего населения мира [Окладников С.М. и соавт., 2023; Сертакова О.В. и соавт., 2019].

Илеостомия как вариант завершения операции при ОКН и перитоните, в первую очередь, применяется при локализации патологии в дистальных отделах тонкой кишки. При хирургическом лечении пациентов с опухолями прямой кишки низкой локализации, а также при ЯК, ДБОК и БК одним из типичных элементов операции является превентивная илеостомия, используемая до 50% случаев [Тотиков В.З., и соавт., 2022; Волкова Е.А. и соавт., 2024].

Правильный подход к закрытию стомальной раны после проведения восстановительной операции снижает риск развития инфекционных осложнений в зоне ранее существовавшей стомы [Тимербулатов М.В. и соавт., 2019].

Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) передней брюшной стенки являются нередкими осложнениями как при формировании, так и после ликвидации кишечных стом и возникают, по данным различных авторов, с частотой от 15 до 60% [Каторкин С.Е. и соавт., 2018; Сергацкий К.И. и соавт., 2023; Kaneko T. и соавт., 2019; Shiraishi, T. и соавт., 2020].

В связи с вышеизложенным, проблема восстановительных вмешательств при ликвидации илеостомы и закрытии стомальной раны является актуальной.

Степень разработанности темы исследования

Большой вклад в решение вопросов лечения и реабилитации стомированных больных внесли такие ученые, как Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, П.В. Царьков, В.М. Тимербулатов, С.С. Маскин, В.З. Тотиков, З.В. Тотиков, В.С. Грошилин и другие. В последнее время в литературе уделяется большое внимание стомированным больным, особенно методам их хирургической реабилитации. Поскольку у данной категории

больных не только утрачивается трудоспособность, приводя в некоторых случаях к инвалидизации, но и страдает психическое состояние больного, приводя к социальной дезадаптации. Поэтому отмечается важность разработки методик восстановления непрерывности кишечника и закрытия стомальной раны, направленных на улучшение качества жизни и восстановление трудоспособности.

Для восстановления непрерывности кишечника применяют различные варианты формирования анастомозов (конец в конец, бок в бок, конец в бок, инвагинационных соустьев) используя ручные, механические, однорядные и многорядные швы [Батыров А.К. и соавт., 2021; Егоров В.И. и соавт., 2004; Никитин Н.А. и соавт., 2013; Спирев В.В. 2008; Чернышов С.В. и соавт., 2008; Шалин В.В. и соавт., 2023].

Однако тенденции к уменьшению количества осложнений, таких как НА, анастомозит, рубцовая стриктура, инфекционные осложнения со стороны стомальной раны, не наблюдается. Этот факт определил необходимость проведения данного диссертационного исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и реабилитации больных с функционирующими одноствольными илеостомами при проведении восстановительных операций.

Задачи исследования

1. Разработать и внедрить в клиническую практику новый способ восстановления кишечной непрерывности при одноствольных илеостомах и способ закрытия стомальной раны.

2. Провести сравнительный анализ ближайших результатов восстановительных операций у больных с илеостомами и закрытия стомальной раны, включающий изучение продолжительности операции, послеоперационных осложнений, длительности пребывания больного в стационаре, экономическую эффективность.

3. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов восстановительных операций у больных с илеостомами и закрытия стомальной раны, включающий оценку поздних

послеоперационных осложнений и развитие синдрома избыточного бактериального роста

4. Провести оценку показателей качества жизни у больных до и после восстановления непрерывности кишечника.

Научная новизна исследования

1. Разработан способ закрытия одноствольной илеостомы (Патент на изобретение №2793389 от 31.03.2023г.) и способ закрытия стомальной раны (Патент на изобретение №2821346 от 21.06.2024г.).

2. Проведена сравнительная оценка «клапанных» свойств сформированного анастомоза.

3. Обоснованы преимущества разработанного способа закрытия функционирующей одноствольной илеостомы и способа закрытия стомальной раны при проведении восстановительных операций в условиях общехирургического стационара и оценена их клиническая значимость и экономическая эффективность.

4. Проведена сравнительная оценка качества жизни пациентов с функционирующими илеостомами, перенесших восстановительный этап операции.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработанный способ закрытия функционирующей одноствольной илеостомы предупреждает рефлюкс содержимого толстого кишечника в тонкую кишку, выполняя роль «клапана», сокращает длительность операции, уменьшает количество послеоперационных осложнений и снижает сроки нахождения больного в стационаре.

