

С.Е. Гаврина, Л.С. Денисенко, Ю.П. Пахольюк, О.К. Шкуратова, Е.С. Рогаткина

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
Приморская краевая клиническая больница №1 (г. Владивосток)*

Интерес к реконструктивно-восстановительным операциям возрастает в связи со значительным увеличением их качества. При осложненном раке и дивертикулезе толстой кишки, травмах, язвенных колитах резекция толстой кишки заканчивается выведением одностольной колостомы. Избавляя больного от заболевания, эта операция приводит к инвалидизации. Восстановление непрерывности толстой кишки несет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных.

В период с 1990 по 2006 гг. в колопроктологическом отделении выполнено 143 реконструктивно-восстановительных операции. Основными причинами резекции толстой кишки с выведением одностольного ануса были:

- осложненный рак — 71,8 %
- травма толстой кишки — 10,9 %
- осложнения дивертикулеза ободочной кишки — 4,5 %
- ятрогенные ранения толстой кишки — 3,7 %
- язвенные колиты — 2,7 %
- другие причины — 0,9 %

Важный фактор в выполнении реконструктивно-восстановительной операции — размер культи и ее локализация. У 31 больного культи до 10 см, у 29 больных — 15 см. У 38 больных культи располагалась забрюшинно, у 22 больных на уровне брюшины малого таза.

При выполнении реконструктивно-восстановительных операций у 35 больных (24,4 %) выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки или резекция сегмента кишки. У 108 больных (75,6 %) анастомоз сформирован без дополнительной мобилизации или резекции толстой кишки.

У 63 больных (37,9 %) анастомоз располагался в забрюшинном пространстве. Всего выполнено 76 (53,1 %) ручных анастомозов конец-в-конец, 57 (39,2 %) механических анастомозов конец-в-конец, или конец-в-бок и 3 по Дюамелю конец-в-бок (7,7 %).

Осложнения отмечены в 21 случае (14,7 %). Внутрибрюшинные осложнения развились у 12 больных (8,4 %), раневые — у 8 больных (5,6 %), соматические осложнения у 1 больного (0,7 %). Несостоятельности забрюшинных анастомозов не было. Несостоятельность внутрибрюшинно ручного анастомоза встретилась у 8 больных, механического шва — у одного больного. 4 больным из 9 выполнена репарация. В 5 случаях выздоровление наступало на фоне консервативной терапии.

Нагноение раны на месте колостомы диагностировалось у 8 больных, у 2 больных — мочевые свищи в результате ранения мочевого пузыря, в одном случае ректовагинальный свищ. Острый инфаркт миокарда — у 1 больного. Умерло трое больных (2,1 %) от перитонита.

ВЫВОДЫ

1. Реконструктивно-восстановительные операции должны выполняться в специализированных отделениях.
2. Оптимальный срок для реконструктивно-восстановительной операции — 6–12 месяцев.
3. При восстановительных операциях предпочтения следует отдавать анастомозам конец-в-конец, конец-в-бок.

Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, А.А. Ибатуллин, Р.Р. Булатов

ОПЫТ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В г. УФА

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница №21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)*

С 2004 г. на базе городского колопроктологического центра (ГКБ № 21) создан кабинет реабилитации стомированных больных. С 2005 г., в связи с выходом в свет федерального закона № 122, началось активное сотрудничество с региональным отделением ФСС.

Функционирование кабинета реабилитации стомированных больных осуществляется в тесной связи с ведущим производителем средств по уходу за стомой фирмой «Колопласт», специализированными отделениями колопроктологии ГКБ № 21 и Республиканского онкодиспансера, хирургическими отделениями городских стационаров и амбулаторной хирургической службой. Вышеуказанные медицинские подразделения ежеквартально подают в кабинет списки стомированных больных, состоящих на учете по району обслуживания. В настоящее время на учете состоит 562 больных с кишечными стомами.

Механизм работы кабинета стомированных больных состоит в следующем: после выписки из стационара пациент направляется на прием в кабинет реабилитации стомированных больных, где даются рекомендации по диете, режиму дня, уходу за стомой. Разъясняются такие вопросы как, особенности вида стомы и ухода за ней у каждого конкретного пациента, какие трудности могут возникнуть при уходе за ней. Кроме того, больные снабжаются литературой и на первое время, до оформления инвалидности, выдается бесплатно несколько калоприемников, которые нам безвозмездно предоставляет компания «Колопласт». Индивидуальное обучение стомированных пациентов правильному использованию калоприемников производится на муляже. Далее производится оформление выписки для составления индивидуальной программы реабилитации инвалида, которую больной предоставляет в органы медико-социальной экспертизы. На стомированного пациента заводится стандартная амбулаторная карта и, кроме того, его данные вносятся в созданную нами компьютерную базу данных, в которой подробно указываются паспортные данные, основной диагноз, сопутствующие заболевания, вид, локализация и имеющиеся осложнения стомы. Пациенту назначается дата и время следующего осмотра, в случае возникновения вопросов пациент осматривается внепланово.

В ходе организации помощи стомированным больным возникли следующие трудности:

1. Техническое обеспечение кабинета стомированных больных. В решении данного вопроса оказана большая помощь фирмой производителем калоприемников «Колопласт».
2. Как и во многих других регионах, от момента наложения стомы и до момента получения инвалидности, проходит достаточно длительное время (от одного до 2 – 3-х месяцев), в течение которого многие больные зачастую остаются без калоприемников и средств по уходу за стомой.
3. На случай несвоевременной поставки калоприемников фирмой — дистрибьютором региональное отделение ФСС производит пациентам денежную компенсацию затрат.
4. К сожалению, не все пациенты имеют возможность придти на прием в виду тяжелого состояния. При наличии такого пациента проводится работа с его родственниками.

В настоящее время нашей службой ведется работа по следующим направлениям:

1. Дальнейшее совершенствование системы обеспечения стомированных больных и усиление взаимодействия с ФСС, органами МСЭ и социальной опеки.
2. Проведение лекций и семинаров по проблемам реабилитации стомированных больных сотрудниками лечебно-профилактических учреждений, как стационаров, так и амбулаторного звена, в связи с необходимостью оказания адекватной помощи данной категории пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи,
3. Патронаж пациентов со стомами на дому — в ближайшее время планируется организация выездов на дом с целью оказания помощи стомированным пациентам, не имеющим возможности самостоятельного передвижения.
4. Открытие школы по обучению больных и родственников пациентов со стомами.
5. Проведение организационных мероприятий по созданию общественной организации больных со стомами — Ассоциации стомированных больных г. Уфы.

О.В. Галимов, Р.Р. Фархутдинов, С.Р. Туйсин, В.О. Ханов, В.Ш. Ишметов, О.В. Буторина

ВОПРОСЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ И ВЛИЯНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА НА СОСТОЯНИЕ СЕМЕННОЙ ЖИДКОСТИ

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава (г. Уфа)

ЦЕЛЬ

Оценить состояние свободно-радикального окисления в семенной жидкости при мужском бесплодии у больных варикоцеле до и после операции.