УДК: 616.348-089.86-089.193.4

Восстановление непрерывности толстой кишки у больных с колостомой.

Горпинич А.Б., Мангилев С.В.

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева».

Министерство образования и науки Российской Федерации, 302026 г. Орел, Российская Федерация

**Аннотация.** Цель исследования – изучить результаты реконструктивных операций по восстановлению естественной кишечной проходимости у больных, перенесших ранее операцию Гартмана или Микулича (по материалам БУЗ Орловской области «Орловская областная киническая больница»). В отделении колопроктологии БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» с 2005 по 2015г. реконструктивные операции по восстановлению естественной кишечной проходимости выполнены у 79 больных перенесших ранее операцию Гартмана или Микулича. Заболевания по поводу которых была наложена колостома распределились следующим образом: рак ободочной, прямой и сигмовидной кишок – 32(40,5%) пациента, травматический разрыв сигмовидной кишки – 4(5,1%) больных, заворот сигмовидной кишки 5(6,3%) пациентов, перфорация дивертикула – 35(44,3%) пациентов, некроз кишки обусловленный венозным тромбозом – 3(3,8%) больных. Кишечную проходимость восстанавливали в сроки от 3 месяцев до 1 года. Характер реконструктивных операций представлен следующими оперативными вмешательствами: сигмосигмостомия – 7(8,9%) пациентов, десцендоректостомия ‑ 21(26,6%) больной, сигморектостомия–23(29,1%) пациента, трансверзосигмостомия – 8(10,1%) больных, асцендоректостомия ‑ 3(3,8%) пациентов, десцендосигмостомия ‑ 11(13,9%) больных, трансверзоректостомия – 6(7,6%)пациентов. В послеоперационном периоде нагноение в ушитой ране, на месте бывшей колостомы мы наблюдали у 7 больных, частичная несостоятельность швов анастомоза имела место у 3 больных, пресакральный абсцесс - у 2 больных. Послеоперационная летальность составила 2,5% (2 больных).

**Ключевые слова:** операция Гартмана или Микулича, восстановление кишечной проходимости, реконструктивные операции.

Восстановительные и реконструктивные операции на толстой кишке относятся к разряду сложных и травматичных оперативных вмешательств [1,2]. Сложность выполнения данных хирургических вмешательств в большинстве наблюдений обусловлена выраженностью рубцово-спаечного процесса в брюшной полости и малом тазу, а также диастазом отрезков толстой кишки [3,4,5].

**Цель исследования** - изучить результаты реконструктивных операций по восстановлению естественной кишечной проходимости у больных, перенесших ранее операцию Гартмана или Микулича (по материалам БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница»).

**Материал и методы**. В отделении колопроктологии БУЗ Орловской области «Орловская областная клиническая больница» с 2005 по 2015г. реконструктивные операции по восстановлению естественной кишечной проходимости выполнены у 79 больных перенесших ранее операцию Гартмана – 66 пациентов или операцию Микулича – 13 больных.

**Результаты исследования.** Заболевания при которых была выполнена операция Гартмана или Микулича, и сроки восстановления кишечной проходимости представлены в таблице.

**Таблица. Заболевания, при которых была выполнена операция Гартмана или Микулича, и сроки восстановления кишечной проходимости.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заболевание** | **Срок восстановления кишечной проходимости, мес.** | | | | **Всего**  **больных** |
| **от 3 до 6** | **6-12** | **12-24** | **24** |
| Рак ободочной, прямой и сигмовидной кишок | **-** | **28** | **3** | **1** | **32** |
| Травматический разрыв сигмовидной кишки | **1** | **3** | **-** | **-** | **4** |
| Заворот сигмовидной кишки | **3** | **2** | **-** | **-** | **5** |
| Перфорация дивертикула сигмовидной кишки | **-** | **31** | **3** | **1** | **35** |
| Некроз кишки обусловленный венозным тромбозом | **3** | **-** | **-** | **-** | **3** |

Как видно из таблицы, заболевания по поводу которых была наложена колостома распределились следующим образом: рак ободочной, прямой и сигмовидной кишок – 32(40,5%) пациента, травматический разрыв сигмовидной кишки – 4(5,1%) больных, заворот сигмовидной кишки 5(6,3%) пациентов, перфорация дивертикула – 35(44,3%) пациентов, некроз кишки обусловленный венозным тромбозом – 3(3,8%) больных. Кишечную проходимость восстанавливали в сроки от 3 месяцев до 1 года.

Восстановление проходимости по толстой кишке у больных с колостомой следует относить к разряду сложных и травматичных операций. Сложность выполнения данных хирургических вмешательств в большинстве наблюдений обусловлена выраженностью рубцово-спаечного процесса в брюшной полости и малом тазу, а также диастазом отрезков толстой кишки (при операции Гартмана). Наибольшие трудности при формировании колоректального анастомоза возникают в тех ситуациях, когда длина культи отключенной кишки не превышает 10см и кишка расположена под тазовой брюшиной.

В настоящей работе характер реконструктивных операций был представлен следующими оперативными вмешательствами: сигмосигмостомия – 7(8,9%) пациентов, десцендоректостомия ‑ 21(26,6%) больной, сигморектостомия–23(29,1%) пациента, трансверзосигмостомия – 8(10,1%) больных, асцендоректостомия ‑ 3(3,8%) пациентов, десцендосигмостомия ‑ 11(13,9%) больных, трансверзоректостомия – 6(7,6%)пациентов.