Закрытие стомальной раны по разработанному способу способствует снижению риска развития сером и инфильтратов.

Восстановление непрерывности кишечника путем использования способа закрытия одноствольной илеостомы и способа закрытия стомальной раны приводит к улучшению показателей качества жизни.

Положения, выносимые на защиту

1. Предложенный способ закрытия функционирующей одноствольной илеостомы позволяет восстановить функцию клапанного аппарата за счет инвагинации «хоботка» с сохраненным кровоснабжением и, тем самым, снизить количество ранних послеоперационных осложнений, таких как несостоятельность анастомоза.

2. Использование однорядного шва и инвагинация «хоботка» в просвет толстой кишки при наложении предложенного анастомоза позволяет снизить риск развития ишемии в зоне анастомоза и препятствует рефлюксу содержимого толстой кишки в тонкую, тем самым предотвращая развитие рубцового сужения анастомоза и развитие синдрома избыточного бактериального роста в отдаленном периоде.

3. Внедрение в клиническую практику разработанного способа восстановительных операций при одноствольных илеостомах позволяет сократить продолжительность операции, финансовые затраты на оперативное вмешательство и уменьшить сроки стационарного лечения.

4. Закрытие стомальной раны по разработанному способу после ликвидации стомы позволяет уменьшить объем остаточной полости, тем самым, снижая частоту развития послеоперационных осложнений постстомальной раны.

Методология и методы исследования

Клинические исследования проведены методологически, с помощью современных методов научного познания. Создан дизайн исследования, служащий структурой, в соответствии с которой проводились сбор материалов и обработка полученных результатов. В работе были применены клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. При их выполнении соблюдены правила и принципы доказательной медицины.

Степень достоверности и апробация работы

Исследования проведены в достаточном объеме с использованием передовых методов хирургического лечения и

статистического анализа, подтверждающих достоверность полученных результатов.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на Всероссийской НПК с международным участием «Дни специалиста – колопроктолога Дона» (Ростов-на-Дону, 2022 и 2024 гг.); на VIII и IX Международной НПК Прикаспийских государств «Актуальные вопросы современной медицины» (Астрахань, 2023 и 2024 гг.); на XX Юбилейном съезде хирургов Дагестана с международным участием «Высокие и малоинвазивные технологии в хирургии» (Махачкала, 2023 г.); на XV Съезде Российского общества хирургов совместно с конгрессом Московских хирургов (Москва, 2023 г.); на Всероссийской НПК «ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Ростов-на-Дону» (Ростов-на-Дону, 2024 г.); на «Национальном хирургическом конгрессе» (Санкт-Петербург, 2024 г.); на I Кубанском конгрессе хирургов «Инновационные технологии в хирургии» (Сочи, 2024 г.).

Апробация диссертации проведена на совместном заседании проблемной комиссии «Хирургия и хирургические болезни» и кафедр хирургического профиля ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ и врачей ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» город Астрахань», ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3 им. С.М. Кирова», ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» 05 июня 2025 г.

Внедрение результатов работы

Полученные результаты диссертационного исследования внедрены в лечебный процесс в хирургических отделениях «ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» города Астрахань», ГБУЗ АО ГКБ №3 им. С.М. Кирова г. Астрахань, а также в учебный процесс при чтении лекций и проведении практических занятий на хирургических кафедрах ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

Личный вклад автора

Диссертант принимал личное участие на всех этапах представленного исследования. Вместе с научным руководителем была запланирована научная работа, сформулированы

цель, задачи и методы исследования. Автор непосредственно принимал участие в обследовании и хирургическом лечении 63 больных, участвовал в разработке и внедрении способа закрытия одностольной илеостомы в клиническую практику у пациентов с функционирующими илеостомами, участвовал в подготовке научных статей, неоднократно представлял результаты исследования на научно-практических конференциях регионального, федерального и международного уровней. Автором выполнен анализ полученных данных с их математической и статистической обработкой.

Связь с планом научных исследований

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, номер государственной регистрации 1200.00

Проведение исследования и дизайн работы одобрены локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (выписка из протокола «Локального этического комитета» № 8 от 22.12.2023 года).

