

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

«УТВЕРЖДАЮ»

**Председатель научно-технического
совета д.м.н.профессор**

_____ **М.М.Мадазимов**

« ____ » _____ 2026 г.

Ботиров А.К., Қосимов С.М.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
НЕОПУОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
(монография)**

Андижан – 2026 г.

Оптимизация хирургической тактики при неопуолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки.

Ботиров А.К., Қосимов С.М.

Составители:

Ботиров Акрам Қодиралиевич - д.м.н., профессор кафедры «Хирургические болезни»

Қосимов Сарварбек Махаммадшукур угли - PhD, ассистент кафедры «Хирургические болезни»

Рецензенты:

**Қосимов Адахам
Лутфуллаевич** д.м.н., профессор кафедры общей хирургии и трансплантологии Андиганского государственного медицинского института.

**Фаттохов Нусратилло
Хамидуллоевич** д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья.

Монография утверждена и рекомендована к печати Экспертным советом Андиганского государственного медицинского института, протокол № __ от __ февраля 2026 года.

Секретарь экспертного совета Андиганского государственного
медицинского института т.ф.н., доцент Тен.Д.О.

Аннотация

В данной методической рекомендации при urgentных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной (при завороте сигмовидной кишки, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни), модифицирована и отработана методика формирования комбинированной «У-образной» стомы «погружными» швами по принципу «конец в бок», определены показания и противопоказания к резекции толстого кишечника с формированием комбинированной «У-образной» стомы «погружными» швами по принципу «конец в бок» у данной категории больных. В процессе исследования разработан лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий оптимизировать хирургическую тактику и добиться улучшения результатов хирургического лечения при urgentных осложнениях левой половины толстой ободочной кишки неопухолевого генеза.

Данная методическая рекомендация разработана и предназначена для хирургов и врачей общей практики.

Annotatsiya

Ushbu uslubiy tavsiyada yo'g'on ichakning chap yarmidagi o'smasiz kasalliklarning urgent asoratlari uchun (sigmasimon ichakning buralishi, chandiq bitishmasi va divertikulyar kasallik bilan) "u shaklidagi" stomani "cho'ktiriluvchi" choklar bilan shakllantirish metodologiyasi "ohiri-yonbosh" tamoyili asosida o'zgartirilgan va ishlab chiqilgan, yo'g'on ichakni rezektsiya qilish uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar aniqlangan. ushbu toifadagi bemorlarda "ohir-yonbosh" tamoyili bo'yicha "choktiriluvchi" choklar bilan birlashtirilgan "u shaklidagi" stomalar. Tadqiqot jarayonida jarrohlik taktikasini optimallashtirish va o'smasiz genezli yo'g'on ichakning chap yarmining urgent asoratlari bilan jarrohlik davolash natijalarini yaxshilashga imkon beradigan terapevtik va diagnostik algoritmi ishlab chiqilgan.

Ushbu uslubiy tavsiyalar jarrohlar va umumiy amaliyot shifokorlari uchun ishlab chiqilgan va mo'ljallangan.

Summary

In this methodological recommendation for urgent complications of non-tumor diseases of the left half of the colon (with inversion of the sigmoid colon, cicatricial and diverticular diseases), the method of forming a combined "U-shaped" stoma with "submerged" sutures on the principle of "end to side" is modified and worked out, indications and contraindications for colon resection with the formation of combined "U-shaped" stoma with "submerged" sutures on the principle of "end to side" in this category of patients. In the course of the study, a therapeutic and diagnostic algorithm was developed that allows optimizing surgical tactics and improving the results of surgical treatment for urgent complications of the left half of the colon of non-tumor origin. This guideline has been developed and is intended for surgeons and general practitioners.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
ГЛАВА I. Современное состояние проблемы при заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (обзор литературы).....	9
§1.1. Эпидемиология, этиопатогенез и клинические аспекты при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза.....	9
§1.2. Современное состояние проблемы хирургического лечения urgentных заболеваний ободочной кишки неопухолевого генеза.....	14
§1.3. Хирургическая реабилитация при urgentных заболеваниях ободочной кишки неопухолевого генеза.....	18
ГЛАВА II. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	24
§2.1. Клиническая характеристика	24
§2.2. Методы исследования.....	32
§2.3. Резюме по главе.....	35
ГЛАВА III. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГАРТМАНА.....	36
§3.1. Предоперационная подготовка.....	36
§3.2. Хирургическая тактика в группе сравнения.....	42
§3.3. Модифицированный способ формирования «У-образной» стомы с колоколоанастомозом «конец в бок» погружными» швами.....	50
ГЛАВА IV. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ.....	59
§4.1. Клиническая оценка первичных оперативных вмешательств.....	67
ГЛАВА V. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО МЕТТААНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ....	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	88
ВЫВОДЫ.....	102
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	103
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	104

Предисловие

Острая кишечная непроходимость более столетия была и остаётся актуальной проблемой экстренной хирургии. В настоящее время во всем мире особый интерес представляют пациенты с ургентными заболеваниями толстой ободочной кишки неопухолевого генеза. Множество её клинических форм затрудняют раннюю диагностику, а различные виды – характер оперативных вмешательств. Объём лечения нередко определяется только во время операции после оценки патологических изменений, особенностей патогенеза и степени выраженности сдвигов защитных реакций организма. Среди всех форм ОКН на долю толстокишечной приходится 29-40%. При этом, ЗСК составляет 10-18%, дивертикулит - в 2-9%, болезнь Пайра, рубцы, спайки и другие заболевания - в 1,4-7,1%. К тому же послеоперационная летальность при ОКН отмечается в 13,4–40% случаев, а при некоторых её видах достигает 50–78,4% и не имеет тенденции к снижению

Бобкова И.В. с соавт. (Бобкова И.В. и Ларичев С.Е., 2021) в своем труде приводят данные, что в США хирургическому лечению подлежат более трети (36,7%) пациентов с ургентными осложнениями толстого кишечника, а стационарное лечение каждого из них составляет порядка \$80.000. По данным исследований в хирургическом лечении ОКН неопухолевого генеза многие вопросы при определении хирургической тактики остаются сложными и дискуссионными. Разногласия у хирургов возникают при выборе объема операции, целесообразности одно-, двух- и много моментных операций. Выполнение хирургами одномоментных оперативных вмешательств связано стремлением к раннему восстановлению нормальной жизнедеятельности, однако высокий риск возникновения жизнеугрожающих осложнений вынуждает у 2/3 больных прибегать к формированию толстокишечных стом. Существующие операции можно разделить на две большие группы: паллиативные и радикальные. В экстренной хирургии резекция левой половины толстой кишки с формированием первичного анастомоза на фоне некроза, гангрены кишечника и перитонита обречен на несостоятельность швов.

Данные литературы свидетельствуют, что у данного контингента оперативные вмешательства в подавляющем большинстве случаев завершаются операцией Гартмана. Частота её выполнения колеблется от 37% до 62%, а также требует выполнения восстановительного этапа операции, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих осложнений (до 25 - 60%) и высокой летальностью (6 - 35%), не имея тенденции к снижению. Наиболее высока летальность после операции по поводу «черной сигмы» – до 50-80%. При этом, некоторые хирурги рекомендуют одномоментную левостороннюю гемиколэктомию с первичным восстановлением кишечной непрерывности и формированием У-образного анастомоза (в литературе его называют по-разному - У-образный, Y-образный, Т-образный), которые, однако не получили широкого практического применения.

Реконструктивно-восстановительные операции (РВО), могут выполняться в сроки до 3 месяцев, более 3 месяцев, после 6 месяцев, а также в сроки более 1 года и более, что определенным образом влияет на качество жизни и социальный статус. При этом, после РВО частота послеоперационных осложнений составляет от 18–20%, гнойно-воспалительные осложнения – 22–26%, а летальный исход - в 3–7% случаев.

Таким образом, urgentные осложнения при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки (при завороте сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни), а также вопросы хирургической реабилитации сохраняют чрезвычайную актуальность, что явилось поводом к проведению данного исследования.

По данным Савельева В.С., (2014) частота ОКН составляет 7-8% среди всех госпитализируемых с острыми заболеваниями органов брюшной полости в хирургические стационары.. При этом, летальность составляет 5,1-8,4%, занимая ведущее место среди всех urgentных заболеваний.

