



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (75) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (75)

2025

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-006.6

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Мамедов Н.И. e-mail: dr.nazim@inbox.ru

Ширинов З.Т., e-mail: dr.zerraf.shirinov@gmail.com

Мамедов Е.Х. e-mail: dr.elvin.87@mail.ru

Научный центр хирургии им. М.А. Топчубашева (директор- Агаев Р.М.) Баку,
Азербайджан Баку, ул. Аббаса Мирзы Шарифзаде, 196 тел: +994 12 430 52 52

✓ Резюме

Проведен ретроспективный анализ хирургической реабилитации 379 пациентов, которым из них у 181 выполнено восстановление непрерывности кишечника с ликвидацией стомы. При использовании видеоассистированного доступа (n=8) хорошие результаты получены у 7(87,5%), неудовлетворительные- у 1(12,5%), перистальтика кишечника восстанавливается к первым (1-1) суткам, доля осложнений не превышает 0,6 %, до 15,5 суток сокращается период нахождения в стационаре в сравнение с контрольной группой. В группе больных, которым была выполнена общепринятая методика(n=149) хорошие результаты получены у 142(95,3%), удовлетворительные- у 5(3,4%), неудовлетворительные- у 2(1,3%). В группе больных, которым была оперировано усовершенствованными методами(n=24) хорошие результаты получены у 24(100%) пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, стома, восстановление непрерывности, видеоассистированный доступ.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF COMPREHENSIVE REHABILITATION OF STOMATED PATIENTS

Mammadov N.I. e-mail: dr.nazim@inbox.ru

Shirinov Z.T. e-mail: dr.zerraf.shirinov@gmail.com

Mammadov E Kh. e-mail: dr.elvin.87@mail.ru

Scientific Surgical Center named after acad. M.A. Topchubashov (director- prof
Agayev R.M.), Baku, Azerbaijan. Baku, st. Abbas Mirza Sharifzadeh, 196 tel: +994 12 430 52 52

✓ Resume

A retrospective analysis of surgical rehabilitation of 379 patients was conducted, 181 of whom underwent restoration of intestinal continuity with stoma elimination. When performing restorative intervention using video-assisted access (n = 8), good results were obtained in 7 (87.5%), unsatisfactory - in 1 (12.5%), intestinal peristalsis is restored by the first (1-1) day, the proportion of complications does not exceed 0.6%, the period of hospital stay is reduced to 15.5 days in comparison with the control group. In the group of patients who underwent the generally accepted technique (n = 149), good results were obtained in 142 (95.3%), satisfactory - in 5 (3.4%), unsatisfactory - in 2 (1.3%). In the group of patients who underwent surgery using improved methods (n = 24), good results were obtained in 24 (100%) patients.

Key words: rehabilitation, stoma, restoration of continuity, video-assisted access.

Актуальность

По данным литературы в последние годы возросло число больных, перенесших резекцию толстой кишки с формированием колостомы. Эта операция, избавляя от основного заболевания, вынуждает больных из-за неуправляемой дефекации отказаться от приобретенной профессии, приводят их к самоизоляции, расстройствам психики, инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции [11]. Несмотря на достижение значительного прогресса в