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 3.1.9. «Хирургия» – п. 4 «Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения хирургических болезней и их внедрение в клиническую практику».

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, из которых 4 статьи в журналах, рекомендованных ВАК, и 2 патента РФ.

Объём и структура диссертации

Диссертация написана на 110 страницах компьютерного текста и содержит введение, главу обзора литературы, материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации и список литературы.

Список литературы включает 174 источника, из них 98 отечественных и 76 зарубежных авторов. Работа содержит 11 таблиц, иллюстрирована 36 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический материал представлен результатами лечения 63 больных с одноствольными илеостомами, которым были выполнены восстановительные операции на клинических базах кафедры: ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №3» им. С. М. Кирова, ЧУЗ КБ «РЖД-Медицина» город Астрахань».

Критерии «включения» в исследование:

1. Добровольное согласие на участие в исследовании.
2. Больные с наличием функционирующей илеостомы старше 18 лет.

Критерии «исключения» из исследования:

1. Больные с илеостомами, оперированные по поводу злокачественных новообразований.
2. Наличие заболеваний внутренних органов в стадии обострения.
3. Наличие гнойно-воспалительных явлений вокруг стомы.

Инструментальные методы диагностики включали в себя: УЗИ брюшной полости на аппарате Apogee 3500, обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости на аппаратах Prestilix 1600-X (с DRS), APELEM (с DRS), ирригоскопия, КТ органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства на аппарате Somatom Emotion 6 Slice Configuration, фиброколоноскопия и фиброгастродуоденоскопия аппаратом Olympus GIF-Q20, водородный дыхательный тест с лактулозой, изучение качества жизни с использованием опросника SF-36.

Статистическая обработка результатов исследования

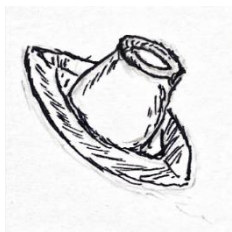
Накопление изучаемых данных проводилось в программе Microsoft Office Excel, 2016. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы SPSS Statistic, версия 27. Для проверки нормальности распределения данных применялись следующие критерии: Шапиро-Уилка (при выборке пациентов <50) и Колмогорова-

Смирнова (при выборке пациентов >50). При выявлении распределения, отличного от нормального, статистический анализ данных осуществлялся с помощью непараметрических критериев. При сравнении количественных данных в 2 группах использовали непараметрический критерий U Манна-Уитни, а в 3 и более группах использовался критерий Краскела-Уоллиса. При $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми, а при $p > 0,05$, различия были статистически незначимы (сопоставимы).

При сравнении номинальных данных анализ производился с учетом количества категорий у сопоставляемых показателей с использованием точного критерия Фишера и оценкой связи по критерию V Крамера. Различия считались статистически значимыми при p -value менее 0,05. Значения критерия V Крамера интерпретировались согласно рекомендациям Rean & Parker.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами был разработан способ закрытия одностольной илеостомы (патент на изобретение №2793389 от 31.03.2023). Технический результат достигается тем, что двумя окаймляющими разрезами вокруг илеостомы иссекают кожу, подкожно-жировую клетчатку с иссечением рубцовых тканей между стенкой кишки и кожей, выделяют дистальный отдел тонкой кишки в виде «хоботка» длиной 4 см, несущего губовидный свищ в виде сосочка» с сохраненным кровоснабжением (рисунки 1,2,3), который подшивают однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки (рисунок 4) с инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки через поперечный разрез длиной 2,5 см на расстоянии 0,5 см от линии ранее наложенных швов (рисунки 5,6), с последующим наложением однорядных узловых серозно-мышечных швов вокруг сформированного анастомоза (рисунки 7,8).