Разногласия у хирургов возникают при выборе объема операции, целесообразности одно-, двух- и много моментных операций.

Существующие оперативные вмешательства можно разделить на две большие группы: паллиативные и радикальные. Имеются несколько способов резекции жизнеспособной СК с первичным анастомозом, удельный вес которых среди всех радикальных операций составляет 36,7%. Средний показатель летальности у больных, оперированных на толстой кишке с наложением анастомоза ручным способом, равен 8-10%. После оперативных вмешательств на левой половине ободочной кишки летальность выше, чем на правой половине.

При накладывании двухрядного шва в условиях плановой хирургии толстой кишки, частота несостоятельности анастомозов составляет 5-17%. В условиях ургентной хирургии этот показатель значительно увеличивается и составляет 19-25%. При формировании межкишечных соустьев однорядным швом, частота несостоятельности анастомоза составляет 0,47-2,6%. Существенно снижает вероятность развития несостоятельности использование инвагинационного анастомоза. В связи с этим, вполне оправдан поиск новых методов формирования кишечных анастомозов.

Важно отметить, что по сей день до конца не решенным и актуальным является проблема хирургической реабилитации колостомированных больных. Еще одним вероятным фактором риска послеоперационных осложнений выступают длительные сроки стоманосительства и сложности при выполнении РВО, которые часто сопровождаются послеоперационными (18–20%), гнойно-воспалительными (22–26%) осложнениями и летальным исходом - 3–7%.

В связи с развитием медицинской науки и техники в последние годы стали появляться отдельные сообщения хирургов по применению лапароскопических операций. Однако, “традиционные” восстановительные операции значительно преобладают над лапароскопическими. Данные литературы свидетельствуют, что при ургентных осложнениях заворота сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни на сегодня оперативные вмешательства в подавляющем большинстве случаев завершаются выполнением операции Гартмана.

Частота её выполнения колеблется от 37% до 62%, а также требует выполнения восстановительного этапа операции, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих послеоперационных осложнений (до 25 - 60%) и высокой летальностью (6 - 35%). При этом, не имея тенденции к снижению. Хирургическая реабилитация колостомированных больных далеки от своего окончательного решения, а проведение восстановительного этапа в 40-72% наблюдений невозможно или сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений, с летальностью до 19,4%.

В литературе также известны оперативные вмешательства, где радикальные операции завершаются формированием У-образного анастомоза, которые, однако не получили широкого практического применения.

Таким образом, анализ литературы показал, что исследователи при рассмотрении данной проблемы уделяют внимание лишь определенной части данной проблемы, что на наш взгляд является причиной относительно стабильно высоких показателей послеоперационных осложнений и летальности. В связи с этим, представленная монография является актуальным и направлена на улучшение ближайших и отдаленных результатов данного контингента больных.

ГЛАВА I

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (обзор литературы)

§1.1. Эпидемиология, этиопатогенез и клинические аспекты при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки

В настоящее время во всем мире особый интерес представляют пациенты с ургентными заболеваниями толстой ободочной кишки неопухолевого генеза. Так, ЗСК в ургентной хирургии, одно из самых грозных заболеваний органов брюшной полости, которая среди других форм толстокишечной непроходимости составляет 10-15% [Носиров М.М., 2020; Эгамов Ю.С., 2022; McVay D.P., 2014]. Высокая заболеваемость заворотом характерна для некоторых народностей Африки и Азии, южной Америки. В США более высокий процент заболеваемости среди афроамериканского населения (67%), чем среди белых [Азизов С.Б., 2015; Носиров М.М., 2020; Акназаров К.К., 2022].

Множество клинических форм ОКН затрудняют раннюю диагностику, а различные виды – характер оперативных вмешательств. Объем лечения нередко определяется только во время операции после оценки патологических изменений [Томнюк Н.Д., 2016].

В настоящее время значительно реже стали встречаться узлообразование и инвагинации [Рахматуллин Ю.Я., 2012]. При этом, отмечается рост частоты спаечной непроходимости, где наиболее часто встречаются послеоперационные осложнения и летальные исходы [Алиев С.А., 2019].

Частота ОКН достигает 7-8% среди всех госпитализированных с острыми заболеваниями органов брюшной полости в хирургические стационары, с летальностью 5,1-8,4%, занимая ведущее место среди всех

ургентных заболеваний [Савельев, В.С., 2014; Тотиков В.З., 2015; 2017]. Эти показатели соответствуют данным зарубежных коллег [Wang Q., 2009].

Толстокишечная непроходимость развивается при самых различных заболеваниях, однако наиболее часто при опухолях толстой кишки. Особый интерес представляют пациенты с ОКН неопухолевого генеза. Среди всех форм ОКН на долю толстокишечной приходится 29-40%. У лиц пожилого и старческого возраста, этот показатель составляет 52,9% [Ланцов И.С., 2018; Хожаев А.А., 2017; Massimo Sartelli, 2020]. ЗСК в ургентной хирургии, одно из самых грозных заболеваний органов брюшной полости, которая среди других форм толстокишечной непроходимости составляет 10-18%. Кроме этого, в 2-9% наблюдений причиной непроходимости толстой кишки является дивертикулит, в 6% – инвагинации кишечника, в 1,4-7,1% – рубцы и спайки и другие заболевания [Носиров М.М., 2020; McVay D.P., 2014].

Высокая заболеваемость заворотом характерна для некоторых народностей Африки и Азии, южной Америки. В США более высокий процент заболеваемости среди афроамериканского населения (67%), чем среди белых [Носиров М.М. 2020; Вас В., 2004].

По частоте летальных исходов среди ургентных заболеваний органов брюшной полости ЗСК занимает одно из первых мест, составляя 4,3–18,9%, а среди лиц пожилого и старческого возраста – до 36,0% [Тотиков В.З., 2017]. По данным мета-анализа проведенным в Российской Федерации послеоперационная летальность установлена на уровне 15%, а в отдельных регионах – более 20%, достигая 50-80% при гангренозно измененной кишке. При этом отмечается, что эти показатели не имеют тенденцию к снижению [Медоев В.В., 2009].

Летальность при ОКН отмечается в пределах 13,4–40%, а при некоторых её видах достигает 50–78,4% и не имеет тенденции к снижению [Гаврилик Б.Л., 2012]. По частоте летальных исходов среди ургентных заболеваний ЗСК занимает ведущее место, которая отмечается в 4,3–18,9% случаев, а у лиц старше 60 лет и при гангрене кишечника эти показатели колеблются в пределах 36- 80% [Медоев В.В., 2009; Тотиков В.З., 2017].

Спаечная непроходимость толстой кишки встречается значительно реже. Чаще спаечный процесс вызывает обтурационную толстокишечную непроходимость [Измайлов А.Г., 2016; Melkonian E., 2017].

Экономическая значимость лечения данной патологии наглядно иллюстрируется следующим сравнением: прямые затраты системы здравоохранения на лечение пациентов с ОКН в Финляндии примерно равны затратам на лечение больных с раком желудка и раком прямой кишки [Kössi J., 2004]. Бобкова И.В. с соавт. (2021) в своем труде приводят данные, что хирургическому острой кишечной непроходимости (ОКН) в Соединенных Штатах подвергаются более трети (36,7%) пациентов, а затраты на стационарное лечение одного случая составляют порядка \$ 80.000. При этом госпитальная летальность находится в пределах 3-6% [Бобкова И.В., 2021].

В последние годы диагностика и лечение ОНТК улучшились, однако, послеоперационная летальность остается высокой даже в специализированных стационарах, составляя 16,0 до 52% [Ачкасов С.И., 2019;2020; Грошилин В.С., 2015; Гурьянов А.А., 2019; Клинические рекомендации, 2021; Schardey H.M., 2017].

Выбор способа оперативного вмешательства (лапароскопия, лапаротомия) зависит от причины нарушения пассажа по кишке, выраженности спаечного процесса и непроходимости, состояния кишки. Консервативное лечение больных со спаечно-рубцовой непроходимостью толстой кишки малоэффективна [Melkonian E., 2017]. Лапароскопическое вмешательство у пациентов с ОСКН рекомендуется при не более трех лапаротомных операций в анамнезе, отсутствии выраженного расширения тонкой кишки (более 4 см) или признаков перитонита [Ларичев С.Е., 2013; Grafen F C, 2010].