хирургии толстой кишки экстренные операции до 60% случаев завершаются наложением колостомы, а частота осложнений в области стомы как в раннем послеоперационном периоде, так и в более поздние сроки после операции, колеблется от 5,8 до 90,9%, что затрудняет реабилитацию данного контингента больных [1,6,10,11,12,14]. Реабилитация стомированных больных с восстановлением их активности в обществе и возобновлением трудовой деятельности является одной из приоритетных задач специалистов-колопроктологов [11,16]. Наиболее сложным и трудоёмким этапом является хирургическая реабилитация [9,17]. Перспективным направлением, демонстрирующим свою эффективность, в достижении этой задачи является разработка программ оптимизации периоперационного ведения стомированных пациентов с внедрением междисциплинарных подходов и технологий [2, 9, 19, 26]. Важным этапом реабилитации является информирование пациентов о характере основного заболевания, сути планируемого вмешательства, особенностях подготовки к операции и течению послеоперационного периода. Данные литературы последних лет свидетельствуют о том, что консультирование пациента на догоспитальном этапе уменьшает тревожность, снижает потребность в анальгетической терапии способствует более раннему восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта. Это способствует уменьшению количества осложнений и сокращает сроки пребывания больного в стационаре [25]. Оценка нутритивного статуса пациента позволяет уменьшить риск развития инфекции области хирургического вмешательства, несостоятельности межкишечных анастомозов. Согласно обществу European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) потеря 15 и более процентов массы тела за 6 месяцев, ИМТ ниже 18,5 кг/м², концентрация альбумина в плазме крови ниже 30 г/л являются предикторами развития послеоперационных осложнений и требуют коррекции [22, 23]. По данным зарубежных клинических исследований в качестве терапии применяются смеси для энтерального питания [20,22,23,29]. Многочисленные мультицентровые исследования опровергают эффективность традиционных рекомендаций с ограничением пациентов в диете за 48-72 часа до операции. Не находит обоснования и запрет на приём любых жидкостей за 8 часов до вмешательства [30]. Применение углеводсодержащих растворов перед оперативным вмешательством достоверно способствует ускоренному восстановлению моторики кишечника и уменьшает длительность госпитализации [30]. Рекомендации по уходу за колостомами до последнего времени в основном касались режима и характера питания, а также использования бандажей, повязок и пелотов для предотвращения загрязнения одежды [13]. Подобный подход может удовлетворить лишь малую часть пациентов, у которых имеется установившаяся регулярная функция кишечника. Большинство же оперированных больных страдают от неконтролируемого выделения кала и газов, сопровождающееся зловонным запахом кишечного содержимого. Это указывает на важность полноценной реабилитации колостомированных пациентов. Известные отрицательные моменты наличия кишечной стомы вынуждают в последующем этим пациентам проводить восстановительные или реконструктивно-восстановительные операции, нацеленные на полную реабилитацию больных [3,4,5]. Сроки выполнения реконструктивно-восстановительных операций на кишечнике представляют собой сложный и окончательно нерешённый вопрос колопроктологии [15]. В настоящее время антибиотикопрофилактика у пациентов перед реконструктивно-восстановительными операциями с ликвидацией стомы является рутинной мерой предупреждения развития гнойно-инфекционных осложнений, частота которых может достигать 15% [8, 9, 18, 24]. Согласно публикациям отечественных и иностранных исследователей описано более 20 различных схем предоперационной антибиотикопрофилактики. Однако убедительных преимуществ какой-либо одной из них нет, и авторы указывают на потребность изучения этого вопроса в дальнейшем, в том числе с точки зрения медико-экономической эффективности [18,24,27,28]. Имеются клинические исследования, демонстрирующие эффективность однократного введения антибиотиков непосредственно перед началом операции сравнимую с полным послеоперационным курсом антибиотикотерапии [27]. В большинстве клинических рекомендаций оптимальным считается введение за 30 - 60 минут до разреза кожи [7,21]. При наличии факторов риска - длительности оперативного вмешательства более 120 минут и массивной кровопотере необходимо повторное интраоперационное введение антибактериального препарата с учётом его периода полувыведения [7]. Следует отметить, что ликвидация колостомы является единственным методом полноценной реабилитации больных,

которой не лишен послеоперационных осложнений, среди которых чаще встречаются несостоятельность швов анастомоза (3-23% случаев) и нагноение послеоперационной раны (25-60% случаев). Летальность при проведении таких операций варьирует от 0,4 до 5,2% [3,13]. Дальнейшая оптимизация методов предоперационной подготовки, уточнение показаний и сроков проведения восстановительных операций, совершенствование техники восстановительных операций и способов профилактики развития послеоперационных осложнений не теряют актуальности до настоящего времени. Таким образом, восстановительные вмешательства у больных с различными видами колостом являются актуальной проблемой колопроктологии.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов восстановительных операций у колостомированных больных.

Материал и методы

Исследование основано на материале реабилитации 789 больных, которым в отделении колопроктологии при НЦХ им.акад. М.А. Топчибашева г Баку в течение последних 15 лет. Из них у 379 (48,0%) больным была сформирована стома. 410 (52,0%) больным оперативные вмешательства были завершены: удалением патологического очага с наложением первичного межкишечного анастомоза. В контрольную группу вошли 217(57,3%) пациентов, которым сформирована стома реабилитационные мероприятия проводились децентрализованно в условиях хирургических кабинетов и стационаров городских и районных больниц. Основную группу составили 162(42,7%) пациентов, которым сформирована колостома в период с 2008 по 2023 годы. Этим пациентам реабилитационные мероприятия проводились под нашим контролем. Возраст больных составил от 19 до 81 лет. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах составило 1,5:1. Во всех группах преобладают лица мужского пола. Мужчины было 226 (59,3%), женщин было 153(40,7%). Среди пациентов контрольной группы 132 (60,8%) пациентов были мужчины, а женщины -85 (39,2%). В основной группе мужчин было 94 (58,0%), женщин – 68 (42,0%). Средний возраст контрольной группы составил $58,5 \pm 15,3$ года, основной – $60,7 \pm 13,4$ лет. Подавляющее большинство пациентов в обеих группах находятся в возрасте 60–79 лет. Причинами наложения илео- или колостомы послужили заболевания: злокачественные новообразования толстой кишки 228(60,2%),кишечная непроходимость 39(10,3%), осложненная дивертикулезная болезнь 34(9,0%) , неспецифический язвенный колит 23 (6,1%), травма толстой кишки 17(4,5%), диффузный полипоз 8(2,1%),и болезни Крона 7(1,8%) , заворот сигмовидной кишки 3 (0,8%), прочие 20(5,2%) Таблица 1. Среди больных с кишечной стомой преобладали лица трудоспособного возраста 284(74,9%), что говорит о социальной значимости рассматриваемой проблемы.

