

УДК 616.345-006.6-089-844

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМОЙ****М. М. Гладинец, А.Т. Койшыбаев, К. Т. Кажыкенов, М. А. Шацкий, А. И. Колмаков  
Государственный медицинский университет г. Семей**

*Қорытындыда негізгі ескеретін жай, колостомасы бар науқастарда қалпына келтіру – түзету операциясынан кейінгі жеке кезеңдерде жиі кездесетін асқынуы – операциядан кейінгі вентральды жарық, асқынулар көптеген жарақаттық абдоминальды операцияларға тән.*

*From 1976 to 2010 surgery was conducted on 281 patients with various types of colostomy to restore the continuity of the colon. The patients' ages ranged from 16 to 80 years. Thirty-six patients were subjected to a second operation in different periods.*

В последние годы значительно возросло число больных, перенесших резекцию толстой кишки с формированием на передней стенке живота искусственно созданного заднего прохода, которая называется колостомой. Подобные операции выполняют при раковом поражении левой половины толстой кишки, при осложненном дивертикулёзе, кишечной непроходимости. Операция, избавляя больного от основного страдания, приводит к стойкой инвалидности в связи с созданием на передней брюшной стенке колостомы. Акт дефекации происходит неуправляемый, сопутствует иногда выпадение кишки, образование параколостомической грыжи, которые вынуждают больного отказываться от своей профессии, ограничивают пациента в пребывании в обществе до самоизоляции. Вызывают моральные и физические страдания и приводят к социально-экономическим потерям. Определенная группа этой категории больных в последующем может быть реабилитирована по выполнению реконструктивно-восстановительной операции.

Первый этап операции у больных производится по жизненным показаниям. Второй этап ликвидация колостомы и восстановление естественной функции кишечника, которая носит характер реконструктивной операции и часто хирурги её выполняют не всегда охотно. Причиной является высокий процент послеоперационных осложнений и летальности. Восстановительная операция является жизненно необходимой, но при закрытии колостомы пристеночной или петлевой нагноение ран отмечается до 25%, а несостоятельность анастомоза швов до 23% у пациентов. Летальность составляет до 4,8%. Особую сложность представляют пластические восстановительно-реконструктивные операции у больных с одностольной колостомой после операции Гартмана.

В литературе мало уделено внимания реконструктивным операциям у пациентов с данной патологией, которые позволили бы оценить достоинства, недостатки того или иного метода пластической операции. Имеются только сведения о частоте и характере появления ранних послеоперационных осложнений. Для определения эффективности реабилитации пациентов с колостомой нам представляется целесообразным дать оценку отдаленным результатам восстановительно-реконструктивных операций с различными типами колостомы. Известно, что экстренные оперативные вмешательства по поводу заболеваний органов брюшной полости завершаются формированием кишечной стомы, в дальнейшем возникает необходимость выполнения операции по её устранению и восстановлению непрерывности толстого кишечника. По различным причинам вмешательства сопровождаются высокой летальностью и осложнениями. Частота послеоперационных осложнений зависит от решения вопросов, которые касаются выбора выполнения стомы, сроков, способов выполнения восстановительных оперативных вмешательств, вида анастомоза и послеоперационное лечение и ухода за больными.

Среди многих авторов нет единого мнения о выборе сроков восстановительных операций при наличии выведенных колостом. Недостаточно изучено состояние отключенного отдела тонкого кишечника. Разрабатываемые меры профилактики осложнений не всегда эффективны. Все это свидетельствует об актуальности проблемы профилактики развития осложнений у этой категории тяжелых больных. Наличие колостомы не является болезнью, но значительно снижает качество жизни прооперированных больных. Увеличение современных средств ухода за стомой позволяют, таким пациентам часто успешно адаптироваться к новым условиям жизненного процесса и даже продолжать работать по своей профессии. Прооперированному пациенту необходимо определенное время, чтобы приспособиться к изменившемуся образу жизни, что обычно связано не только с проблемой ухода за колостомой, но и психологическим восприятием существования с ней.

Актуальность с проблемой формирования кишечной стомы на современном этапе развития хирургии связана с высокой частотой несостоятельности кишечных анастомозов – до 23%, что ведет к развитию тяжелых осложнений, как разлитой перитонит, образование внутрибрюшных абсцессов, флегмон передней брюшной стенки и свищей. Остается нерешенным вопрос выбора оптимального вида привентивной колостомы, как метода отключения дистальных отделов кишки при выполнении операции при кишечной непроходимости. Отсутствуют исследования сравнительные непосредственных результатов применения колостом, которые учитывают частоту парастомальных осложнений, появляющихся после восстановительной операции. Характеризуя осложнения илистомии и колостомии, следует отметить качественные различия в появлении осложнений. Для больных с колостомой характерны осложнения в отдаленном послеоперационном периоде, это появление грыж, выпадение кишки через стому и наблюдаются до 8%. В то же время осложнения в раннем периоде после произведенной операции илистомы наблюдается у пациентов парез кишечника длительно, около стомы образуется дерматит и нагноение раны. Чем выше наложена стома, тем клинически наблюдается выраженные патологические изменения в организме, которые приводят к летальному исходу. Это обусловлено истощением, дегидратацией, развитием белкового обмена, электролитных нарушений. Эти потери обычно ухудшают нарушение пищеварения и способствуют всасыванию в организм пациентов из кишечника токсических продуктов.

Восстановление непрерывности кишечника является сложным, нестандартным хирургическим вмешательством. Основными критериями, определяющими сроки восстановительной операции следует отнести стихание воспалительных процессов брюшной полости, полное восстановление последствий основного заболевания предпринятого по поводу устранения стом.

