

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У КОЛОСТРОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Милица Н. Н., Торопов Ю. Д., Кащенко-Боган В. Г., Козлов В. Б., Давыдов В. И.

Кафедра хирургии I Запорожского государственного института усовершенствования врачей

Рост заболеваний толстой и прямой кишки привел к значительному увеличению числа больных, во время операции которым был сформирован искусственный задний проход на передней брюшной стенке [1, 2, 4].

Эти вынужденные операции производятся по жизненным показаниям при раке прямой и ободочной кишки, при острой толстокишечной непроходимости, осложненном дивертикулёзе толстой кишки, травмах и других заболеваниях толстого кишечника [1, 2, 3].

Наличие неуправляемой колостомы приводит к стойкой инвалидности, наносит больным моральные и физические страдания.

Многие больные с колостомами нуждаются в выполнении реконструктивных и восстановительных операций, что дает возможность им вернуться к трудовой деятельности.

Однако данные литературы и наши наблюдения показывают, что при оперативном лечении колостромированных больных часто отмечаются послеоперационные осложнения (от 25% до 50%) и высокая летальность (2,5-4,8%) [1, 4].

Под нашим наблюдением в проктологическом отделении с 1979 по 1998 годы находилось 404 больных, которым при различных заболеваниях наложены колостомы. Возраст больных колебался от 14 до 86 лет.

По поводу рака прямой и ободочной кишок колостомы наложены 365 (90,6%) больным. Среди них 102 (27,9%) пациентам в связи с наличием отдаленных метастазов выполнены паллиативные операции. Эти больные оперировались в срок от 4 месяцев до 1 года после появления первых симптомов заболевания. Причинами запущенности рака чаще всего являлась поздняя обращаемость больных за медицинской помощью. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе составили 3,4%.

С явлениями острой и частичной толстокишечной непроходимости поступили 12,9% больных.

При перфорации дивертикулов толстого кишечника с развитием перитонита колостомы были сформированы у 9 (2%), при травмах толстого кишечника - у 22 (5,5%) больных.

Колостомы располагались в левой подвздошной области у 75,9%, в мезогастральной области у 5,2%,

в левом подреберье у 0,09%, по средней линии живота - у 8 пациентов. Цекостомы выявлены у 3% больных. Одноствольные колостомы были сформированы 270, петлевые - 92, плоские разгрузочные колостомы - 20 больным.

Реконструкции колостомы осуществляли по поводу их стеноза у 27, по поводу выпадения слизистой - у 5, а по поводу параколостомических грыж - у 3 больных.

Восстановление пассажа кишечного содержимого произведено 47 больным в возрасте от 14 до 65 лет.

После травматических повреждений толстого кишечника восстановительные операции проводили после стихания воспалительных явлений в брюшной полости в срок от 3 до 6 месяцев.

Больным, которым колостома была наложена по поводу онкологических заболеваний, восстановление пассажа толстокишечного содержимого производили в срок от 6 месяцев до 1 года.

При установлении показаний к проведению восстановительных операций учитывали причины наложения колостом, общее состояние больного, состояние оставшихся отделов толстого кишечника, возможность их нормального функционирования, состояние замыкательного аппарата кишки, возможность выполнения операции из-за размеров и особенностей кровоснабжения оставшихся участков кишки.

Проведение восстановительных операций требует высокой хирургической техники из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости, большого диастаза между культами толстого кишечника, трудности нахождения культы прямой кишки и сложности наложения анастомозов в малом тазу. Поэтому данная операция может выполняться только опытным хирургом в специализированном отделении.

Среди наших больных двухрядный ручной шов толстой кишки конец-в-конец был наложен 23, конец-в-бок - 16 пациентам. Аноректальный анастомоз с низведением толстого кишечника осуществлен 8 больным. Иссечение избытка слизистой осуществляли через 2 недели. Внебрюшным способом ликвидировали колостому у 7 больных. Аппаратный шов применен у 6 больных. Привентивные колостомы

наложены 3 больным, которые ликвидировали в срок от 3 до 6 месяцев.

Осложнения после восстановительных операций наблюдались у 16 (34,0%) больных; нагноение срединной лапаротомной раны - у 4, нагноение раны в области бывшей колостомы - у 7, абсцесс малого таза - у 1, несостоятельность толстокишечного анастомоза с формированием калового свища - у 1 и анастомозит - у 2 больных. После наложения аноректального анастомоза наблюдали недостаточность анального жома I-II степени практически у большей части больных в течение 5-6 месяцев.

Летальных исходов после реконструктивных и восстановительных операций не наблюдали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров В. Д., Рудин Э. П., Воробьев Г. И. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана//Хирургия. - 1980. - № 7. - С. 3-7.
2. Рудин Э. П., Воробьев Г. И., Турутин А. Д. Восстановительные операции у больных с двухствольной колостомой: Метод. рекомендации. - М. - 1980.
3. Сохатудинов В. Г., Талипов Р. Л. Причины осложнений после восстановительных операций у больных, перенесших резекцию прямой кишки по гартману с оставлением короткой культи. Пути снижения частоты осложнений//Вестник хирургии. - 1990. - № 3. - С. 31-35.
4. Сохатудинов В. Г., Хидиятов И. Х., Темербулатов В. Ш., Талипов Р. Л. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана//Хирургия. - 1991. - № 2. - С. 59-61.

РЕЗЮМЕ

Реконструктивні та відновлюючі операції у колостомованих хворих

Милиця Н.Н., Торопов Ю.Д., Кащенко-Боган В.Г., Козлов В.Б., Давидов В. І.

Під спостереженням перебували 404 хворих, котрим при різних захворюваннях накладені колостоми. Ускладнення після відновних операцій спостерігались у 16 хворих, летальних наслідків не було. Відновні операції слід проводити в спеціалізованих відділеннях не раніше, ніж через 5-8 місяців після накладення колостом.

SUMMARY

Reconstruction and rehabilitation operations in colostomated patients

N.N. Militsa, Yu.D. Toronov, V.G. Kashchenko-Bogan, V.B. Kozlov, V.I. Davydov

404 patients have been observed which had colostomies for different diseases. Complications after the rehabilitation operations were observed in 16 (34.0%) of patients, lethal outcomes had not been stated. The rehabilitation operations are to be performed in specialised departments not earlier than after 5-8 months after colostomy.