1

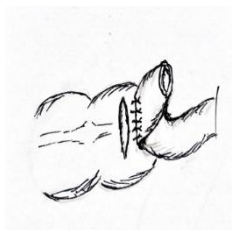


2

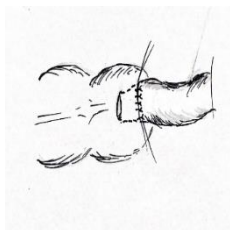


3

Рисунки 1,2,3 – Выделение дистального отдела тонкой кишки в виде «хоботка»



4

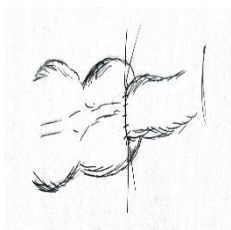


5



6

Рисунки 4,5,6 – Подшивание культи тонкой кишки однорядными узловыми серозно-мышечными швами в поперечном направлении к стенке толстой кишки с последующей инвагинацией «хоботка» в просвет толстой кишки



7



8

Рисунки 7,8 – Окончательный вид сформированного анастомоза

С целью профилактики образования остаточной полости и послеоперационных грыж в отдаленном периоде нами разработан способ закрытия стомальной раны (патент на изобретение №2821346 от 21.06.2024 г.). Суть его заключается в следующем: брюшину ушивают непрерывным швом (рисунок 9) с последующим наложением двух Z-образных швов на мышцы с апоневрозом этой же нитью (рисунок 10), концы которых связывали между собой до ликвидации свободной полости. Подкожно-жировую клетчатку дренируют активным вакуумным дренажом.

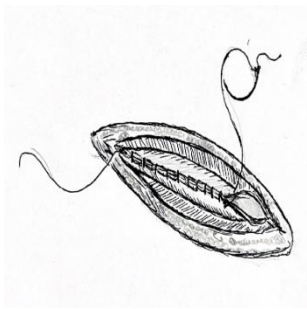


Рисунок 9 – Ушивание брюшины непрерывным швом

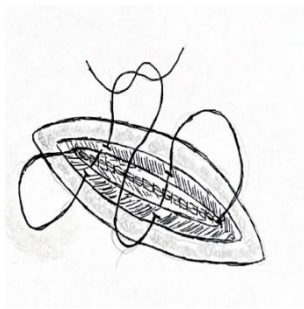


Рисунок 10 – Наложение Z-образных швов на мышечно-апоневротический слой

В ходе исследования все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от способа восстановления непрерывности кишечника.

В первую группу (основная) вошли пациенты, которым выполнен восстановительный этап операции путем формирования инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза с закрытием стомальной раны по разработанным способам (n = 32).

Вторую группу составили 23 пациента, которым была выполнена восстановительная операция с формированием

ручного тонко-толстокишечного анастомоза «бок-в-бок» двухрядным швом (n=23).

В третью группу вошли пациенты, которым сформирован тонко-толстокишечный анастомоз «бок в бок» с использованием линейного сшивающего аппарата производства «Covidien» (США) (n=8).

Таким образом, при сравнении возрастных показателей среди пациентов в указанных группах статистически значимых различий выявлено не было ($p>0,05$, $p=0,184$), группы сопоставимы между собой (таблица 1).

Таблица 1 – Структура пациентов в исследуемых группах по гендерным и возрастным признакам

Группы	Пол Абс./N (%)		F-критерий Фишера; p	Возраст, полных лет	p
	муж- чины	жен- щины			
Группа 1	16/32 (50)	16/32 (50)	F=0,331; p=0,938	71 [59,5-83]	0,184
Группа 2	10/23 (43,5)	13/23 (56,5)		71 [62,5-84,5]	
Группа 3	4/8 (50)	4/8 (50)		61,5 [48,5-70]	

* - различия показателей статистически значимы ($p<0,05$)

При анализе качества жизни до оперативного вмешательства усредненная оценка составила 42,5 [37-48,5] балла, что соответствовало низкому уровню качества жизни.

При оценке продолжительности операции, проведенный хронометраж показал, что самое длительное время оперативного вмешательства отмечено во второй группе $98\pm 8,4$ минут по сравнению с группой 1 и 3, где время оперативного вмешательства составило $76,8\pm 5,9$ и $85,1\pm 11,4$ мин. соответственно. Апостериорный анализ с помощью критерия Геймса-Хауэлла

показал, что время операции при наложении инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза было статистически значимо меньше в сравнении со временем, затраченным на наложение тонко-толстокишечного анастомоза «бок в бок» ($p_{1-2} < 0,001$). Время, затраченное на оперативное вмешательство с наложением аппаратного анастомоза, статистически значимо не отличалось от операции первой группы исследуемых. Кроме того, были выявлены различия в том числе между группами сравнения с уменьшением продолжительности операции при наложении аппаратного анастомоза ($p_{2-3} = 0,038$) (рисунок 11).