Среди этиологических факторов ЗСК можно выделить две группы – предрасполагающие и производящие [Белкания С.П., 1983]. У молодых людей частой причиной ЗСК бывают врожденной, а у пожилых – приобретенной [Northeast A., 1984]. Провоцирующими факторами могут быть погрешности в диете, переедание, прием большого количества пищи

одновременно, особенно после длительного голодания [Медоев В.В., 2009]. Частым фактором, провоцирующим ЗСК, является внезапное повышение внутрибрюшного давления в результате поднятия больших тяжестей или резкого напряжения брюшной стенки [Носиров М.М., 2020].

Норенберг-Чарквиани А.Е. (1969) считала задержку газов и стула основным симптомом ЗСК. При обследовании больных с ЗСК можно отметить симптом Обуховской больницы. Однако он более характерен для поздних стадий толстокишечной непроходимости. Специфичным для ЗСК считают симптом Цеге-Мантейфеля [Медоев В.В., 2009]. Медленное развитие объясняется наличием заворота с неполным прекращением кровоснабжения сигмовидной ободочной кишки [Носиров М.М., 2020].

Болезнь Пайра - широко распространенное, но редко диагностируемое заболевание, которое проявляется абдоминальным болевым синдромом, упорными запорами и хроническим толстокишечным стазом [Дорофеева Е.И., 2008]. Показаниями к операции служат: выраженность клинической симптоматики, безуспешность неоднократных курсов комплексной консервативной терапии. Экстренному хирургическому вмешательству подлежат пациенты, у которых течение заболевания осложнилось ЗСК с развитием острой кишечной непроходимости [Шельгин Ю.А., 2017]. Объем хирургического вмешательства в таких случаях должен быть не менее гемиколэктомии [Медоев В.В., 2009; Шельгин Ю.А., 2017].

Несмотря на разнообразие и выраженность клинических проявлений ЗСК, лишь 20-22% случаев госпитализируются спустя сутки от начала заболевания [Томнюк Н.Д., 2016; Клинические рекомендации, 2021].

Диагноз ОКН устанавливается на основании: клинических (схваткообразные боли в животе, прекращение отхождения стула и газов, тошнота, рвота); лабораторных (признаки гиповолемии и нарушения водно-электролитного баланса); инструментальных (нарушение пассажа контрастного вещества по кишечнику при обзорной рентгенографии живота с рентгеноконтрастными средствами, содержащими йод, "маятникообразное"

движение содержимого кишки при УЗИ брюшной полости) данных [Савельев В.С., 2044; Group O.L., 2011].

Всем пациентам с подозрением на ОКН, рекомендуется выполнить лабораторные исследования, а также выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости с целью выявления признаков кишечной непроходимости. Эффективность метода достигает 65,4-82% [Савельев В.С., 2014; Ларичев С.Е., 2013].

Рентгенологическое исследование имеет важное значение в диагностике этого заболевания. Классическим рентгенологическим симптомом является наличие светлой двустволки или «автомобильной шины». Чаши Клойбера при ЗСК встречаются в $\frac{2}{3}$ случаев. При подозрении на ЗСК кишки эффективной может оказаться ректороманоскопия и фиброколоноскопия [Белкания И.С., 1983; Медоев В.В., 2009].

Характерными эндоскопическими признаками являются изменения окраски слизистой оболочки кишки вблизи места препятствия. Лапароскопия используется при спорных клинических ситуациях [Сажин А.В., 2016; Гордеев С.А., 2020]. Особенно трудно диагностировать ЗСК при наличии у больного спаечной болезнью. Эффективность УЗИ в диагностике странгуляции составляет 53,3 - 87%. Метод позволяет эффективно дополнить диагностическую программу и констатировать ОКН у 72 - 94% пациентов, ее уровень у 66,7 - 80%, причину у 48 - 63% пациентов и оценить функциональное состояние кишки [Hamada T., 2007].

Колоноскопия. Всем пациентам с подозрением на толстокишечную непроходимость проводится колоноскопия для установления причины, уровня непроходимости, а также, в случае ЗСК, с целью проведения его расправления [Носиров М.М., 2020; Fikry A, 2010]. Интенсивное развитие медицинской науки в последние годы привело к более глубокому пониманию механизмов патогенеза ОКННГ. Несмотря на широкое внедрение КТ и МРТ, диагностическая лапароскопия в ряде случаев остается методом окончательного выбора тактики ведения пациента с ОКННГ.

Компьютерная томография (КТ) с двойным контрастированием при наличии технической возможности проводится всем пациентам с подозрением на ОКН в качестве дополнительного метода исследования с целью определения причины, уровня непроходимости, возникновения ишемических нарушений стенки кишки. По данным разных авторов точность метода в дифференциальной диагностике механической и динамической непроходимости составляет 83-94%, причины обструкции у 85-87%, уровня непроходимости у 93%, а странгуляции 43-85% [Jaffe T.A., 2006].

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости по эффективности сравнима с мультиспиральной компьютерной томографией и УЗИ. Его чувствительность в констатации ОКН составляет - 86 - 100%, а специфичность - 90 - 100% [Beall D.P., 2002].

Таким образом, в настоящее время сохраняется к росту числа больных с urgentными заболеваниями левой половины ободочной кишки, подлежащих хирургическому лечению. Полиэтиологичность, тяжесть клинических проявлений и сложности диагностики вызывают настоятельную необходимость проведения дальнейших исследований.

§1.2. Современное состояние проблемы хирургического лечения urgentных заболеваний ободочной кишки неопухолевого генеза

По данным исследований последних десятилетий в хирургическом лечении urgentных осложнений при завороте сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни левой половины ободочной кишки многие вопросы при определении хирургической тактики остаются сложными и дискуссионными. Отсутствует единство взглядов о радикальности операции при urgentных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки [Ахметзянов Ф.Ш., 2017; Гиберт Б.К., 2017; Королев П.А., 2018; Beltzer C., 2020]. По данным ряда исследователей, у больных при urgentных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки, хирургическая тактика определяется общим состоянием, наличием

перитонита, интоксикацией организма и степенью метаболических нарушений [Шишкина Г.А., 2016; Якомаскин В.Н. 2019; Abis G.S.A., 2019; Beltzer С., 2020]. Разногласия у хирургов возникают при выборе объема операции, целесообразности одно-, двух- и много моментных операций. Выполнение хирургами одномоментных оперативных вмешательств связано стремлением к раннему восстановлению нормальной жизнедеятельности, однако высокий риск возникновения жизнеугрожающих осложнений вынуждает у 2/3 больных прибегать к формированию толстокишечных стом [Королев П.А., 2018; Ниёзбеков Б.М., 2020; Тотиков В.З., 2017].

Выбор оптимальной хирургической тактики при ЗСК представляет значительные трудности [Белоконев В.И., 2017]. В последние годы для лечения больных с ЗСК стали широко применять эндоскопические. Если ЗСК удалось развернуть, то дальнейшая тактика может быть различной. Эффективность разворачивания заворота через эндоскоп снижается частым развитием рецидива. Основным методом лечения ЗСК следует считать хирургический, которые можно разделить на две большие группы: паллиативные и радикальные [Носиров М.М., 2020].

После расправления ЗСК довольно часто наблюдаются его рецидивы [Белкания С. П., 1983]. В связи с этим предложено фиксация СК или укорочение ее брыжейки по Гаген-Торн И.Э. [Медоев В.В., 2009; Яковлева С.В., 2018; Носиров М.М., 2020]. Существует несколько способов резекции жизнеспособной СК с первичным анастомозом. Многие хирурги для предупреждения несостоятельности анастомоза считают целесообразным накладывать проксимальный кишечный свищ [цит. Чернядьев С.А., 2019].

По сборной статистике отечественных и зарубежных авторов, удельный вес резекции СК с анастомозом среди всех радикальных операций составляет 36,7%. Рецидивы после резекций СК встречаются редко [Норенберг-Чарквиани А. Е., 1969].

Основные принципы кишечного анастомозов имеют более чем вековую историю [Шельгин Ю.А., 2018]. Однако, новые методики формирования

анастомозов продолжают и по сей день [Ботиров Ж.А., 2023; Мамадиев А.М., 2023; Cauchy F., 2017].

Хороший результат оперативного вмешательства во многом зависит от деталей формирования анастомоза и прежде всего от техники кишечного шва [Нестеров М.И. 2015; Федорин П.И., 2015; Vatirov A.K., 2021; Calin M.D., 2013].