Наиболее приемлемый является срок до 3-6 месяцев. Исключение составляют высокие тонкокишечные стомы, подлежащие закрытию в ранние сроки. Восстановительные операции концевых колостом Гартмана выполняются через лапаротомный доступ. Сложным этапом является выделение из спаечного процесса культи дистального отдела кишки. Ответственным этапом операции формирование анастомоза. Необходимо проводить декомпрессию желудочно-кишечного тракта, интубацию кишечника по устранении раннего пареза кишечника, несостоятельности анастомоза. При толстокишечных анастомозах декомпрессию проводят толстыми резиновыми трубками, введенными через прямую кишку за линию анастомоза.

В клинике БСМП с 1976 по 2010 г. произведено восстановление непрерывности толстой кишки у 281 больных различными типами колостом. Возраст больных был от 16 до 80 лет. Показаниями к наложению колостомы были различные заболевания и травмы толстой кишки. Наибольшую группу составили 154 больных со злокачественными опухолями толстой кишки. Пристеночная и петлевая колостомы были сформированы у 97 больного, это 1-я группа. Двустольная раздельная колостома после резекции сегмента ободочной кишки у 38 пациентов - 2-я группа. Одноствольная концевая колостома после операции Гартмана у 146 больных составили 3-ю группу. Способ восстановительно-реконструктивной операции выбирался с учетом типа сформированной колостомы, характера параколостомических осложнений, длины отключенной кишки, изменений в ней. При восстановлении непрерывности толстой кишки у пациентов 1-й и 2-й групп использовали внебрюшинный и внутрибрюшинный способы. Основные этапы восстановительной операции: ушивание колостомы; выделение кишки из окружающих тканей стенки живота; краевая или циркулярная резекция кишки с колостомой и формирование анастомоза двумя и тремя рядами узловых швов. Для восстановления непрерывности толстой кишки у больных одноствольной концевой колостомой после операции Гартмана показана реконструктивная пластическая операция. Наибольшие трудности обычно возникают при формировании колоректального анастомоза после операции Гартмана, когда культя прямой кишки длиной не более 10см. Осмотр определялся течением послеоперационного периода. Через 1-6 месяцев после выписки из стационара, осматривали больных с осложнением в ближайшем послеоперационном периоде, а через 12 месяцев

после операции осматривали всех пациентов. Часть пациентов оперированных ранее по поводу злокачественной опухоли толстой кишки госпитализировали в стационар. Изучали состояние анастомоза, функцию кишечника, состояние запирающего аппарата, а также возможность рецидива или метастазирования опухоли. Оценка основывалась по трехбалльной системе в зависимости от состояния больных и данных функционального исследования толстой кишки. Хорошими результатами считали в тех случаях, когда восстановительный период нормализовался при проведении пассажа содержимого по толстой кишке и пациенты возвращались к труду. Удовлетворительными признавали если восстанавливался пассаж бария, но имелось умеренное сужение анастомоза и больным необходимо было применять бужирование. Пациенты этой группы в связи с периодическими нарушениями пассажа по толстой кишке были ограниченно трудоспособными. Неудовлетворительными результатами считали такие, при которых вследствие послеоперационного осложнения или рецидива основного заболевания возникала необходимость в повторном оперативном пособии. В заключении следует отметить, что после восстановительно-реконструктивных операций у больных с колостомой наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде были вентральные послеоперационные грыжи, осложнения свойственные многим травматическим абдоминальным операциям. Применение в хирургической практике обоснованных методов восстановительно-реконструктивных операций позволяет реабилитировать с хорошими и удовлетворительными результатами 98,2% оперированных.

#### Литература:

1. Клиническая хирургия: национальное руководство + CD: в 3-х томах. – М.: ГЭОТАР – Мед. – 2008. Т. 1. – 864 с
2. Хирургические болезни: Учебник + CD: в 2-х томах./ под ред. В.С. Савельева и др. – М.: ГЭОТАР – Мед. – 2008. Т. 1. – 608 с.; Т. 2. – 400 с
3. Назаров Л.У. Восстановительные операции на толстой кишке. Ереван, 1978.
4. Федоров В.Д., Рудин Э.П., Воробьев Г.Я. Вестник хирургии - 1981, № 4, с. 53-58.
5. Criado F. I., Wilson T. H. Amer. Surg., 1981, vol. 47, p. 366-367.
6. Francillon J., Tissot E., Baudet B. - Lyon chir., 1974, vol. 70, p. 132-134.

УДК 616.711-001:617-089.5

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

П. Г. Есенжолов

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск

*Авторлар көптеген жарақат туралы жасалатын жедел операциялар кезіндегі жүргізілген анестезиологиялық жәрдемге ғылыми сипаттама берген. Әртүрлі қурастырылған анестезия әдістеріне салыстырмалы баға бергенде, көптеген жарақатта көлемді хирургиялық кіріспелер мүмкін екендігін дәлелдейді. Бірақ ол кезде гемодинамиканың жағдайына және операцияның ауырлығына қарап анестетиктерді таңдап қолдану керек.*

*The authors reported the analysis of anaesthesiological management of one-moment emergency operations in polytrauma. Making the comparison evaluation of different methods of combined anaesthesia authors concluded, that widening surgical interventions in polytrauma it possible. But only it necessary using the combination of some anesthetics in depend from hemodynamic condition and operation complexity. The infusion therapy must performed in moderate hem dilution regime with blood last replace.*