

## ВОСТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КИШЕЧНИКЕ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

<sup>1</sup> *Смотрин С.М., <sup>1</sup>Колоцей В.Н., <sup>2</sup>Страпко В.П.*

<sup>1</sup> *УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

<sup>2</sup> *УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.  
Гродно», Республика Беларусь*

**Актуальность.** В современной абдоминальной хирургии формирование кишечной стомы порой является единственным способом спасения жизни пациента. В настоящее время количество таких пациентов не уменьшается. В Европе стомированные больные составляют 0,1-0,2% от населения [4]. Подобного рода вмешательства, избавляя пациентов от основного заболевания, приводят к их инвалидизации. Илеоколомия снижает качество жизни пациента, требует значительных затрат медикаментов, перевязочного материала и предметов ухода. Наличие кишечной стомы приводит к тому, что больные отказываются от приобретенной профессии, избегают общения, страдают морально и физически [2]. Нередко наличие кишечные стомы сопровождаются такими осложнениями как: парастомические грыжи, выпадение и стриктуры кишки, причиняющие еще больше неудобств пациенту [1]. В связи с этим восстановление целостности кишечного тракта приобретает большое значение для социально-трудовой реабилитации и улучшения качества жизни таких пациентов [2, 3, 4]. Актуальность проблемы связана также с разноречивостью мнения о сроках оперативного вмешательства и способах восстановления непрерывности кишечника. Большинство хирургов операцию по закрытию илео-коломом производят через 6-12 месяцев после их наложения [3]. Объясняют это тем, что до шести месяцев сохраняются воспалительные изменения со стороны кишечника и брюшной полости. Другие авторы считают, что через 9-12 месяцев наступает атрофия слизистой кишки, что может отрицательно сказаться на результатах восстановительных операций [2, 4]. При закрытии двуствольных стом до настоящего времени конкурируют два основных способа хирургического вмешательства: вне- и внутрибрюшной. Сторонники внебрюшного способа считают, что он менее сложен и опасен в отношении инфицирования брюшной полости. Их оппоненты считают внутрибрюшной метод более радикальным [1, 2, 4]. Преимущества его в том, что эффективнее устраняются все рубцовые деформации как приводящего, так и отводящего отделов стомы, под контролем зрения ликвидируется «шпора».

**Цель.** Провести анализ причин формирования кишечных стом и оценка результатов хирургической реабилитации стомированных пациентов.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 115 пациентов, которым были выполнены восстановительные операции в связи с наличием у них ранее сформированных илео-коломом. Из них женщин было 39

(33,9%), мужчин - 76 (66,1%). В трудоспособном возрасте находились 57% пациентов. Восстановительные операции выполнены в сроки от 1,5 до 9 месяцев после перенесенной первичной операции. Сроки выполнения восстановительных операций отличались в зависимости от причины и уровня стомирования кишечного тракта. Более длительный промежуток времени соблюдался у онкологических пациентов. В большинстве случаев (81,2%) стома функционировала от 3 до 6 месяцев. По типу кишечные стомы распределились так: концевая илеостома – 9,8%, цекостома – 1,4%, петлевая трансверзостома – 7,0%, концевая трансверзостома – 17,5%, петлевая сигмостома – 12,6%, концевая сигмостома – 51,7%. Все пациенты, подлежащие восстановительному хирургическому лечению, были тщательно обследованы. Наряду с оценкой общего состояния, клинических и биохимических показателей крови, проводилось исследование состояния приводящего и отводящего отделов кишки. С этой целью проводились: пальцевое исследование стомы, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, оценка функции запирающего аппарата прямой кишки. Больные, ранее оперированные по поводу злокачественных новообразований, дополнительно обследовались с целью исключения рецидива и метастазов рака. Важным моментом являлось выявление имеющихся парастомических осложнений.