Несмотря на совершенствование техники наложения ручных и механических тонкотолстокишечных анастомозов, высокое качество современных шовных материалов и сшивающих аппаратов, на сегодняшний день не удается преодолеть негативные стороны этих способов анастомозирования [Шельгин Ю.А., 2017; Томнюк Н.Д., 2021].

Средний показатель летальности у больных, оперированных на толстой кишке с наложением анастомоза ручным способом, равен 8-10 %, при этом его колебания по данным разных авторов составляют от 0,5 до 40 %. После оперативных вмешательств на левой половине ободочной кишки летальность выше, чем на правой половине [Christou N., 2020].

При накладывании двухрядного шва в условиях плановой хирургии толстой кишки, частота несостоятельности составляет 5-17% [Корепанов В.И., 1997], тогда как в условиях ургентной хирургии этот показатель значительно увеличивается и составляет 19-25%. При формировании анастомозов однорядным швом частота несостоятельности составляет 0,47-2,6%. Среди ручных швов наиболее физиологичным признают однорядный шов, что способствует более гладкому течению раневого процесса. Существенно снижает вероятность развития несостоятельности использование инвагинационного анастомоза [Мадазимов М.М., 2022].

Дальнейшая разработка этого направления привела к созданию компрессионных устройств [Гиберт Б.К., 2014]. Однако, в настоящее время большинство хирургов предпочитают использовать анастомозы, наложенные ручным способом [Heissenberger H., 1992]. Считается, что в зоне анастомоза происходит два диаметрально противоположных процесса. Первый, определяемый механической прочностью шва и имеющий максимум в

момент наложения, зависит в большей мере от рядности наложенных швов. В последующие сутки механическая прочность и герметичность неуклонно падают, достигая максимума снижения этих свойств на 4-7 сутки. Второй процесс - это биологическая прочность шва, которая и определяется процессами коллагеногенеза. Лизис коллагена достигает максимума также к 4-7 суткам. Еще одним немаловажным фактором, снижающим прочность кишечных соустьев, является инфицирование самой зоны анастомозируемых тканей [Li Z., 2019]. Исследователи до сих пор не пришли к единому мнению о преимуществе того или иного методов [Алиев Ф.Ш., 2019; Михин И.В., 2020]. В условиях ургентной хирургии всегда стоит первоочередная задача - спасение жизни, а также решение вопроса о возможности радикального удаления ракового поражения сегмента толстой кишки [Мусаев Д.А. 2017].

В экстренной хирургии резекция левой половины толстой кишки представляет собой сложную задачу при завороте сигмы с некрозом, перфорации или ранения, а также ряда воспалительных заболеваний, приводящих к развитию калового перитонита [Гиберт Б.К., 2014; Вологдин А.А., 2015; Шапринский В.А., 2015; Черкасов М.Ф., 2020]. Первичный анастомоз в этих условиях обречен на несостоятельность швов, поэтому хирурги ограничиваются формированием толстокишечной стомы [Горичнич А.В., 2017]. Естественно, вышеперечисленное откладывает негативный отпечаток на поведение больного, значительно ухудшает качество его жизни как в социальном, так и в трудовом плане. К сожалению, эта проблема, по данным ВОЗ, за последние десятилетия обостряется во всех странах мира [Царьков П.В., 2017; Горичнич А.В., 2017; Chema Strik, 2016].

Опасность развития несостоятельности швов анастомоза привела к широкому распространению операции Гартмана [Гарманова Т.Н., 2019]. Hartmann Н. в 1921 году на XXX Конгрессе французских хирургов впервые представил эту операцию широкому кругу специалистов, назвав её "новый способ удаления конечной части тазовой ободочной кишки" [Hartmann P.H., 1921]. Данная методика на протяжении вековой истории совершенствовалась, однако показания к ней по сей день существенно не

изменились [Тотиков В.З., 2017; Щаева С.Н., 2017; Ахрамеев В.Б., 2021; Томнюк Н.Д., 2021].

Долгое время широкое распространение имела операция Грекова-П (1928) и операция Микулича [von Mikulicz J., 1938]. В настоящее время при гангрене СК применяют три типа операций: резекцию с анастомозом, операцию типа Грекова-П и операцию типа Гартмана. Следует отметить, что Греков И.И. считал допустимым применять свой 2-й способ только при отсутствии гангрены СК [Норенберг-Чарквиани А. Е., 1969; Носиров М.М., 2020].

Таким образом, urgentные осложнения при ЗСК, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни левой половины ободочной кишки, сохраняют чрезвычайную актуальность, вследствие высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности при формировании первичных анастомозов.

§1.3. Хирургическая реабилитация при urgentных заболеваниях ободочной кишки неопухолевого генеза

В связи с продолжающимся ростом заболеваний кишечника увеличивается количество стомирующих операций, составляя при этом 100-150 пациентов с кишечной стомой на 100000 населения [Тимербулатов М.В., 2018; Мушарапов Д.Р., 2019; Сертакова О.В., 2019; Hughes MJ, 2020; Herschorn S, 2022]. По данным ВОЗ из них более 50% являются трудоспособным населением [ВОЗ, 2001].

Стоманосительство сказывается негативно на поведении пациента, ухудшается качество его жизни в социальном и в трудовом плане. В связи с этим, для восстановления полноценной жизни пациентов возникает настоятельная необходимость проведения восстановительного этапа операции [Ильканич А.Я., 2016; Курыгин А.А., 2022; Hallam S., 2018; Gök AFK, 2019]. Томнюк Н.Д. с соавт. (2021) отмечают, что проведение восстановительных операций после оперативных вмешательств типа Гартмана являются необходимым и в тоже время сложным в техническом

исполнении. При этом сроки и методы проведения восстановительного этапа зависят от причины заболевания [Горпинич А.Б., 2017; Гатауллин И.Г., 2019; Томнюк Н.Д., 2021; Мадазимов М.М., 2022].

При определении сроков выполнения ВО необходим индивидуальный и дифференцированный подход [Азизов Б.Д., 2018]. Следует отметить, что стомы становятся постоянными в 6-32% случаев [Chiu A., 2014].

По данным ВОЗ, за последние десятилетия эта проблема к сожалению, обостряется во всех странах мира. Наблюдается тенденция к увеличению количества стомированных больных по разным причинам, а у многих из них такой объем операции остается пожизненно [Шапринский В.А., 2015; Помазкин В.М., 2016; Chema Strik, 2016; Arezzo A, 2017; Ayaz-Alkaya S., 2019]. Важно отметить, что по сей день до конца не решенным и актуальным является проблема хирургической реабилитации колостомированных больных [Абдуллажанов Б.Р., 2020; Гиберт Б.К., 2018; Шельгин Ю.А., 2018; Черкасов М.Ф., 2020; Daniël P.V., 2019]. Только после восстановления естественного пассажа, восстанавливается психологический статус и трудовая деятельность, которая обеспечивает здоровый образ жизни [Гиберт Б.К., 2018; Горичнич А.В., 2017; Иголкин А.Н., 2017; Цыплаков К.Г., 2019; Gan J, 2017; Everhov ÅN, 2022]. Еще одним вероятным фактором риска послеоперационных осложнений выступают сроки выполнения восстановительных операций, которые могут выполняться в сроки до 3 месяцев, более 3 месяцев, после 6 месяцев, а также в сроки более 1 года и более [Фоменко О.Ю., 2015; Ахметзянов Ф.Ш., 2017; Царьков П.В., 2017; Ибатуллин А.А., 2017; Coroş MF, 2016; Moro-Valdezate D, 2019]. Однако, после РВО частота послеоперационных осложнений составляет от 18–20% случаев гнойно-воспалительные осложнения – 22–26 %, а летальность - 3–7% [Горичнич А.В., 2017; Лунтовский А.М., 2017; Abis G.S.A., 2019].

Томнюк Н.Д., с соавт. (2023) отмечают, что вопрос о сроках и методе восстановления непрерывности толстой кишки, как правило, должен решаться в зависимости от причины заболевания, сроках наложения стомы.

Он может колебаться, как в сторону уменьшения срока, так и увеличения [Томнюк Н.Д., 2023].