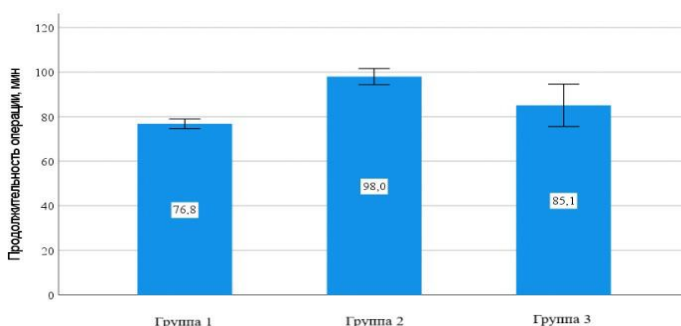


Рисунок 11 – Медиана продолжительности операции в группах

Ранние послеоперационные осложнения развились у 1 (3,1%) больного первой группы, 11 (47,8%) больных второй группы и у 4 (50%) больных третьей группы (таблица 2).

Развитие инфекции в области раны после выполнения хирургического вмешательства зарегистрировано у 9 (29%) больных в группах сравнения. Из них у 3 (13%) больных второй группы и у 2 (25%) больных третьей группы отмечалось нагноение лапаротомной раны. Нагноение постстомальной раны отмечалось у 3 (13%) больных второй и у 1 (12,5%) в третьей группе. В основной группе развитие ИОХВ не наблюдалось.

Таблица 2 – Ранние послеоперационные осложнения в группах

Вид осложнения	Группы		
	Группа 1 (n=32)	Группа 2 (n=23)	Группа 3 (n=8)
Парез кишечника	1 (3,1%)	5 (21,7%)	1 (12,5%)
Нагноение лапаротомной раны	-	3 (13%)	2 (25%)
Нагноение постстомальной раны	-	3 (13%)	1 (12,5%)
Итого	1 (3,1%)	11 (47,8%)	4 (50%)

Всем больным проводился мониторинг постстомальной раны. На 3 сутки после операции проводилась УЗИ диагностика раны для определения наличия инфильтрации тканей, скопления жидкости (сером) и остаточной полости. В случае отсутствия жидкости дренажная трубка удалялась.

Для изучения экономических аспектов в исследуемых группах нами был проведен сравнительный анализ финансовых расходов в зависимости от способа оперативного лечения и длительности койко-дня. Средний койко-день в группах 1, 2 и 3 составил 5,5; 10 и 8 суток соответственно ($<0,001$) (таблица 3).

Таблица 3 – Результаты сравнения длительности периода госпитализации в зависимости от выбора тактики хирургического лечения

Группа пациентов	Длительность госпитализации, сут.		p
	Me [IQR]	min-max	
Группа 1	5,5 [5-7]	5-10	$<0,001^*$ p_{1-2} $<0,001^*$
Группа 2	10 [9-11]	7-14	
Группа 3	8 [7-8,5]	5-10	

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Проведенный анализ позволил выявить статистически значимые различия продолжительности периода госпитализации пациентов и показал, что количество койко-дней, проведенных в стационаре, у пациентов, которым был сформирован инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз по разработанному нами способу, статистически значимо меньше, чем в других двух группах исследуемых ($p < 0,001$).

При расчете экономического эффекта средние затраты на хирургическое вмешательство в зависимости от способа формирования тонко-толстокишечного анастомоза составили: 50744 рубля при формировании инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза, 62848 рублей при формировании тонко-толстокишечного анастомоза «бок в бок» и 81031 рубль при формировании тонко-толстокишечного анастомоза с использованием линейного сшивающе-режущего аппарата. Общая стоимость оперативного вмешательства складывалась из: стоимости самой операции (28424 рубля – единая стоимость вне зависимости от вида операции); затрат на стационарное лечение в зависимости от количества койко-дней (2436 рублей/койко-день); затрат на анестезиологическое пособие в зависимости от времени, затраченного на проведение анестезии (6226 рублей/час); дополнительных затрат при использовании сшивающе-режущего аппарата с двумя кассетами (24300 рублей).