Таблица 1 Причины формирования кишечных стом

№	Причина наложения стомы	Кол-во пациентов %
1	Злокачественные новообразования толстой кишки	228(60,2%)
2	Кишечная непроходимость	39(10,3%)
3	Осложненная дивертикулезная болезнь	34(9,0%)
4	Неспецифический язвенный колит	23(6,1%)
5	Травма толстой кишки	17(4,5%)
6	Диффузный полипоз	8(2,1%)
7	Болезни Крона	7(1,8%)
8	Заворот сигмовидной кишки	3(0,8%)
9	Прочие	20(5,2%)
10.	ВСЕГО	379(100,0%)

Оперативные вмешательства были завершены: удалением патологического очага с выведением илеостомы -93 (24,5%) из них: постоянный 15(16,1%), временный 53(57,0%), превентивный -25(26,9%). Концевой илеостомы- 83(89,2%), петлевой-9(9,7%), пристеночной - 1(1,1 %) больным. Оперативные вмешательства были завершены: удалением патологического очага с выведением колостомы - 286 (75,5%) из них: постоянный-81(28,3%), временный - 201(70,3%), превентивный – 4(1,4%) больным. Концевой стомы - 263 (92,0 %); петлевой -18 (6,3

); пристеночной - 5(1,7 %). Среди всех пациентов, которые наблюдались, преобладали больные, имеющие сигмостому-126(33,2%), илеостомы-93(24,5%), колостомы-65(17,2%). Трансверзостома была применена у 38(10,0%), десцендостома у 19(5,1%),цекастома у 10(2,6%), ассендостома - у 4(1,1%),формирование J-образного резервуара с илеостомией-у 2(0,5%), видеоассистированная стомиа -у 22 (5,8%) больных (табл. 2).

Таблица 2 Вид кишечной стомы

№	Вид кишечной стомы	Количество пациентов %
1	Сигмостома	126(33,2%)
2	Илеостома	93 (24,5%)
3	Колостома	65(17,2%)
4	Трансверзостома	38(10,0%)
5	Десцендостома	19(5,1%)
6	Цекостома	10(2,6%)
7	Ассендостома	4 (1,1%)
8	Видеоассистированная стомиа	22(5,8%)
9	Формирование J-образного резервуара с илеостомией	2 (0,5%)
10.	ВСЕГО	379(100,0%)

Предоперационное обследование выполнялось в амбулаторных и стационарных условиях и включало подробный сбор жалоб и анамнеза пациента, физикальный осмотр, клинические и биохимические анализы крови. Видеоэндоскопия - anosкопия и колоноскопия. Определение длины дистальной культы кишки, выявление признаков рецидива или прогрессирования злокачественных новообразований, оценка спаечного процесса в брюшной полости проведены при помощи лучевых методов исследования: ирригоскопия; проктография; ультразвуковое исследование (УЗИ); компьютерная томография органов брюшной полости (КТ); магнитно-резонансная томография (МРТ). При наличии сопутствующей патологии пациенты осмотрены профильными специалистами: терапевтом, урологом, онкологом, колопроктологом, гастроэнтерологом, гинекологом и т. д. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 20.0. В клинике при оказании помощи больным колопроктологического профиля используется протокол ускоренного восстановления после хирургических вмешательств, основанный на рекомендациях Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society [26]. В него включены: дооперационное информирование пациента; отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством; предоперационная подготовка кишечника; антибиотикопрофилактика; адекватный объем инфузионной терапии в периоперационном периоде; минимизация разреза (применение видеоассистированного доступа, мини-лапаротомии); применение неопиоидных анальгетиков и пролонгированной перидуральной анестезии в послеоперационном период; отказ от длительного использования назогастрального зонда, дренажей, мочевого катетера; раннее начало послеоперационного питания; ранняя мобилизация больного и др. На выбор хирургического вмешательства влиял характер первичного заболевания, объем предыдущих оперативных вмешательств, тип стомы, наличие парастомальных осложнений, возраст, наличие сопутствующей патологии, риск анестезии и др. Оценка эффективности реабилитации стомированных пациентов проведена на основании анализа результатов течения послеоперационного периода. Исследование выполнено на базе отделений колопроктологии «НЦХ» им.акад. М.А. Топчибашева с одобрением этического комитета, при соблюдении этических норм, изложенных в Хельсинской декларации и Директивах Европейского Союза (8/609ЕС), с получением добровольного информированного согласия на проведение хирургических вмешательств и участие в комплексном исследовании.

Результат и обсуждение

Результаты предоперационного обследования влияли на выбор методики проведения восстановительной операции. Хронические заболевания в анамнезе имелись у 95(25,0%)