В связи с развитием медицинской науки и техники в последние годы стали появляться отдельные сообщения хирургов по применению лапароскопических операций [Стойко Ю.М., 2019; Kita Y, 2020]. Следует отметить, что лапароскопические оперативные вмешательства только начинают внедряться в клиническую практику и данными технологиями владеют лишь единичные специализированные клиники [Кос U, 2017; Giuliani G., 2020]. Роботизированный подход с его преимуществами может потенциально преодолеть техническую сложность лапароскопии, однако чрезмерная дороговизна оборудования в настоящее время ограничивает применение данного подхода во многих странах мира. Заслуживает внимание многоцентровое исследование Richards C. et al. [2015], в котором авторы делают вывод, что на сегодняшний день восстановительные операции открытым способом значительно превалируют над лапароскопическими. Остается высоким уровень конверсии лапароскопических вмешательств, что сдерживает повсеместное применение малоинвазивных технологий.

Данные литературы свидетельствуют, что при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки на сегодня оперативные вмешательства в подавляющем большинстве случаев завершаются выполнением операции Гартмана [Клин. Реком., 2021; Шельгин Ю.А., 2016; Malik T, 2018; Maemoto R, 2021]. Частота её выполнения колеблется от 37% до 62% [Ахметзянов Ф.Ш., 2017; Дарбишгаджиев Ш.О., 2019; Тимофеев Ю.М., 2017; Степченков Р.П., 2019; Giuliani G., 2020], а также требует выполнения восстановительного этапа операции, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих послеоперационных осложнений (до 25 - 60%) и высокой летальностью (6 - 35%) [Вологдин А.А., 2015; Иголкин А.Н., 2017; Грошилин В.С., 2015; Ланцов И.С., 2018; Correa Marinez A. et al., 2020; Giuliani G., 2020]. При этом, не имея тенденции к снижению [Грошилин В.С., 2015; Дарвин В.В., 2018; Шельгин Ю.А., 2018; Ботиров Ж.А., 2023; Мамадиев А.М., 2023].

Наибольшая летальность наблюдается после операции по поводу «черной сигмы» – до 50-80% летальности [Норенберг-Чарквиани А.Е., 1969; Носиров М.М., 2020].

Вопросы хирургической реабилитации колостомированных больных не менее сложны, чем первичные операции и сопровождаются возникновением серьезных послеоперационных осложнений и высокой летальностью (до 19,4%) [Ахметзянов Ф.Ш., 2016; Шельгин Ю.А., 2018; Рычагов Г.П., 2019; Черкасов М.Ф., 2020; Нишанов Ф.Н., 2019; Нишанов М.Ф., 2021; Daniël P.V., 2019].

Некоторые хирурги рекомендуют одномоментную левостороннюю гемиколэктомию с формированием У-образного анастомоза. Отдельными хирургами, в 80-х годах прошлого века во избежание проблем восстановительной операции предложили Т-образные анастомозы по принципу «конец в бок», которые, однако не получили широкого практического применения [Пахомова Г.В., 2003; Федотов В.В., 2009; Сергеев А.А., 2014; Мамадиев А.М., 2023].

Среди неопухолевых заболеваний ободочной кишки ДБ и долихоколон широко распространенное заболевание с высокой вероятностью развития осложнений, требующих хирургической коррекции [Земляной В.П., 2017; Шельгин Ю.А., 2017; Swanson SM, 2018;]. Частота встречаемости дивертикулярной болезни составляет до 24%. При этом около 30 % пациентов находятся в возрасте 50 лет и 70% - 75–80 лет. Отмечается рост заболеваемости в экономически развитых странах, что связано с уменьшением потребления растительной пищи, увеличением продолжительности жизни и высокими психоэмоциональными нагрузками [Horesh N., 2018]. В последние 20 лет отчетливо прослеживается тенденция к «омоложению» этой болезни [Holmer C., 2018; Charlotte El-Sayed, 2018]. В возрастной группе старше 80 лет частота дивертикулярной болезни достигает 70%. В Европе дивертикулы в 90% случаев диагностируют в сигмовидной кишке [Jurowich C., 2014].

Только у 20% лиц с дивертикулезом развиваются клинические симптомы заболевания [Gustafsson U.O., 2018].

Количество «псевдодивертикулов» нарастает в течении всей жизни человека. Причиной образования дивертикулов является утрата эластических свойств соединительной ткани [Шелыгин Ю.А., 2020; Wedel T., 2014].

Дивертикулы чаще локализуются в левой половине ободочной кишки, причем только в сигмовидной кишке у 80-85% больных. С возрастом заболеваемость возрастает. Люди до 40 лет страдают дивертикулезом толстой кишки в 10% случаев. После 70 лет дивертикулы встречаются более чем у половины населения. Наиболее ярко обычно проявляются осложнения дивертикулеза [Ивашкин В.Т., 2016]. Кишечная непроходимость при дивертикулезе толстой кишки носит характер обтурационной. Кишечное кровотечение, как правило, не имеет профузного характера [Савельева В.С., 2014; Чернядьев С.А., 2019; Horesh N., 2018].

Спектр клинических проявлений ДБОК варьируется от бессимптомного дивертикулеза до острых воспалительных осложнений или профузных толстокишечных кровотечений [Абакумов М. М., 2018; Трубачева Ю. Л., 2020; Holmer C., 2018]. При этом до 30% пациентов, поступивших в стационар с клиникой осложнённого дивертикулита, нуждаются в хирургическом лечении уже при поступлении, а летальность может достигать 18-23% [Маскин С.С., 2016; Тимербулатов В.М., 2016; Мильдзихов Г.У., 2017; Панкратова Ю.С., 2021; Lanas A, 2018].

Согласно национальным клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической Ассоциации и Ассоциации колопроктологов России, основной методикой оперативного лечения осложнений ДБОК остаётся резекция толстой кишки в различном объеме с наложением первичного анастомоза или выведением стомы с последующим её закрытием [Ивашкин В.Т., 2016; Holmer C., 2014]. Однако, при накладывании межкишечных анастомозов, безусловно, увеличивается риск несостоятельности швов [Мильдзихов Г.У., 2017; Ачкасов С.И., 2018; Kulu Y., 2015; Neale, 2018]. В этой связи меры, направленные на предотвращение несостоятельности

анастомоза, представляют большой интерес [Salomone Di Saverio, 2016; Schardey H.M., 2017; Daniël P.V., 2019; Hosam Halim, 2019; Beltzer C., 2020].

Выбор метода операции в каждом конкретном случае определяется характером осложнений и распространенностью процесса, изменениями со стороны самих дивертикулов, кишечной стенки и окружающих тканей, наличием или отсутствием перифокального воспаления или перитонита. При хирургическом лечении осложненного дивертикулеза следует отдавать предпочтение многоэтапным операциям [Хожаев А.А., 2017; Дарвин В.В., 2020; Чернядьев С.А. 2019; Исокулов Т.У., 2024; 2025; Cauchy F., 2017].

Резюме. Таким образом, при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, важное медицинское и социальное значение имеет хирургическая реабилитация. Однако, при этом имеются ряд нерешенных вопросов, требующих безотлагательного решения. В частности, одним из основных путей профилактики несостоятельности швов межкишечных соустьев является выбор оптимального способа формирования анастомоза, а также разработка первично-отсроченного «У-образного толстокишечного анастомоза «конец в бок», позволяющей сократить сроки и улучшить результаты восстановительных операций, что в целом, и явилось предметом настоящего исследования.

ГЛАВА II

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

§2.1. Клиническая характеристика больных

В исследовании были соблюдены все этические нормы. Тема научно-квалификационной работы была одобрена и утверждена на заседании кафедры хирургических болезней с урологией Андижанского государственного медицинского института (выписка из протокола №2 от 07.09. 2023 года). При проведении исследований, все больные и родственники подписывали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Центр-участник исследования. 3 хирургическое отделение клиники Андижанского медицинского института и хирургические отделения Республиканского центра экстренной медицинской помощи «АФ».

Гипотеза исследования. При осложнениях ургентных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, резекция его участка, при отсутствии гангренозно измененного его отдела и чрезмерного расширения его приводящего отдела, при дифференцированном подходе оправдано формирование первичных анастомозов, в том числе инвагинационных и «погружных» инвагинационных, а также операция по типу Гартмана и формирование комбинированной «Т-образной» и «У-образной» стомы по модифицированной методике.