Попарное сравнение расходов на стационарное лечение, анестезиологического пособия и общей стоимости лечения показало, что у пациентов 1-й группы стоимость лечения была ниже на 12103 рубля ($p < 0,001$) по сравнению с 2-й группой и на 30286 рублей по сравнению с 3-й группой пациентов.

Значительное удорожание лечения отмечается в 3-й группе за счет использования линейного сшивающе-режущего аппарата и расходных материалов к нему. Общая стоимость лечения в зависимости от способа формирования анастомоза в трех группах исследуемых представлена на рисунке 12.

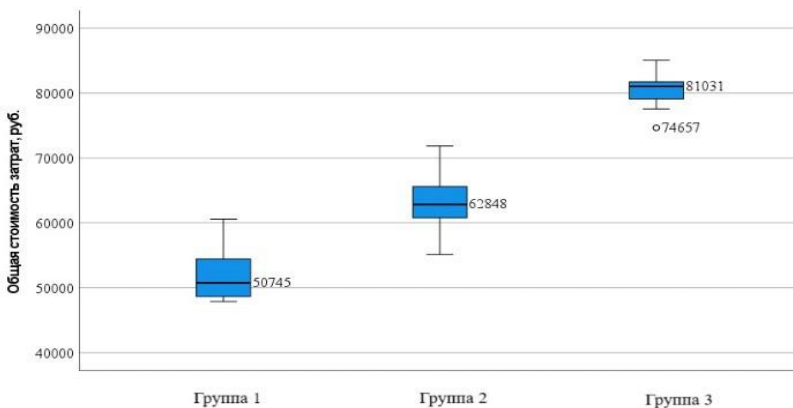


Рисунок 12 – Сравнение общих затрат на лечение

С целью оценки отдаленных результатов в исследуемых группах все пациенты проходили контрольный осмотр через 12 месяцев после проведенного оперативного вмешательства.

В сроки контрольного обследования удалось обследовать 48 (76,1%) пациентов; 26 (81,2%) - из основной группы, 17 (73,9%) – из второй группы и 5 (62,5%) – из третьей группы. Послеоперационная вентральная грыжа на месте ранее существовавшей стомы развилась у 4 (23,5%) пациентов второй группы и у 1 (20%) больного в третьей группе.

Таким образом при сравнении частоты развития осложнений между группами были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,001$). Различия объяснялись значительно более высокой частотой осложнений во второй и третьей группах, по сравнению с основной группой ($p < 0,001$ для обеих сравнений). Связь между изучаемыми признаками была сильной ($V = 0,651$).

Для изучения клапанных свойств сформированного анастомоза и с целью определения СИБР в тонкой кишке в отдаленном периоде всем пациентам после получения согласия проводился водородный дыхательный тест.

Определение уровня водорода в выдыхаемом воздухе после предварительной подготовки проводился на приборе

GastroChek Gastrolyzer используя предварительный отбор проб.

Для определения степени СИБР использовалась классификация (Мечетина Т.А. и соавт., 2010):

- 1-я степень повышение уровня H_2 от 20 ppm до 50 ppm
- 2-я степень повышение уровня H_2 от 50 ppm до 100 ppm
- 3-я степень повышение уровня H_2 более 100 ppm

По результатам ВДТ с лактулозной нагрузкой, у всех пациентов 2-й ($n = 17$) и 3-й ($n = 5$) групп выявлялся СИБР в различных степенях. Для проведения расчетов пациентов 2-й и 3-й группы объединяли ($n=22$).

Таким образом, среди объединенной группы пациентов СИБР первой степени диагностирован у 2 (9%) пациентов, второй степени у 18 (82 %) и третьей степени – у 2 (9%) пациентов (рисунок 18). В основной группе развитие СИБР не наблюдалось.

В соответствии с полученными данными, изменения уровня экскреции H_2 в динамике имели статистически значимые различия в двух исследуемых группах ($p<0,001$ для обеих) и имели тенденцию к повышению в обеих группах. Средние показатели в первой группе были статистически существенно ниже в различные периоды исследования по сравнению со второй группой ($p<0,001$ во всех случаях), что указывает на меньшие риски возникновения синдрома избыточного бактериального роста в данной группе, что подтверждено результатами исследования.

