

С.Е. Гаврина, Л.С. Денисенко, Ю.П. Пахолок, 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.