пациента, при этом сочетание двух и более нозологических единиц наблюдалось у 29(7,7%) пациентов. Наиболее часто отмечены заболевания сердечно-сосудистой -45(47,4%), сахарный диабет II типа-18(18,9%), вирусный гепатит С-8(8,4%), грыжи передней брюшной стенки-5(5,3%), пищеварительной- 3(3,2%) и др. Одним из факторов риска развития послеоперационных осложнений у данного контингента больных, является высокая микробная обсеменённость толстой кишки. Для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений и оптимального их лечения, с целью проведения рациональной антибиотикотерапии, нами было проведено исследование на чувствительность штаммов, высеянных из биопатов, взятых со слизистой колостомы (n= 6) и выделений го послеоперационной раны (n=5) к 18 антибиотикам. Проведенные исследования слизистой стомы показали, что, в основном выделялась грамотрицательная микрофлора, среди которой чаще высеивались *E.coli*, которая обнаружена в 6 (54,5%) случаях, *Proteus* в 2(18,2%) случае. Представителями грамположительной микрофлоры являлся *S.aureus*, который высеивался в 3 (27,3%) случаях из выделения нагноившейся основной раны. С целью профилактики патологических действий анаэробы, которые составляют основную часть микроорганизмов толстой кишки, применяли раствор «метрогила» по 100 мл 3 раза в сутки в течение 5-7 дней. Антибиотикопрофилактика производилась у всех пациентов путем однократного внутривенного введения препарата за 30 мин до начала операции. Препаратами выбора были полусинтетические антибиотики широкого спектра действия цефалоспорины III поколения в комбинации с ингибитором бета-лактамаз (цефоперазон + сульбактам) в дозировке 2,0 грамма в сутки. Для достижения благоприятного результата оперативного вмешательства важное значение имеет не только качество механической очистки, приводящей и отключённой части толстой кишки, но и наличие воспалительных и атрофических изменений в стенке кишечника в области наложенного анастомоза. С целью оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций у стомированных больных и методов предоперационной подготовки, нами тоже было проведено патогистологического исследование у всех больных с разными заболеваниями и вида кишечной стомы. Ультразвуковое исследование как простой, доступный, неинвазивный и объективный метод исследования широко применяли при обследовании 83(21,9%) больных для диагностики других патологических состояний органов брюшной полости, в том числе толстой кишки и выявления метастазов в предоперационном периоде. В 10 случаях установлены признаки выраженного пареза кишечника и в 2 случаях- признаки несостоятельности анастомоза. Колоноскопия была выполнена 214 (56,5%), ректоскопия-3(0,8%), аноскопия-3(0,8%) больным. Эндоскопическое исследование позволило выявить у 7(3,2%) стомированных больных признаки диверсионного колита отключенного сегмента. Воспалительные изменения слабой степени активности обнаружены у 3 (42,8 %), умеренной степени - у 2 (28,6%), признаки выраженного активного воспаления - у 2 (28,6%) обследованных. Проведение проктографии 2 (7,4 %), аноскопию 3(11,1%), колоноскопию 22 (81,5%) больным позволило установить, что длина дистальной отключенной культы кишки составляла: до 10 см - у 3 (11,1 %); от 10 до 15 см - у 5 (18,5%); от 15 до 20 см -у 9 (33,3 %); более 20 см - у 10 (37,1 %) пациентов. У всех исследованных перед восстановительным вмешательством пациентов выявлена недостаточность анального сфинктера (НАС): у 1(0,6 %) выявлена -НАС сфинктера III степени. КТ была выполнена 158(41,7%), МРТ-21(5,5%) больным. Немаловажное значение в улучшении непосредственных результатов хирургического лечения больных с колостомой имеет проведение адекватной предоперационной подготовки кишечника к реконструктивно-восстановительной операции. Она применяется в целях опорожнения содержимого кишки для минимизации риска развития гнойно-инфекционных осложнений и профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза, а также даёт возможность интраоперационного проведения эндоскопического исследования, облегчает манипуляции с кишкой в брюшной полости. Качество подготовки кишечника к вмешательству принято считать предиктором возможности безопасного формирования толстокишечного анастомоза и влияющим на риск развития нарушения моторики желудочно-кишечного тракта и гнойных осложнений. При подготовке приводящей кишки для восстановительной операции в 137(75,7%) больным было рекомендовано в течение 5-6 дней безшлаковая диета и за 3 дня до операции проводили ежедневное промывание приводящей кишки через стому 2 раза в сутки. В остальных 44(24,3%) случаях за 2-3 дня до операции ежедневно вечером проводили очищения этой часть кишки с использованием препарата «Пикопреп» или «Фортаранс» по 1л (1 пакетик) в день и утром

накануне операции по 2л. (2 пакетика). Отводящую петлю при частичном сохранении непрерывности кишки (n=18) готовили с применением ежедневной очистительной клизмы 2 раза в сутки. Для подготовки отключённой части кишки в 15 случаях с целью восстановления тонуса и снятия воспалительных явлений, через культю отводящей петли кишки ежедневно в течение 7-10 дней проводили гидростимуляцию и механическую её очистку с помощью настоя ромашки, зверобоя, 0,1% марганце-вокислого калия или фурацилина.

Таблица 3 Критерии «индекса восстановления непрерывности кишки у колостомированных больных

№	Необходимые критерии	Баллы
1 а	Наложение стомы по поводу опухолевых заболеваний	++
б	Наложение стомы по поводу неопухолевых заболеваний	+
а	Колостома без нарушения непрерывности кишки	+
2 б	Колостома с нарушением непрерывности кишки (одноствольная)	++
3	Наложение стомы с целью дезинтоксикации организма при тяжёлом состоянии больного	+
4	Наложение стомы с целью снижения риска развития несостоятельности наложенного анастомоза.	+
5	Наложение стомы при обширной резекции кишки и наличие выраженного воспалительного процесса в брюшной полости	+++
6	Радикальное проведение первичной операции	+
а	Отсутствие параколостомических осложнений	+
7 б	Наличие параколостомических осложнений (воспалительные)	++
а	Отсутствие общехирургических осложнений	+
8 б	Наличие общехирургических осложнений (воспалительные)	++
9 а	Отсутствие сопутствующих заболеваний, влияющих на общее состояние пациента и функции кишечника	+
б	Наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на общее состояние пациента и функции кишечника	+++
10 а	Отсутствие других патологических процессов, снижающих репаративные и адаптационные возможности организма	+
б	Наличие других патологических процессов, снижающих репаративные и адаптационные возможности организма	+++
11 а	Нормальные показатели клинико-биохимических анализов крови и цитологические исследования	+
б	Наличие изменений со стороны клинико-биохимических анализов крови и цитологические исследования	++
12 а	Отсутствие признаков воспалительных изменений кишки при проведении инструментальных методов исследования (рентген,УЗИ, колоноскопия по показаниям)	+
б	Наличие признаков воспалительных изменений кишки при проведении инструментальных методов исследования (рентген,УЗИ, колоноскопия по показаниям)	++

