



## Improvement of the methods of rehabilitation of patients with colostomas

Gulomiddin KHODJIMATOV<sup>1</sup>

Khabibullo KHAMDAMOV<sup>2</sup>

Azizbek MAMADIEV<sup>3</sup>

Sardorbek YAHYOEV<sup>4</sup>

Andijan State Medical Institute

### ARTICLE INFO

#### *Article history:*

Received February 2021

Received in revised form  
20 February 2021

Accepted 15 March 2021

Available online

5 April 2021

#### *Keywords:*

large intestine,  
diseases of large intestine,  
reconstructive diseases.

### ABSTRACT

This statement provides an analysis of results of reconstructive – restorative surgeries in 106 patients. All patients previously operated on large intestines diseases from 2015 to 2020 at the department of the general surgery of the faculty of advancement qualifications of doctors of the Andijan State Medical Institute. The study showed that in 12 (27,9%) patients developed various postoperative complications. As well as, separation and preparing of rectum for operation is continued as a significant problem.

2181-1415/© 2021 in Science LLC.

This is an open access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

## Колостома ўрнатилган беморларни реабилитация қилишни такомиллаштирилган усули

### АННОТАЦИЯ

#### *Калит сўзлар:*

йўғоничак,  
йўғоничак касалликлари,  
қайта тиклаш  
касалликлари.

Ушбу хабарномада Андижон давлат тиббиёт олийгоҳи врачлар малакасини ошириш жарроҳлик кафедрасида 2015–2020–йилларда 106 та беморларда йўғоничак касалликлари билан ўтказилган жарроҳлик операциялари таҳлили баён қилинган. Текширишлар жараёнида назорат гуруҳидаги 12 (27,9%) та операция қилинган беморларда ҳар хил асоратлар юзага келиб чиққанлиги аниқланган.

<sup>1</sup> D. in medicine Professor, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

<sup>3</sup> Assistant, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

<sup>4</sup> 3rd year master's student, Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

E-mail: yahyoevsardorbek@gmail.com.

Шунингдек, йўғон ичакни ажратиб олиш ва чокни тайёрлаш муаммо бўлиб қолмоқда.

## Усовершенствование метода реабилитации больных с колостомами

### АННОТАЦИЯ

#### *Ключевые слова:*

толстый кишечник, заболевания толстого кишечника, реконструктивно-восстановительные заболевания.

В данном сообщении приводится анализ результатов проведения реконструктивно-восстановительных операций у 106 больных ранее оперированных по поводу заболеваний толстой кишки с 2015 по 2020 годы на базе кафедры ФУВ хирургии Андижанского государственного медицинского института. В ходе исследования было выявлено, что у 12 (27,9%) больных контрольной группы развились различные послеоперационные осложнения. Также немаловажной проблемой остается проблема выделения и подготовки культи прямой кишки.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным ВОЗ в современном обществе число стомированных больных может быть 120–150 человек на 100 тыс. населения, точного учета стомированных больных нет. В последние годы в Республики Узбекистане число стомированных больных имеют тенденцию к увеличению. Это обусловлено ростом заболеваний толстой кишки, при лечении которых наложение колостом является важным необходимым этапом в окончательном выздоровлении больных [1, 3, 7, 11].

Хирургическая реабилитация больных с колостомами является важным не только с медицинской точки зрения, но и имеет огромное социальное значение, так как большинство этих больных искусственно изолируют себя от общества из-за нерегулярного стула, частого поноса, теряют работоспособность, наступает трагедия в семьях. Социально-экономическая значимость реабилитации больных со стомами определяется не только расходами средств на длительную оплату лечения и нетрудоспособность, но и расходами на выплату пенсий радикально излеченным больным от тяжелой первичной патологии, однако оставшимися инвалидами по поводу стомы [6, 8, 10, 12]. Кроме того большинство этих больных молодого, трудоспособного возраста категорически требуют восстановления непрерывности кишечника. Хирургическая реабилитация – восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта имеют для больных важное психологическое и социальное значение. Однако восстановительные операции, формирование кишечного анастомоза в брюшной полости, сопряжены со сложностями, обусловленными локализациями и размерами дистальной культи кишечника, спаечным процессом в ней, длины приводящего петля толстой кишки, возможностью активизации дремлющей инфекции из очагов хронического воспаления, истощением больных после первой операции [2, 4, 5, 9].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