Всем пациентам через 1 год после восстановительного этапа операции выполнялась ирригоскопия. У всех пациентов из групп сравнения рентгеноконтрастное вещество поступало в просвет тонкой кишки (рисунок 13).

Из 32 пациентов основной группы, у которых был сформирован инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз поступления контрастного вещества в тонкую кишку не наблюдалось (рисунок 14).



Рисунок 13 – Ирриго-
грамма: контрастное вещество
свободно поступает в тонкую
кишку



Рисунок 14 – Ирриго-
грамма: контрастное веще-
ство в тонкую кишку не по-
ступает

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что при формировании инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза по предложенному нами способу устраняется рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую, предотвращая развитие синдрома избыточного бактериального роста.

Для проведения сравнительного анализа качества жизни до и после оперативного вмешательства пациентам во время контрольного осмотра через 1 год после операции проводилась оценка качества жизни согласно опроснику SF-36.

В соответствии с полученными данными, по всем параметрам опросника SF-36 были выявлены статистически значимые изменения качества жизни ($p < 0,001$ во всех случаях) через год после операции в сравнении с теми же параметрами до оперативного вмешательства у 100% исследуемых больных в обеих группах.

Однако при сравнении результатов опросника в обеих группах после оперативного вмешательства были выявлены статистически значимые различия по нескольким параметрам: ФФ (U критерий 40,5; $p < 0,001$), РФ (U критерий 13; $p < 0,001$), ОСЗ (U критерий 38,5; $p < 0,001$), СФ (U критерий 195; $p = 0,002$), РФЭ (U критерий 221; $p = 0,011$), ПЗ (U критерий 132; $p < 0,001$), физический и психический компоненты здоровья (U

критерий $<0,001$; $p<0,001$ и U критерий 121; $p<0,001$ соответственно). Усредненная оценка качества жизни после операции у пациентов в первой группе оказалась статистически значимо выше, чем у пациентов второй группы ($p<0,001$).

Таким образом, наиболее выгодные показатели качества жизни определены у пациентов первой группы и составило 95 [95,3-96,9] баллов.

ВЫВОДЫ

1. Разработанные «Способ закрытия одноствольной илеостомы» и «Способ закрытия стомальной раны» доступны в исполнении и внедрены в клиническую практику, как альтернативные и эффективные методы реконструктивно-восстановительных операций у больных с одноствольными илеостомами.

2. Проведенный анализ ближайших результатов показал, что при формировании инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза по сравнению с другими способами, статистически значимо снижается количество ранних послеоперационных осложнений до 3,1% ($p <0,001$), сокращается длительность операции на 21,2 минуты ($p <0,001$), и пребывание больного в стационаре до 5,5 суток ($p <0,001$), а стоимость лечения уменьшается на 12103 рублей ($p <0,001$) по сравнению с 2 группой больных и на 30286 рублей по сравнению с третьей группой пациентов.

3. Анализ отдаленных результатов показал, что при использовании разработанного способа инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза при закрытии одноствольной илеостомы устраняется рефлюкс содержимого толстой кишки в тонкую, предотвращая развитие синдрома избыточного бактериального роста, а предложенный способ ушивания стомальной раны исключает развитие послеоперационных грыж.

4. Установлено, что суммарная балльная оценка показателей качества жизни у пациентов первой группы с инвагинационным тонко-толстокишечным анастомозом статистически

значимо выше после оперативного вмешательства, чем до проведения восстановительного этапа операции (41,3 [37,2-48,6] и 95 [95,3-96,9] соответственно ($p<0,001$)).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендовать при выполнении восстановительных операций у больных с одноствольным илеостомами тщательно выделять из окружающих тканей дистальный отдел тонкой кишки в виде готового «хоботка» с сохранённым кровоснабжением.

2 При наложении инвагинационного анастомоза рекомендуется накладывать его в поперечном направлении с погружением «хоботка» в просвет толстой кишки с наложением однорядных узловых швов.

3 При закрытии стомальной раны с целью снижения инфекционных осложнений и частоты развития послеоперационных грыж рекомендуется ликвидировать остаточную полость путем использования Z-образного мышечно-апоневротического шва и установки активного вакуум дренажа.