Примечание: каждый «+» оценивался «1» баллом

Подготовки отключённой части кишки у остальных пациентов проводилось применением ежедневной очистительной клизмы 2 раза в сутки. При наличии признаков воспаления вокруг стомы назначена противовоспалительная терапия. Антибиотики в предоперационном периоде назначили только 19 больным, раннее имеющим сопутствующие патологии воспалительного характера, за 24 часа до начала операции. Остальным пациентам применение антибиотиков соответствовало началу проведения операции. Выполняемая в таком объёме предоперационная подготовка позволила провести восстановительные операции на более подготовленном уровне организма, и тем самым, уменьшить частоту послеоперационных осложнений. С целью определений более оптимального срока проведения реконструктивно-восстановительных операций у колостомированных больных и уменьшения частоты послеоперационных осложнений нами использован критерии «индекса восстановления непрерывности кишки», при котором необходимо учесть наличие или отсутствие представленных критериев, имеющих важное значение (табл.3).

При наличии суммы баллов менее 14 операцию проводили в раннем сроке (ранее 4 мес.) после наложения стомы, при сумме 14 и более баллов применяли выжидательную тактику и проводили соответствующую предоперационную подготовку, направленную на ликвидацию других патологических изменений. Все проведенные реконструктивно-восстановительные операции разделяли на «общепринятые» и «механические» с помощью сшивающих аппаратов и лапароскопические методы. Восстановительная операция с ликвидацией стомы выполнена 181 (47,8%) больным: из лапаротомного доступа - 163(90,1%); косоперемного (парастомального доступа) - 10(5,5%); видеоассистированная - 8(4,4%) оперированным пациентам. 156(86,2%) больным восстановительное хирургическое вмешательство проведено по поводу толстокишечной, 25(13,8%) - по поводу тонкокишечной стомы. Во время проведения реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке при наложении анастомоза, основной задачей является обеспечение надёжного гемостаза, повышение физиической и биологической герметичности анастомоза, которая значительно уменьшает риск развития несостоятельности швов, а формирование анастомозов общепринятым методом сопровождается высоким риском развития послеоперационных осложнений, которые составляют от 5 до 63% случаев. Учитывая вышеуказанные обстоятельства, высокую частоту заболеваний левой половины ободочной кишки и развития несостоятельности анастомоза, усовершенствованы существующие и разработан способ формирования толстопрямкишечного анастомоза по типу «бок в конец», при длинной культе прямой кишки по типу «бок в бок» 2-х рядными швами или с помощью сшивающих аппаратов, которые в значительной степени уменьшают частоту развития вышеперечисленных осложнений. Способ осуществляется следующим образом: после мобилизации стомы и отсечение избыток изменений ткани проксимальный конец толстой кишки зашивают наглухо. По передней её стенке, на 4-5 см выше культы, поперечным разрезом вскрывают кишечник, диаметр которого должен соответствовать диаметру культы прямой кишки. Накладывают толстопрямкишечный анастомоз «бок в конец» на 0,5 см от края стенки кишки 2-х рядными узлами, первый ряд внутрь, швом монофиламентными рассасывающимися нитями диаметром 3/0. Формирование анастомоза заканчивают трансанальной интубацией кишечника выше анастомоза. При данном способе, в отличие от существующих, при которых задняя стенка анастомоза остаётся свободной, надёжная физическая и биологическая герметичность анастомоза достигается за счёт создания дубликатуры задней стенки толстой кишки (задняя стенка анастомоза), являющейся наиболее слабым местом, при помощи передней стенки приводящей кишки. Благодаря данной методике повышается прочность анастомоза к внутрикишечному давлению, являющийся одним из основных патогенетических факторов развития несостоятельности. По этой методике оперировано 16 больных. Послеоперационных осложнений среди этих пациентов не наблюдалось. После мобилизации стомы и отсечение избыток изменений ткани «общепринятым» методом десендосигмоанастомоз «конец в конец» наложена –у 17, десендоректоанастомоз «конец в конец» -у 18, сигморектоанастомоз «конец в конец» -у 16, илеоректоанастомоз «конец в конец» –у 10, колоректоанастомоз «конец в конец» –у 8, трансверзосигмоанастомоз «конец в конец» -у 10, илеотрансверзоанастомоз «бок в бок» -у 8, закрытие цекстомы внебрюшинным способом -у 3, закрытие колостомы внебрюшинным способом -у 2 больным. Превентивная илеостомия была ликвидирована у 25, превентивная колостомия -у 4 пациентам. Осложнения среди пациентов, оперированных общепринятыми