определение оптимальных сроков проведения реконструктивно-восстановительных вмешательств и выборы методов оперативного лечения уменьшающих частоты возникновения осложнений при данной патологии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2015 по 2020 гг. на кафедре хирургических болезней факультета усовершенствования врачей Андижанского государственного медицинского института находились 106 пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний толстого кишечника. При этом больным были сформированы колостомы. Больные были разделены на 2 группы: контрольную и основную. Все больные были в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст больных  $43,5 \pm 4,0$  лет. Подавляющее большинство больных были трудоспособного возраста 81 (76,4%) больных). Из них мужчин 67 (63,2%), женщин – 39 (36,8).

Причинами для выполнения хирургических вмешательств были различные заболевания и травмы ободочной кишки. Показанием к наложению колостом служили кишечная непроходимость, воспалительные осложнения основного заболевания, технические трудности выполнения одномоментных операций с наложением анастомозов, а также несостоятельность межкишечных анастомозов после различных операций на ободочной и прямой кишках (таб. №1).

Таблица №1.

Характер основного заболевания и показания к операциям с наложением колостом (контрольная и основная группы).

Основное заболевание	Показание к наложению колостомы						Всего
	Гангрена кишечника	Кишечная непроходимость	Перитонит	Воспалительные осложнения основного заболевания	Технические трудности во время операции	Несостоятельность анастомозов	
Рак толстой кишки	-	12 (11,3%)	4 (3,8%)	-	4 (3,8%)	-	20 (18,9%)
Заворот сигмовидной кишки	47 (44,3%)	-	3(2,8%)	-	3 (2,8%)	8 (7,5%)	61 (57,5%)
Язвенный колит	-	-	1 (0,94%)	4 (3,8%)	1 (0,94%)	1 (0,94%)	7 (6,6%)
Травмы прямой кишки	-	-	4(3,8%)	-	4 (3,8%)	-	8 (7,6%)
Диффузный полипоз толстой кишки	-	-	-	2 (1,9%)	-	1 (0,94%)	3 (2,8%)
Спаечная кишечная непроходимость	3 (2,8%)	3 (2,8%)	1 (0,94%)	-	-	-	7 (6,6%)
<b>Итого:</b>	<b>50 (47,2%)</b>	<b>15 (14,1%)</b>	<b>13 (12,3%)</b>	<b>6 (5,7%)</b>	<b>12 (11,3%)</b>	<b>10 (9,4%)</b>	<b>106 (100%)</b>

Как видно из таблицы, наибольшую группу составляют больные с заворотом сигмовидной кишки – 61 человек (57,5 %). Им выполнены операции Гартмана. Причинами отказа от выполнения первичного колоректального анастомоза из 61 (57,5%) больных послужили наличие гангрены кишечника у 42 (39,6%) больных, у 4 (3,8%) больных перитонит, у 4 (3,8%) больных технические трудности, у 11 (10,4%) больных явления несостоятельности колоректального анастомоза после первично сформированного анастомоза. Относительно других заболеваний анализ показал следующее: 7 (6,6%) больных оперировались по поводу спаечной кишечной непроходимости, у 3 (3,2%) больных выявили диффузный полипоз толстой кишки, 8 (7,6%) поступили с травмой толстой кишки, язвенный колит отметили у 7 (6,6%) больных, рак толстой кишки отмечали у 20 (18,9%) больных.

Все больные, подвергшиеся восстановительно-реконструктивным операциям, обследовались по комплексной программе.

Для определения возможности восстановительной операции проводится следующие обследование:

1. Изучение общего состояния пациента с учетом сопутствующей патологии;
2. Изучение состояние колостомы;
3. Рентгенологическое исследование толстой кишки для выбора оптимального доступа, прогноза объема операции;
4. Тщательного осмотра культи прямой кишки (оценка ее длины, состояния слизистой);
5. Изучение функционального состояния сфинктера прямой кишки.