Критерии включения. В исследование включаются все больные для ургентного оперативного лечения в объеме, включающем выполнение резекции определенного сегмента левой половины толстого кишечника с формированием первичного толсто-толстокишечного анастомозов, в т.ч. с использованием инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов, а при гангренозно измененном сегменте и чрезмерном расширении его приводящего отдела, операция Гартмана и формирование комбинированной «Т-образной» стомы по принципу «бок в конец» и «У-

образной» стомы по модифицированной методике по принципу «конец в бок».

Критерии включения:

-возраст пациента от 18 лет и старше;

-заворот сигмовидной кишки;

-долихосигма и долихоколон после разворота сигмовидной кишки (СК);

-дивертикулярная болезнь (осложненные формы);

-рубцово-спаечная болезнь;

-выполнение реконструктивно восстановительного оперативного вмешательства - ликвидация колостомы внутрибрюшным способом после операции Гартмана и внебрюшинным способом, при ранее сформированной комбинированной «Г-образной» стомы по принципу «бок в конец» и «У-образной» стомы по модифицированной методике по принципу «конец в бок».

-наличие письменного согласия больного

Критерии не включения:

-наличие опухолевых заболеваний или его рецидив с метастазами и без метастазов;

-полипозы, с вероятностью малигнизации;

-травмы и ранения толстого кишечника, в связи с сочетанием с поражением других органов брюшной полости, что является причиной иной хирургической тактики;

-грубые психические расстройства, препятствующие включению в исследование;

-наличие сопутствующей терапевтической патологии в стадии декомпенсации;

Критерии исключения: отказ от оперативного лечения; невозможность дальнейшего наблюдения.

Причинами экстренных оперативных вмешательств явились заворот сигмовидной кишки (ЗСК), острая рубцово-спаечная непроходимость,

долихосигма и долихоколон после разворота сигмовидной кишки (СК), дивертикулярная болезнь (осложненные формы).

Причинами плановых оперативных вмешательств явились выполнение реконструктивно восстановительного оперативного вмешательства - ликвидация колостомы внутрибрюшным способом после операции Гартмана и внебрюшинным способом по модифицированной методике.

За период с 2014 по 2022 годы в хирургических отделениях клиники Андиганского медицинского института и РНЦЭМП «АФ» оперировано 139 исследуемых больных, которые условно выделены в две группы:

- **группа сравнения** – (2014-2018 годы) - 81 (58,3%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- **основная группа** – (2019-2022 годы) - 58 (41,7%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

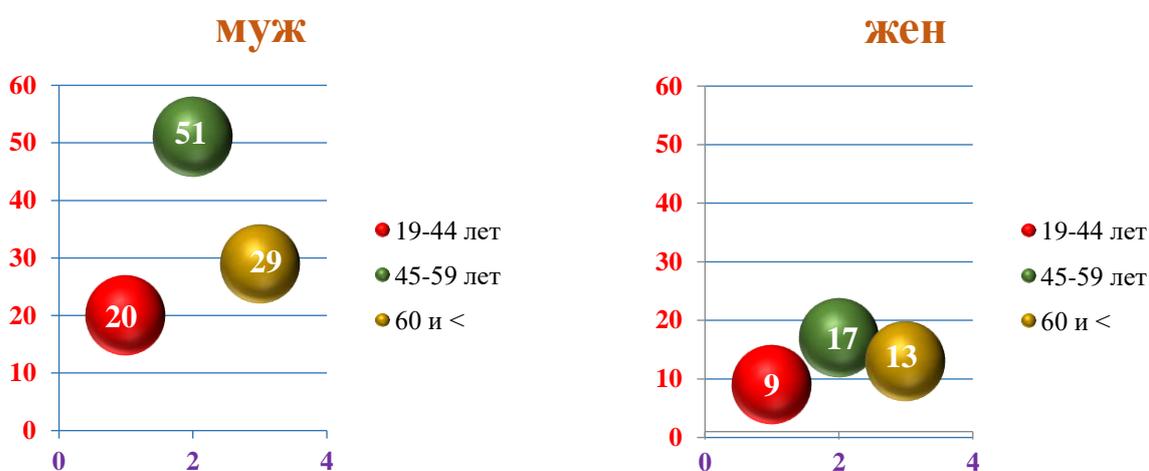


Рис. 2.1. Распределение больных в исследуемых группах

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г.): 1) юношеский возраст, 2) молодой, 3) средний или зрелый, 4) пожилой. При этом пациенты пожилого (60-74 года) и старческого (75-90 лет) возраста объединены в одну группу. Следует отметить, что пациенты юношеского возраста и долгожителей (старше 90 лет) среди наших пациентов не было. Возрастной

ценз составил 19-78 лет. Распределение пациентов по полу и возрасту в исследуемых группах, которые подлежали экстренным оперативным вмешательствам представлены в объединенном виде (таблице 2.1).

Таблица 2.1

Распределение по полу и возрасту

Пол	Возраст (по годам)							
	19-44		45-59		60 и <		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	20	14,4	51	36,7	29	20,9	97	69,8
Женщины	9	6,5	17	12,2	13	9,3	42	30,2
Всего	29	20,9	68	48,9	42	30,2	139	100

Как видно из таблицы 2.1., при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза наибольший контингент, составили больные в возрасте 45-59 лет – 60 (48,9%), т.е. в зрелом возрасте, которые составляют наиболее трудоспособную часть населения и имеет важное медицинское и экономическое значение. В возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте в экстренном порядке оперированы 29 (20,9%) больных, которые являются будущим нашего общества. В возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте в экстренном порядке оперированы 42 (30,2%) больных, что имеет важное медико-социальное значение.

При анализе по половому признаку неопухолевыми заболеваниями левой половины ободочной кишки, подлежащим экстренным оперативным вмешательствам мужчины составили 97 (69,8%), а женщины – 42 (30,2%) с соотношением 2:1. Так как, в основном, за материальное обеспечение ответственны мужская часть населения, данный фактор также подтверждает актуальность данной проблемы.

Исследуемые больные, где причинами экстренных оперативных вмешательств явились urgentные заболевания левой половины толстого кишечника неопухолевого генеза представлены на рис. 2.2.

Причины экстренных оперативных вмешательств

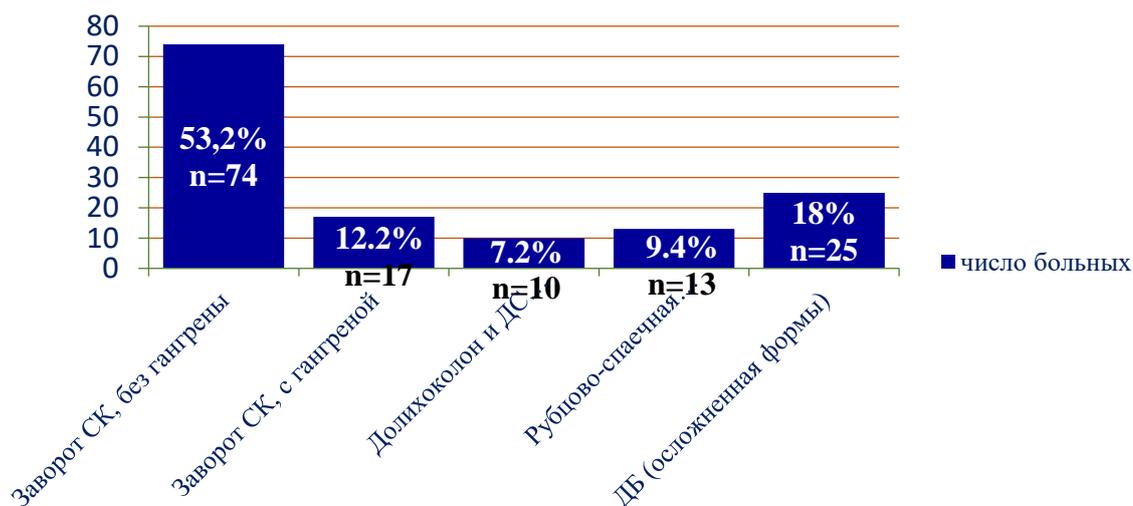


Рис. 2.1. Причины экстренных оперативных вмешательств в исследуемых группах

Как видно на рис. 2.2, при ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (139 больных), причиной экстренных оперативных вмешательств явились ЗСК, без гангрены кишечника - у 74 (53,2%) больных, ЗСК с гангреной кишечника – у 17 (12,2%), долихоколон и долихосигма – у 10 (7,2%), а также рубцово-спаечная непроходимость – у 13 (9,4%) и дивертикулярная болезнь (осложненная формы) – у 25 (18,0%) больных.