В послеоперационном периоде нагноение в ушитой ране, на месте бывшей колостомы мы наблюдали у 7 больных, частичная несостоятельность швов анастомоза имела место у 3 больных, пресакральный абсцесс - у 2 больных. Послеоперационная летальность составила 2,5% (2 больных).

**Заключение.** Восстановление кишечной проходимости после операции Гартмана или Микулича является необходимым (с целью трудовой и социальной реабилитации больных), но сложным в техническом отношении оперативным вмешательством. Вопрос о методе восстановления непрерывности толстой кишки, как правило, решается в зависимости от характера перенесенной ранее операции и длины культи прямой кишки.

Литература

1. Грошилин В.С., Султанмурадов М.И., Харагезов А.Д., Петренко Н.А. Возможности коррекции результатов реконструктивных операций после обструктивных резекций толстой кишки // Кубанский научный медицинский вестник.

2013. №3(138). С.48-50.

2. Захараш М.П., Пойда А.И., Мельник В.М., Кучер Н.Д., Мальцев В.Н. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке // Хирургия. 2006. №7. C.51-55.

3. Воленко А.В., Рудин Э.П., Андреев Ю.В. Причины послеоперационных осложнений при восстановлении непрерывности толстой кишки после операции Гартмана // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2011.  № 3–4. С. 12–13.

4. Дарвин В.В., Ильканич А.Я. Сроки выполнения восстановительных операций у стомированных больных: возможно ли их сокращение? // Актуальные проблемы колопроктологии: научная конференция с международным участием, посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии.  М., 2005.  С. 205–207.

5. Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М., Мехдиев Д.И., Галимов О.В., Куляпин А.В., Галлямов А.Х. Хирургическая реабилитация больных со стомами // Колопроктология. 2004. № 1(7). С. 3–6.

УДК 616.348-089.86-089.193.4

Restoring continuity of the colon in patients with colostomy.

Gorpinich A. B., S. V. Mangilev

The Ministry of Education and Science of the Russian Federation

FSBEI of HE "Orel State University named after I. S. Turgenev", 302026, Orel,

Russian Federation

*Abstract.* The purpose of the study was to explore the results of reconstructive operations to restore the natural intestinal permeability in patients who have had previous Hartmann’s or Mikulic’s surgery (basing on the materials of Orel region BUZ "Orel regional clinical hospital"). At the Coloproctological Department of Orel region BUZ "Orel regional clinical hospital" from 2005 to 2015 reconstructive surgery to restore the natural intestinal permeability was performed in 79 patients who had previously undergone Hartmann’s or Mikulich’s surgery. Diseases which imposed colostomy were distributed as follows: colon cancer, rectum and sigmoid colon – 32(40,5%) of patients, traumatic rupture of the sigmoid colon – 4(5,1%) of patients, volvulus of the sigmoid colon - 5(6,3%) patients, perforation of the diverticulum – 35(44,3%) patients, necrosis of the intestine due to venous thrombosis – 3(3,8%) patients. The intestinal patency was restored in terms from 3 months to 1 year. The nature of the reconstructive operations is represented by the following surgical interventions: sigmosigmoidostomy – 7(8,9%) patients, descendorectostomy -21(26,6%) patients, sigmoidostomy–23(29,1%) patients, transversosigmoidostomy – 8(10,1%) patients, ascendorectostomy - 3(3,8%) patients, descendosigmoidostomy - 11(13,9%) patients, transversorectostomy – 6(7,6%)patients. Postoperative suppuration in the sutured wound on the former site of the colostomy was observed in 7 patients, partial inconsistency of anastomosis seams occurred in 3 patients, presacral abscess - in 2 patients. Postoperative mortality was 2.5% (2 patients).

Key words: Hartmann's or Mikulic’s operation, restoration of intestinal permeability, reconstructive surgery.

Literature

1. Groshilin V. S., Sultanmuradov M. I., Kharagezov D. A., Petrenko N. Possibilities of correcting the results of reconstructive operations after obstructive resection of the colon // Kuban scientific medical Herald. 2013. No.3(138). P. 48-50.

2. Zakharash M. P., Poida A. I., Melnik V. M., Kucher N. D., Maltsev V. N. Surgical tactics in restorative operations on the colon // Surgery. 2006. No. 7. P. 51-55.

3. Volenko A.V., Rudin, E. P., Andreev Yu. V. The reasons for postoperative complications when restoring continuity of the colon after Hartmann surgery // Hospital-replacing technologies. Ambulatory surgery. 2011. No. 3-4. P. 12-13.

4. Darwin V. V., Ilikanich A. Y. The timing of reconstructive surgery in stoma patients: is this reduction possible? // Actual problems of Coloproctology: scientific conference with international participation, dedicated to the 40th anniversary of the SSC of Coloproctology. M., 2005. P. 205-207.

5. Timerbulatov V. M., Afanasiev S. N., Gainutdinov F. M., Mekhdiyev D. I., Galimov O. V., Kulyapin A.V., Gallyamov A. H. Surgical rehabilitation of patients with stoma // Coloproctology. 2004. No. 1 (7). P. 3-6.