методами (из 121 пациента) наблюдались в 5(4,1%) случаях (нагноение послеоперационный раны - 4, кровотечение из анастомоза-1). Особые трудности и сложности возникают во время наложения толстопрямкишечного анастомоза при низком расположении или истонченными стенками культи прямой кишки. Сложность формирования анастомоза в таких случаях обуславливает частое развитие несостоятельности швов сформированных анастомозов. В этих ситуациях нами разработана методика формирования толстопрямкишечного анастомоза по типу «конец в бок» с помощью сшивающих аппаратов или ручном 2-х рядным швом. В отличие от вышеописанного способа, при наложении соустья по данной методике культи прямой кишки не вскрывается. По передней её стенке, на 4-5 см ниже культи, поперечным разрезом вскрывают кишечник, диаметр которого должен соответствовать диаметру культи дистального конца толстой кишки. Накладывали толсто-прямкишечный анастомоз «конец в бок» на 0,5 см от края стенки кишки 2-х рядными узлами, первый ряд внутрь, или с помощью сшивающих аппаратов. Формирование анастомоза заканчивали трансанальной интубацией кишечника выше анастомоза. Данный способ позволяет сократить сроки заживления анастомоза, исключает развитие первичной непроходимости соустья, анастомозитов и несостоятельности швов. По этой усовершенствованной методике наложена сигморектоанастомоз «конец в бок» у 8 больных. Послеоперационных осложнений среди этих пациентов не наблюдалось. Десендоректоанастомоз с помощью сшивающих аппаратов «конец в конец» наложена у 13, сигморектоанастомоз «конец в конец» - у 6, сигморектоанастомоз «бок в конец» - у 3, илео-ректоанастомоз- 4, трансверзоректоанастомоз «конец в конец» - у 2 пациентам. Послеоперационных осложнений среди этих 28 пациентов наблюдалось у 2(7,1%) (несостоятельность анастомоза-1, несостоятельность анастомоза + нагноение послеоперационных ран-1, из них в одном случае наблюдалось сочетание этих двух осложнений). При восстановлении непрерывности кишечника лапаротомным методом средняя продолжительность операции составила 100(70-140) мин. Длительность пребывания в отделении анестезиологии и реанимации в послеоперационном периоде была равна 2(1-3) суткам. Восстановление функциональной активности кишечника в виде появления перистальтики происходило у этой группы пациентов в срок 1-е (1-2) сутки после операции. Отхождение газов отмечалось к 3-м (1-4) суткам, а первый стул - к 6-м (5-7) суткам. Восстановительное вмешательство из косопоперечного (парастомального) доступа проведено 10 (5,5 %) больным. Продолжительность оперативного вмешательства составила в среднем 75 (65-95) мин. В реанимационном отделении пациенты находились 0 (0-1) суток. К концу первых (1-1) суток появлялась активная перистальтика, на вторые (1-2) сутки начиналось отхождение газов, к четвертым (4-5) суткам - самостоятельное опорожнение кишечника. Средняя длительность госпитализации равна: 15,7 суткам в группе пациентов, оперированных видеоассистированным способом; оперированных открытым методом – 18,6 суткам; из парастомального доступа - 17,5 суткам. В группе больных, которым была выполнена открытая методика, наблюдалось 7 (4,0 %) осложнений в послеоперационном периоде. Послеоперационные осложнения, наблюдавшиеся в этой группе: частичная несостоятельность межкишечного анастомоза - у 2 (1,2 %); нагноение послеоперационной раны - у 5 (2,8 %). Видеолапароскопическим доступом оперированы 8(4,4%) больных. Продолжительность операции была равна 140 (125-160) мин. Период нахождения больных в отделении анестезиологии и реанимации оказался меньше, чем в группе пациентов, оперированных открытым доступом, и был равен 0 (0-1) суток. К первым (1-1) суткам послеоперационного периода происходило появление перистальтики кишечника, отхождение газов отмечено на вторые (1-2) сутки, первый самостоятельный стул на четвертые (4-5) сутки. У 1 (12,5%) пациентки на 2 сутки развились кровотечение из межкишечного анастомоза. Лечение в обеих группах потребовало повторного хирургического вмешательства. Оценка эффективности проведённого лечения и качества жизни больных проводилась в ближайшем послеоперационном периоде, т.е. во время нахождения пациента в стационаре, а осложнения, которые наблюдались у больных в этом периоде после проведения реконструктивно-восстановительных операций, считали ранними послеоперационными. Такие послеоперационные осложнения в наших наблюдениях имели место у 8 (4,4%) больных. При сопоставлении результатов оперативного лечения больных по частоте и тяжести ранних послеоперационных осложнений, а также длительности пребывания пациентов в стационаре в зависимости от времени проведения реконструктивно-восстановительных операций установлено незначительное превалирование осложнений среди пациентов, которые перенесли позднюю ликвидацию кишечной стомы. В

ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 1(3,6%) из 28 пациентов, оперированных в раннем сроке (до 4 мес. после проведения первичной операции) и 7 (4,6%) из 153 пациентов оперированных в позднем сроке. При интерпретации полученных результатов лечения, также установлена разница в частоте и тяжести ранних послеоперационных осложнений в зависимости от применяемого метода хирургической реабилитации пациентов, имеющих колостомы. У группы пациентов, которые перенесли реконструктивно-восстановительные операции по усовершенствованным нами методами (основная группа), в результате изменения принципов диагностики, ведения больных в пред-, интра- и послеоперационном периодах, разработки и выбора методов оперативных вмешательств, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались. Осложнения среди пациентов, оперированных общепринятыми методами (n=121) с наложением анастомоза ручном способом наблюдались в 5(4,1%), с помощью сшивающих аппаратов (n=28) в 2(7,1%), видеолaparоскопическими методами (n=8) в 1(12,5%) случаях. Клиническая оценка непосредственных результатов хирургического лечения после проведения реконструктивно-восстановительных операций проводилась по трём общепринятым традициям: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты, по непосредственному осмотру пациента и методом анкетного опроса. В группе больных, которым была выполнена общепринятая методика (n=149) хорошие результаты получены у 142(95,3%), удовлетворительные- у 5(3,4%), неудовлетворительные- у 2(1,3%). В группе больных, которым была выполнена видеоассистированная методика (n=8) хорошие результаты получены у 7(87,5%), неудовлетворительные- у 1(12,5%). В группе больных, которым была оперировано усовершенствованными методами(n=24) хорошие результаты получены у 24(100 %) пациентов. Качество жизни колостомированных больных также, оценивалось по критериям: участие в общественных культурных мероприятиях, появление семейных конфликтов, нарушение сна, аппетита, неконтролируемое выделение кала и выхождение газов, необходимость лекарственной регуляции функции кишечника и проведения очистительных клизм, сроки приступления к активной трудовой деятельности или переход на инвалидность. Произвольное выделение кала и газов заставляет этих пациентов самоизолироваться от общества, снижать активность посещения общественных культурных мероприятий. Из-за боязни отхождения кишечного содержимого из стомы, пациентам приходится спать в вынужденном положении, поэтому сон поверхностный, тревожный. У 107(28,2% обследованных стул был 1-2 раза в сутки, у 119(31,4%) – 3-4 раза, у 153(40,4 %) – >4 раз в сутки. У лиц контрольной группы астенизация нервной деятельности(головную боль, раздражительность, замкнутость, мнительность, вспыльчивость) установлена в 70(32,3%) случаев, среди них преобладали лица с осложненной колостомой. Наличие колостомы отразилось на семейном положении: 3 обследованных в возрасте до 35-40 лет после операции расторгли брак, у 38% ухудшились взаимоотношения в семье. В основной группе, которым оказывалась методическая помощь по разработанной системе, образ жизни в двигательном отношении был достаточно активным. Общественные места регулярно посещали 32,6% пациентов, тогда как в контрольной группе – всего лишь 13,2% (p >0,05). В основной группе 18,2% пациентов отметили ухудшение аппетита, 32,4% пациентов вернулись к прежней работе и 26,8% – перешли на другую, а в контрольной группе – только 8,5% пациентов после формирования стомы работали по прежней специальности, 37,8% лиц поменяли профессию, 53,1% человек после операции стали инвалидами. В основной группе их наблюдалось всего лишь 30,1% (p<0,05).