На хирургическую тактику и исходы хирургического лечения важную роль играют сроки выполнения оперативных вмешательств после поступления больных в стационар. Нами у исследуемых больных рассмотрены сроки выполнения оперативных вмешательств, что представлено в таблице 2.2. Как видно из таблицы 2.2, при ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (139 больных), от начала госпитализации экстренным оперативным вмешательствам наиболее часто подлежали в первые 6 часов - 52 (37,4%) больных и от 7 до 24 часов – 36 (25,9%) больных. Данное обстоятельство позволяет судить о хорошей осведомленности населения и улучшения до госпитальной диагностики.

Таблица 2.2

Сроки выполнения оперативных вмешательств

Показатели		Число больных	
		абс	%
Время от начала госпитализации	до 6 часов	52	37,4
	от 7 до 24 часов	36	25,9
	от 24 до 48 часов	24	17,3
	Более 2-х суток	27	19,4
Всего:		139	100,0

От начала госпитализации экстренным оперативным вмешательствам в сроки от 24 до 48 часов подлежали 24 (17,3%) больных и в сроки более 2-х суток – 27 (19,4%), что было связано с тяжестью исходного состояния, обусловленное основным заболеванием и наличием сопутствующей терапевтической патологии, требующей коррекции.

При диагностировании сопутствующей патологии, в стадии суб- и декомпенсации больные переводились в соответствующие отделения или же выписывали из стационара, с рекомендацией хирургического лечения после коррекции сопутствующей терапевтической патологии.

Таблица 2.3

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии

Сопутствующая терапевтическая патология	Число больных (n=139)	
	абс	%
сердечно-сосудистой системы	28	20,1
сахарный диабет	7	5,0
ожирение	9	6,5
дыхательной системы	6	4,3
заболевания гепатобилиарной	5	3,6
мочеполовой системы	4	2,9
Всего:	59	42,4

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии у исследуемых больных подлежащим экстренным оперативным вмешательствам представлены в таблице 2.3.

Как видно из таблицы 2.3., при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (139 больных), наиболее частыми причинами сопутствующей терапевтической патологии явились заболевания сердечно сосудистой системы – у 28 (20,1%) больных. При выполнении экстренных оперативных вмешательств сопутствующая терапевтическая патология в виде сахарного диабета (преимущественно второго типа) диагностировано у 7 (5,0%) больных, ожирение – у 9 (6,5%), заболевания дыхательной системы - у 6 (4,3%), заболевания гепатобилиарной системы – у 5 (3,6%) и мочеполовой системы – у 4 (2,9%) больных.

В целом, при выполнении экстренных оперативных вмешательств у исследуемых больных сопутствующая терапевтическая патология диагностирована у 59 (42,4%) больных, что существенно влияло на течение послеоперационного периода и исходы хирургического лечения.

Диагностирование сопутствующей патологии отягощало течение основного заболевания и вызывало определенные трудности в период предоперационной подготовки и в послеоперационном ведении, что вызывало необходимость совместного лечения с соответствующими специалистами. У исследуемых больных также диагностирована сочетанная хирургическая патология.

Характер и частота сочетанной хирургической патологии у исследуемых больных представлены в таблице 2.4. Как видно из таблицы 2.4., при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (139 больных), сочетанная хирургическая патология диагностирована в виде вентральных грыж у 9 (6,5%) больных, ЖКБ – у 7 (5,0%), миома матки и кисты яичников – у 3 (2,1%) и 6 (4,3%), соответственно, а также эхиноккоз печени – у 4 (2,9%) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – у 4 (2,9%) больных.

Таблица 2.4

Характер и частота сочетанной хирургической патологии

Сочетанная хирургическая патология	Число больных (n=139)	
	абс	%
вентральные грыжи	9	6,5
желчнокаменная болезнь	7	5,0
миома матки	3	2,1
кисты яичников	6	4,3
эхиноккоз печени	4	2,9
язвенная болезнь 12-перстной кишки	4	2,9
Всего:	33	23,7

В целом, при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза (139 больных), сочетанная хирургическая патология диагностирована у 33 (23,7%) больных, что создавало определенные трудности в определении хирургической тактики.

Таблица 2.5

Характер выполненных оперативных вмешательств

Объем операций	Число больных	
	абс	%
Первичные анастомозы	54	38,8
Колостомия по типу Гартмана	51	36,7
«Т-образная» стома с анастомозом «бок в конец»	15	10,8
«У-образная» стома с «погружным» анастомозом «конец в бок»	19	13,7
Всего:	139	100

Выбор парвильной тактики и характера операции при urgentных забоеваниях ободочной кишки также имело занчение.

У исследуемых больных характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице 2.5.

Как видно из таблицы 2.5., у исследуемых больных (139), по объему выполненных экстренных оперативных вмешательств включающем выполнение резекции определенного сегмента левой половины толстого кишечника с формированием первичного толсто-толстокишечного анастомозов, в т.ч. с использованием инвагинационных и «погружных» инвагинационных анастомозов, а при гангренозно измененном сегменте и чрезмерном расширении его приводящего отдела, операция Гартмана и формирование комбинированной «Т-образной» стомы и «У-образной» стомы по нашей методике выглядело следующим образом: первичные анастомозы сформированы у 54 (38,8%) больных, колостомия по типу Гартмана у 51 (36,7%), а также «Т-образная» комбинированная стома - у 15 (10,8%) и «У-образная» стома - у 19 (13,7%).

Наряду с этим в последние годы при формировании первичных анастомозов, в основной группе, широко пользовались применением «погружного» инвагинационного анастомоза.

2.2. Методы исследования

Больные обследованы согласно установленному протоколу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. При первичном поступлении больных в виду ургентности состояния и их отсутствия КТ и МСКТ не проводилось. Однако, при подготовке к РВО КТ и МСКТ проводилась в частной клинике или клинике АндГосМИ.

Также, больным проводилось лабораторное исследование крови, общий анализ мочи, электрокардиография.

Пациентам с сопутствующими заболеваниями выполнялись дополнительные исследования после консультации профильных специалистов.

2.1. Ультразвуковые методы исследования

УЗИ были выполнены всем больным на аппарате «Siemens Sonoline Elegra» (Германия) и «Philips IU22» (Нидерланды). Ультразвуковое

исследование, являясь не инвазивным методом, которая позволяет установить диаметр петель кишечника, перистальтику, распространенность процесса, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

УЗИ начинали в приемном отделении и при необходимости проводили повторное УЗИ в динамике в отделении лучевой диагностики.

2.2. Пальцевое исследование прямой кишки выполняют во всех случаях, когда пациент предъявляет жалобы на боли в области ануса, промежности, нарушения функций органов малого таза, деятельности кишечника. Оно всегда предшествует инструментальному ректальному исследованию (аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия) и позволяет решить вопрос о возможности проведения последнего, избежать серьезных осложнений при резком сужении анального канала или просвета прямой кишки опухолью, воспалительным инфильтратом. Пальцевое ректальное исследование дает возможность выявить заболевания, патологические изменения, воспалительные инфильтраты, кистозные и опухолевые образования анального канала и прямой кишки.

Для оценки общего соматического статуса больных и определения их физиологических ресурсов использованы методы объективного обследования: клинические, биохимические анализы и общий анализ мочи.

Подготовка толстой кишки для исследования осуществлялась назначением бесшлаковой диеты, слабительных, аспирацией желудочного содержимого и по показаниям, очистительных клизм. Эндоскопическое исследование толстой кишки выполнено всем больным.

Следует отметить при подготовке больных к специальным методам исследования проводились очистительные клизмы (стадия субкомпенсации и декомпенсации) и прием осмотических слабительных средств (стадия компенсации). Для лучшей визуализации при проведении лучевых исследований больным дают выпить 1,5 литра раствора сорбитола.

2.3. Эндовидеоскопическая диагностика

По определенным показаниям, больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия. ФГДС ФКС проводили гибким фиброгастроскопом и фиброколоноскопом "Olympus CFQ180AL" (Япония) и "Olympus CFQ160ZL" (Япония). Перед выполнением ректороманоскопии и фиброколоноскопии прямую кишку исследовали per rectum.