**Результаты.** Анализ медицинской документации позволил выявить следующие причины формирования стом: опухоль толстой кишки – 59,9%, закрытые и открытые травмы живота – 10,1%, спаечная кишечная непроходимость – 2,3%, ущемленные грыжи с некрозом кишки – 6,9%, заворот кишечника с некрозом – 2,3%, острая сосудистая недостаточность кишечника – 3,5%, деструкция кишки при панкреонекрозе – 1,2%, деструкция кишки при болезни Крона – 2,3%, осложнения дивертикулярной болезни – 6,9%, перфорации кишечника другого генеза (инородные тела, острые язвы, ятрогения) – 4,6%. В 112 случаях пациентам были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением различных видов анастомозов. В 3-х случаях от восстановительной операции вынуждены были отказаться: у 2-х пациентов – из-за выявленного во время операции канцероматоза, а у одного пациента с концевой трансверзостомой – в связи с тяжелейшим адгезивным процессом в брюшной полости. Выполняя восстановительные операции, мы отдавали предпочтение внутрибрюшному способу. При петлевых колостомах операцию начинали с тщательного ушивания свищевого отверстия узловыми швами, при строгом соблюдении асептики. Далее овальным разрезом вблизи стомы производили выделение кишечной стенки из рубцов и сращений в подкожной клетчатке, рассекали мышцы и апоневроз. В брюшной полости, как правило, имелся довольно выраженный спаечный процесс. Мобилизовали приводящий и отводящий отделы стомы на протяжении 5-6 см в обе стороны. Если была сохранена задняя стенка кишки, то после иссечения ее краев вместе с кожным лоскутом ушивали кишку с формированием анастомоза в 3/4 по Мельникову

(4,5% пациентов). Чаще задняя стенка стомы была настолько рубцово изменена, что сохранить ее не удавалось (9,8% пациентов). Производили краевую или циркулярную резекцию концов двуствольной колостомы в пределах неизменной кишечной стенки. Затем формировали межкишечный анастомоз по типу конец в конец или конец в бок. У пациентов с концевыми стомами, выведенными на различных участках передней брюшной стенки, при необходимости мобилизации кишечника на более значительном протяжении последовательность выполнения операции иная. После ушивания свищевого отверстия производили срединную лапаротомию (85,7%). Закончив ревизию брюшной полости, приступали к мобилизации приводящего и отводящего отделов кишки, выделяя их из сращений, в том числе и с париетальной брюшиной передней брюшной стенки. Затем выполняли сезекцию сегмента кишки с формированием межкишечного анастомоза по типу «конец в конец» или «конец в бок». При наличии параколостомической грыжи после формирования анастомоза грыжевой мешок иссекали и производили мышечно-апоневротическую пластику передней брюшной стенки. Наиболее частым осложнением после восстановительных операций явилось нагноение послеоперационной раны – 12,5%, которое было в дальнейшем ликвидировано местными лечебными манипуляциями. Несостоятельность кишечного анастомоза возникла у 8 (7,1%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,6%.

**Выводы.** Восстановительные операции на кишечнике являются важным этапом медико-социальной реабилитации стомированных пациентов успех которых в значительной степени определяется правильностью выбора срока их выполнения, качеством предоперационной подготовки, адекватностью метода хирургического вмешательства и техники его проведения.

### **Литература.**

1. Гапонов, А.В. Лечение и реабилитация больных с колостомой // Клін. хірургія. - 2003 - №11. - С. 140-142.
2. Колоректальный рак / А.В.Воробей [и др.]; под ред. А.В. Воробья. - Минск: Зорны верасень, 2005. - 160 с.
3. Севостьянов, С.И. Сравнение качества жизни больных, перенесших превентивную трансверзостомию и илеостомию/ С.И. Севостьянов, С.В.Чернышов // Колопроктол. - 2006. - Т. 17, № 3. - С. 40-44.
4. Colon recanalization after Hartmann's procedure. A challenge for the surgeon or a strategy to be changed? / C. Griffa [et al.] // Minerva Chir. - 2004. - Vol. 59, N 5. - P. 489-493.