Предоперационная подготовка и выбора хирургического способа реконструктивно-восстановительной операции зависит от индивидуальных особенностей пациента, длины приводящего и отводящего культи толстого кишечника, наличие воспалительных и спаечных процессов в самом кишечнике и окружающих ее тканей. Пред операцией больным проводим адекватную коррекцию выявленных нарушений обменных процессов по ходу обследования. Источенным больным обязательно назначаем комплекс витаминов, аминокислотные смеси, коррекции нарушение водно-солевого, углеводного и белкового баланса. Для очистки проксимального отдела кишечника используем слабительные средства пиколакс, а также эспумизан и дюфалак, периодически промываем раствором декасана. Важное значение имеет тренировка сфинктеров заднего прохода и увеличение длины культи прямой кишки. С этой целью назначаем ежедневные теплые компрессионные клизмы чтобы проводить определенный тренинг мышц прямой кишки. Учитывая, что операции на толстой кишке относятся к операциям высокой степени инфицированности, больным перед операцией назначали антибиотик широкого спектра с учетом чувствительностью к ним микрофлоры.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Тип формируемого анастомоза, у больных контрольной группы, в значительной степени зависел от топографо-анатомических взаимоотношений, сложившихся на данный момент операции в брюшной полости. Нами формировались внутрибрюшинные анастомозы. Внутрибрюшинные анастомозы чаще формировались "конец в конец", иногда "конец в бок" (табл.2)

Таблица № 2.

**Характер восстановительно-реконструктивных операций  
(контрольная группа)**

Характер восстановительно-реконструктивных операций	Всего	
	Авс	%
Колоректальный анастомоз «конец в конец»	28	65,1
Колоректальный анастомоз «конец в бок»	15	34,9
<b>Итого:</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Чаще всего тип анастомоза зависел от длины дистальной культы. У 2 (4,6%) больного она была короткой – от 0 до 10 см, у 18 (41,9%) больных от 11 до 16 см и у остальных пациентов более 17 см – у 23 (53,5%) больных.

Реконструктивно-восстановительные операции у больных контрольной группы были проведены 43 (40,6%) больным, оперированным в других лечебных учреждениях. Восстановление непрерывности толстой кишки 24 (55,8%) пациентов проходили в течение первого года после формирования колостомы в течение второго года – 12 (27,9%) больных. У 7 (16,3%) пациентов реконструктивная операция проходила в более поздние сроки.

Немаловажное значение имеют технические трудности, возникшие во время операции у больных контрольной группы, связанные с выделением культы прямой кишки (26 (60,5) больных).

Больные основной группы (63 (59,4%) больных), как на первом этапе, оперировались по разработанному нами методу: (поданы заявки на приобретение патентов IAP 20170357) Способ осуществляют следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом, после обработки операционного поля растворами спирта и йода, проводят срединную лапаротомию и ревизию органов брюшной полости. После этого производят мобилизацию подлежащего удалению участка толстой кишки. Далее производят резекцию измененного участка кишечника. После этого приводящий отрезок кишки выводят через отдельный разрез в левой области на переднюю брюшную стенку, по периметру подшивают его к брюшине отдельными узловыми швами и формируют одноствольную колостому. Далее, отступая на 4–5 см от края париетальной брюшины передней брюшной стенки, на боковой стенке приводящего отрезка кишки в поперечном направлении рассекают серозно-мышечный слой до слизистой. После чего производим отсепаровку слизистой от серозно-мышечного слоя на расстоянии 0,5–1,0 см, сохраняя ее целостность. Далее формируем стенки анастомоза, без формирования отверстия анастомоза. При формировании стенок анастомоза, необходимо наложить 4 сквозных шва (через все слои стенки кишечника), таким образом мы оставляем ориентиры для последующего формирования отверстия анастомоза. Операцию завершают санацией, дренированием и ушит наглухо брюшной полости.

В дальнейшем, при выполнении реконструктивно-восстановительной операции, у нас не возникало вопроса по поводу длины культы прямой кишки, ее подготовки и выделения. Больным основной группы второй этап операции проводили в сроки от 2 до 6 месяцев с момента формирования колостомы. В сроки 2-3 мес. восстановительные операции провели 34 (54,0%) больным, 26 (41,3%) больным восстановительные операции провели в сроки 4-5 мес. и 3 (4,7%) больным второй этап операции провели в сроки 6 мес.