Заключение

Таким образом, применение новой технологии, реализация программы медико-социальной реабилитации обеспечивает более раннюю активизацию функциональной активности кишечника в послеоперационном периоде, достоверно снижает риск развития осложнений и сокращает длительность пребывания больного в стационаре и значительно улучшить качество жизни колостомированных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алиев Ф.Ш. Разработка способа хирургической реабилитации пациентов с кишечными стомами /Ф.Ш. Алиев, Е.Г. Бакшеев, М.А. Далгатова //Медицинская наука и образование Урала. 2010;11/2-2(62):9-10.
2. Ачкасов С.И. и др. Результаты внедрения программы ускоренного восстановления в колопроктологии /С.И. Ачкасов, Е.С. Суворегин, О.И. Сушков //Колопроктология 2018;2(64):32-38.
3. Гатауллин И.Г. и др. Анализ непосредственных и отдалённых результатов реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гартмана /И.Г. Гатауллин, М.М. Халиков //Колопроктология. 2016;1(55):22-26.
4. Гатауллин И.Г. и др. Сроки выполнения и объём хирургического вмешательства реконструктивно-восстановительного этапа после операций типа Гарт-манна /И.Г. Гатауллин, М.М. Халиков, Е.В. Козлова //Казанский медицинский журнал 2017;1(98):67-72.
5. Гиберт Б.К. и др. Особенности освоения лапароскопически-ассистированных восстановительных операций у больных после экстренных обструктивных резекций толстой кишки в региональной больнице /Б.К. Гиберт, И.А. Матвеев, Д.Т. Хасия //Колопроктология 2015;3(53):80-83.
6. Дейнека Н.В. Качество жизни пациентов со стомой кишечника в период реабилитации /Н.В. Дейнека //Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: сборник статей. – М., 2020; С. 171-174.
7. Затевахин И.И. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке /И.И. Затевахин, И.Н. Пасечник, С.И. Ачкасов //Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. 2016;1(129):8-21.
8. Зитта Д.В. и др. Клинико-биохимическая оценка эффективности программы оптимизации периоперационного ведения больных в плановой колоректальной хирургии /Д.В. Зитта, Н.А. Терёхина, В.М. Субботин //Колопроктология 2015;2(52):18-24.
9. Зитта Д.В. Оптимизация периоперационного ведения больных в плановой колоректальной хирургии [Текст]: дис. ... докт. мед. наук : 14.01.17 / Д.В. Зитта. - Пермь, 2019; 187 с.
10. Ильканич А.Я. и др. Хирургическая реабилитация больных с кишечными стомами /А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, Ю.С. Воронин. – Текст (визуальный): непосредственный //Вестник СурГУ. Медицина 2019;39(1):14-20.
11. Калашникова И.А. Научное обоснование организации медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / И.А. Калашникова. - М., 2015; 27 с.
12. Костенко Н.В. и др. Некоторые аспекты медико-социальной реабилитации больных с кишечными стомами /Н.В. Костенко, В.И. Есин, Ю.П. Титова. – Текст (визуальный): непосредственный //Колопроктология 2015;51(51): 119-120.
13. Клинические рекомендации по ведению взрослых пациентов с кишечной стомой «Ассоциация колопроктологов России» Москва 2013; 33 С.
14. Редькин А.Н., Конопина Ю.С., Черкасова И.И. [и др.]. Реабилитация стомированных больных с онкологическими заболеваниями Текст (визуальный): непосредственный //Паллиативная медицина и реабилитация. 2020;3:52-54.
15. Султанмурадов М.И. Комплексный подход к восстановлению непрерывности толстой кишки после выполнения обструктивной резекции (клинические, морфологические и микробиологические исследования): дис. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / М.И. Султанмурадов. - Ростов-на-Дону, 2015; 193 с.
16. Суханов В.Г. Социологическая модель инновационного управления социальной реабилитацией стомированных инвалидов [Текст]: дис. ... докт. мед. наук : 22.00.08 / В.Г.Суханов - Москва, 2015; 335 с.
17. Тимербулатов М.В. Сравнение методов закрытия стомальных ран при проведении реконструктивно-восстановительных операций /М.В. Тимербулатов, А.А. Ибатуллин, Ф.М. Гайнутдинов //Медицинский вестник Башкортостана. 2017;12/5(71):25-32.

18. Шельгин Ю.А. и др. Роль антибиотикопрофилактики при ликвидации превентивных кишечных стом / Ю.А. Шельгин, С.И. Ачкасов, Д.В. Пилюев //Колопроктология. 2016;2(51):25-32.
19. Bagnall N.M. et al. A systematic review of enhanced recovery care after colorectal surgery in elderly patients /N.M. Bagnall, G. Malietzis, R.H. Kennedy //Colorectal Diseases. 2014;16(12):947-956.
20. Beppu N. Malnutrition in rectal cancer patients receiving preoperative chemoradiotherapy is common and associated with treatment tolerability and anastomotic leakage /N. Beppu, T. Yamano, M. Yoshimura //Int. J. Colorect. Dis. - 2016.;31(4):877-884.
21. Bratzler D.W. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery /D.W. Bratzler, E.P. Dellinger, K.M. Olsen //Am. J. Health-Syst. Pharm. 2013;70:195-283.
22. Bruns E. Oral nutrition as a form of preoperative enhancement in patients undergoing surgery for colorectal cancer: a systematic review /E. Bruns, T.Argillander, Van den Heuvel //Surg Infect (Larchmt). 2018;19(1):1-10.
23. Burden S. et al. Preoperative nutrition support in patients undergoing gastrointestinal surgery / S. Burden, C. Todd, J. Hill //Cochrane Database sys. Rev. 2012;14:11.
24. Cawich S. et al. Role of oral antibiotics for prophylaxis against surgical site infections after elective colorectal surgery /S. Cawich, S. Teelucksingh, S. Hassranah //World J. Surg. 2017;27(9/12):246-255.
25. Gillis G. et al. Patients as partners in enhanced recovery program after surgery: a qualitative patient-led study /C. Gillis, M. Gill, N. Marlett //BMJ open. 2017;24(7):6.
26. Gustafsson U.O. et al. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. /U. Gustafsson, M. Scott, W. Schwenk //World Journal of Surgery. 2013;37:259-284.
27. Kobayashi M. et al. Antimicrobial prophylaxis and colon preparation for colorectal surgery: Results of a questionnaire survey of 721 certified institutions in Japan /M. Kobayashi, Y. Takesue, Y. Kitagawa //Surg. Today. 2011;41(10):1363-1369.
28. Lin G.L. et al. Safety and efficacy of prophylactic single antibiotics administration in selective open colorectal surgery /G.L. Lin, H.Z. Qiu, Y. Xiao //Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2012;15(10):1040-1043.
29. Moya P. et al. Perioperative immunonutrition in normo-nourished patients undergoing laparoscopic colorectal resection /P. Moya, E. Miranda, L. Soriano-Irigaray //Surg Endosc 2016;30(11):4946-4953.
30. Nygren J. et al. Preoperative oral carbohydrate therapy /J. Nygren, A. Thorell, O. Ljungqvist //Curr. Opin. Anaesthesiol. 2015;28(3):364-369.

Поступила 05.01.2024