4 Сроки выполнения восстановительных операций следует определять индивидуально, исходя из времени стихания воспаления в брюшной полости и перистомально, в среднем от 3 до 6 месяцев после первичной операции.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Зурнаджьянц, В.А. Способы формирования кишечных стом и реконструктивно восстановительные операции после их выведения / В.А. Зурнаджьянц, Э.А. Кчибеков, В.В. Кутуков, **И.С. Дадаев** // **Астраханский медицинский журнал**. – 2023. – Т.18, №4. – С. 8-15

2. Зурнаджьянц, В.А. Новый подход к восстановлению кишечной проходимости после выведенной одноствольной илеостомы / В.А. Зурнаджьянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев**, А.В. Куприянов, Р.С. Дадаев // **Вестник новых медицинских технологий**. – 2024. – Т.31, №1. – С. 15-18.

3. Зурнаджянц, В.А. Ближайшие и отдаленные результаты закрытия функционирующей одноствольной илеостомы / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев** // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета**. – 2024. – Т.21, №2. – С. 141-145.

4. Дадаев, И.С. Современный взгляд на профилактику парастомальных осложнений у стомированных больных / **И.С. Дадаев**, В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, И.В. Михин // **Астраханский медицинский журнал**. – 2024. – Т.19, №2. – С. 14–19.

5. Зурнаджянц, В.А. Современный взгляд на закрытие одноствольных илеостом / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев** // Материалы XX Юбилейного съезда хирургов Дагестана «Высокие и малоинвазивные технологии в хирургии» – Махачкала: ДГМУ. – 2023. – С. 202-203.

6. Зурнаджянц, В.А. Способ выполнения реконструктивной операции при одноствольной / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев**, А.В. Зурнаджянц // Материалы XV Съезда хирургов России совместно с IX конгрессом Московских хирургов. – М.: 2023. – С. 103-104.

7. Зурнаджянц, В.А. Функционирующая одноствольная илеостома. Что делать? / В.А.Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев** // Материалы Научно-практической конференции с международным участием «Хирургическая весна в Ростове-на-Дону». – Ростов-на-Дону. – 2024. – С. 121-123.

8. Зурнаджянц, В.А. Способ реконструкции стомальной раны / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев** // Материалы Национального хирургического конгресса. – СПб.: Медианапир. – 2024. – С. 526-527.

9. Зурнаджянц, В.А. Восстановление непрерывности кишечника при функционирующих илеостомах / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев** // Материалы I Кубанского конгресса хирургов «Инновационные технологии в хирургии». – Сочи, 2024. – С. 4-5.

10. Зурнаджянц, В.А. Способ закрытия одноствольной илеостомы / В.А. Зурнаджянц, Э.А. Кчибеков, **И.С. Дадаев**,

А.В. Зурнаджьянц // Патент № 2793389 С1 Российская Федерация. МПК А61В 17/11, А61В 17/00. Дата подачи заявки: 10.06.2022; опубликовано: 31.03.2023.

11. Зурнаджьянц, В.А. Способ закрытия стомальной раны / В.А. Зурнаджьянц, Э.А, Кчибеков, **И.С. Дадаев**, // Патент № 2821346 С1 Российская Федерация. МПК А61В 17/00, А61В 17/04. Дата подачи заявки: 23.08.2023; опубликовано: 21.06.2024.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БК	Болезнь Крона
ВДТ	Водородный дыхательный тест
ВЗК	Воспалительные заболевания кишечника
ВО	Восстановительная операция
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДБОК	Дивертикулярная болезнь ободочной кишки
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ИОХВ	Инфекция области хирургического вмешательства
КРР	Колоректальный рак
НА	Несостоятельность анастомоза
НПК	Научно-практическая конференция
ОКН	Острая кишечная непроходимость
ПВГ	Послеоперационная вентральная грыжа
РТК	Рак толстой кишки
СИБР	Синдром избыточного бактериального роста
ЯК	Язвенный колит

Дадаев Ибрагим Саладинович

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫМ
ОПЕРАЦИЯМ У БОЛЬНЫХ С ИЛЕОСТОМАМИ

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать _____ 2025
Набор компьютерный. Гарнитура Times. Усл. п.л. 1,0
Тираж 100 экз. Заказ № _____

Издательство ФГБОУ ВО «Астраханский государственный
медицинский университет» Минздрава России
414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121