**Таблица №3.**

**Сроки проведения реконструктивно-восстановительных операции после наложения колостомы у основной группы больных.**

№	Сроки наложение колостомы	Количество больных
1.	До 2-3 мес.	34 (54,0%)
2.	До 4-5 мес.	26 (41,3%)
3.	До 6 мес.	3 (4,7%)

Важное значение при оценке результатов лечения имеет количество послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность. В контрольной группе у 12 (27,9%) больных развились различные послеоперационные осложнения. Из них: несостоятельность швов анастомоза у 7 (16,3%) больных, нагноение послеоперационной раны у 4 (9,3%) больных, послеоперационная пневмония – у 1 (2,3%) больного. В основной же группе осложнения отмечались у 2 (3,17%) больных – нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов мы не отмечали.

**Таблица № 4.**

**Послеоперационные осложнения у больных и основной группы.**

№	Виды осложнение	Контрольной группы больных	Основной группы больных
1.	Несостоятельность швов анастомоза	12 (27,9%)	–
2.	Нагноение послеоперационной раны	4 (9,3%)	2 (3,17%)
3.	Послеоперационная пневмония	1 (2,3%)	–
4.	Летальных исходов	–	–

**ВЫВОДЫ**

Таким образом, подведя итоги проведенного исследования, было выявлено, что разработанный нами метод снизил частоту осложнений при проведении реконструктивно-восстановительных операций. Также немаловажной проблемой остается выделения культи прямой кишки, что не отмечалось при использовании нашей методики. Необходимо отметить и сокращение сроков проведения реконструктивно-восстановительных операций.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:**

1. Васютков В.Я., Панков С.М., Блохин В.Н. Восстановительные операции у больных с колостомой, оперированных по поводу рака прямой кишки. // Российский онкологический журнал. 1997. – № 2. – С. 58–60.

2. Введенский В.С. РВО у больных пожилого и старческого возраста, после перенесенных операций Гартмана и типа Гартмана. // Тезисы докладов научной конференции с международным участием посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. – 2005. – С. 583–585.

3. Гиберт Б.К., Бородин Н.А., Матвеев И.А. Операционный доступ при восстановительных операциях у больных с концевыми свищами. // Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара. – 2003. – С. 347–348.

4. Наврузов С.Н., Исокулов Т.У. Реконструктивно-восстановительные операции у колостомированных больных. // Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов первого съезда колопроктологов России с международным участием. Самара. – 2003. – С. 361–362.
5. Наврузов С.Н., Исокулов Т.У., Маматкулов Ш.М. Реконструктивные и восстановительные операции на толстой кишке. // Тезисы докладов научной конференции с международным участием посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. Москва. – 2005. – С. 260–263.
6. Akhmedov R.M., Mirkhojaev I.A., Khamdamov B.Z. Morphostructural changes in the liver in the elderly and old age // Conference proceedings. Journal of Problems of Biology and Medicine. – 2016. – № 3,1 (90). – С. 18, 56.
7. Azimov M.I., Shomurodov K.E. A technique for Cleft Palate Repair. Journal of research in health science. – Vol. 1, – No. 2, – 2018. PP. 56–59.
8. Gulomidin Minkhodzhievich Hodjimatov, Kamal Karimovich Mirzaev, Dilshod Turdaliyevich Azizov. – В. 120–123
9. Gulomidin Minkhodzhievich Hodjimatov, Kamal Karimovich Mirzaev, & Dilshod Turdaliyevich Azizov. (2021). Pharmacokinetics of Antibiotics in Experimental Gunshot Wounds. JournalNX – A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal, 7(02), 120–123. Retrieved from <https://repo.journalnx.com/index.php/nx/article/view/1765>.
10. Kamalova M.I., Eriyigitovich I.S., & Khaydarov N.K. (2020). Морфологические изменения сосудов головного мозга при ишемическом инсульте. Journal of Biomedicine and Practice, 6(5). 14. Камалова М.И., & Хайдаров Н.К. (2020).
11. Kamalova M.I., Eriyigitovich I.S., & Khaydarov N.K. (2020). Modern understanding of risk factors and prevention of brain infarction (literature review). Журнал неврологии и нейрохирургических исследований, 3 (1).
12. Hodjimatov Gulomidin Minkhodzhievich, Hamdamov Khabibullo Khamdamovich, Yaxyoyev Sardor Mamasobirovich. (2021). Results Of Reconstructive Surgery In Patients With Colostomies. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(01), 139–146.