Данный метод исследования при умеренном сужении кишки позволяет установить макроскопическую картину слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

2.4. Рентгенологические методы исследования

Ирригоскопию выполняли на аппарате Siemens AXIOM Luminos dRF (Германия). У всех больных проводилась рентгенография органов брюшной полости. Данный метод использовался в приемном отделении у всех пациентов с клинической картиной катастрофы в брюшной полости. Рентгенологическое исследование, является методом первостепенной важности в установлении кишечной непроходимости.

Одновременно проводилась рентгеноскопия органов грудной полости, при которой выяснялось состояние легочной ткани, сердца, крупных сосудов, наличие метастазов рака ободочной кишки, наличие признаков гидроторакса.

2.5. Компьютерная томография

Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости была выполнена на аппарате "Siemens Definition AS 128», (Германия).

2.6. Магнитно-резонансная томография

В нашем исследовании МРТ органов малого таза было выполнено на томографе "Siemens Verio 3T» (Германия).

2.7. Статистическая обработка материала

Статистическую значимость данных, собранных в результате исследования, изучали с помощью Epi Info, R commander и офисного пакета Microsoft Excel 2021. С целью определения статистической значимости полученных данных рассчитывали χ^2 и p по формуле критериев Пирсона, а также по T-Student. Статистически достоверными считались результаты, при которых значение « p » составляло величину менее, либо равную 0,05.

Резюме. Таким образом, в абдоминальной хирургии определенное место занимают urgentные заболевания левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза. При этом, хирурги оказываются в затруднительном положении при определении объема и характера оперативного вмешательства (формирование первичных анастомозов или накладывание колостомы как первый этап и его ликвидация, как второй этап), что явилось предметом настоящего исследования.

ГЛАВА III

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

§3.1. Протокол ведения пациентов в предоперационном периоде

Клинический диагноз устанавливался по данным комплексного подхода к диагностике, которая проводилась по утвержденному протоколу Министерства Здравоохранения РУз. Предоперационная подготовка наших больных начиналась и проводилась параллельно с диагностическими мероприятиями с момента поступления в хирургическое отделение.

Мероприятия начинались с коррекции гомеостаза, введения назогастродуоденального зонда для декомпрессии желудка, назначения спазмолитиков и анальгетиков с антибиотиками широкого спектра действия, а также по показаниям, проведением очистительных клизм.

При первичном осмотре проводился сбор анамнеза и консультации специалистов смежных специальностей. Все пациенты обследованы в соответствии со стандартами дооперационного обследования.

Всем больным в обязательном порядке производилось лабораторное исследование крови, общий анализ мочи, электрокардиография. Каждый больной подписывал письменное согласие на участие в исследовании в установленной форме до начала операции. Пациентам с сопутствующими заболеваниями выполнялись дополнительные исследования после консультации профильных специалистов.

По мере получения результатов лабораторных данных, а также исходя из анамнестических данных (наличие сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и т.д.) нами активно велась работа по вызову соответствующих специалистов для консультации и коррекции сопутствующей терапевтической патологии.

При проведении трансфузий их терапия была направлена на детоксикацию, коррекцию водно-электролитного баланса и стабилизацию

гемодинамики. Удаленный во время операции препарат так же подвергался оценке до фиксации в растворе формалина для последующего гистологического исследования.

§3.2. Хирургическая тактика в группе сравнения

В соответствие целью и задачами исследования в группе сравнения нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения исследуемых больных оперированных в экстренном порядке.

Причины экстренных оперативных вмешательств в группе сравнения представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1

Характер ургентного заболевания и время к началу оперативных вмешательств в группе сравнения

Причины экстренных операций	Время от начала операции (n=81)								Всего	
	до 6 ч		7-24 ч		24-48 ч		Более 48 ч			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ЗСК, без гангрены	24	29,6	12	14,8	4	4,9	2	2,5	42	51,9
ЗСК с гангреной	1	1,2	3	3,7	2	2,5	5	6,2	11	13,6
Доликолон и ДС	-	-	-	-	-	-	6	7,4	6	7,4
Рубцово-спаечная непроходимость	-	-	2	2,5	3	3,7	2	2,5	7	8,6
ДБ (ослож. формы)	2	2,5	2	2,5	6	7,4	5	6,2	15	18,5
Всего:	27	33,3	19	23,5	15	18,5	20	24,7	81	100

Как видно из таблицы 3.1., причинами экстренных оперативных вмешательств в группе сравнения явились ЗСК без гангрены кишечника у 42 (51,9%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 11 (13,6%). Также причинами экстренных оперативных вмешательств в группе сравнения явились рубцово-спаечная непроходимость – у 7 (8,6%),

доликолон и долихосигма (ДС) – у 6 (7,4%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 15 (18,5%) больного.

При выполнении экстренных оперативных вмешательств важное значение имеет сроки (время) от поступления в стационар до выполнения операции с учетом длительности заболевания. Так в группе сравнения ретроспективный анализ показал, что оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов - у 27 (33,3%) больных, в сроки 7-24 часов – у 19 (23,5%), в 25-48 часов – у 15 (18,5%) и более 48 часов – у 20 (24,7%) больных.

Заслуживают особого внимания 15 (18,5%) больных оперированные в сроки 25-48 часов после поступления в стационар и 20 (24,7%) больных, оперированные в сроки более 48 часов. Этот контингент, в основном, составили лица старше 60 лет с относительно поздней госпитализацией от начала заболевания с явлениями интоксикации и с наличием тяжелых форм сопутствующей терапевтической патологии. Этим больным проводилась соответствующая коррегирующая терапия с учетом рекомендаций соответствующих специалистов.

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии представлено в таблице 3.2.

Как видно из таблицы 3.2., в группе сравнения сопутствующая терапевтическая патология составила в виде заболевания ССС – у 11 (13,5%), Сахарный диабет (преимущественно второго типа) – у 1 (3,7%) и ожирение – у 4 (4,9%) больных, что вызывало определенные трудности при определении хирургической тактики и влияло на исходы лечения. Вместе с тем при сопутствующая терапевтическая патология в виде заболевания дыхательной системы (хронический бронхит, хронический бронхит с астмотоидным компонентом) диагностировано – у 4 (4,9%) больных, заболевания гепатобилиарной системы (хронический гепатит, хронический панкреатит) – у 3 (3,7%) и мочеполовой системы (хронический пиелонефрит) – у 2 (2,4%).

Таблица 3.2

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии

Сопутствующая терапевтическая патология	Причины экстренных операций (n=81)									
	ЗСК без гангрены		ЗСК с гангреной		ДК и ДС		Рубцово спаечная болезнь		ДБ (осложн. формы)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ССС	2	2,5	3	3,7	3	3,7	1	1,2	2	2,5
Сахарный диабет	-	-	1	1,2	1	1,2	-	-	1	1,2
Ожирение	2	2,5	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-
Дыхательная система	1	1,2	-	-	1	1,2	2	2,5	-	-
Гепатобилиар систем	-	-	2	2,5	-	-	-	-	1	1,2
Мочеполов система	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2	-	-
Всего:	6	7,4	7	8,6	6	7,4	4	4,9	4	4,9

Сопутствующая терапевтическая патология наиболее часто диагностировано при ЗСК – у 13 (16,1%) больных.

Характер и частота сочетанной хирургической патологии при выполнении экстренных оперативных вмешательств, что представлено в таблице 3.3.

Как видно из таблицы 3.3., в группе сравнения сочетанная хирургическая патология составила в виде вентральных грыж – у 4 (4,9%) больных, ЖКБ - у 3 (3,7%), кист яичников у – 4 (4,9%) больной, эхинококкоз печени – у 2 (2,4%) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – у 3 (3,7%) больных. Так при ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника диагностированы вентральные грыжи – у 1 (1,2%) больного, ЖКБ – у 1 (1,2%) и киста яичников – у 1 (1,2%) больной и эхинококкоз печени также у 1 (1,2%) больного. При ЗСК сопровождающейся с гангреной кишечника диагностирована сочетанная хирургическая патология в виде ЖКБ – у 1 (1,2%) больного и при ДК и ДС – у 1 (1,2%) больного.

Таблица 3.3

Характер и частота сочетанной хирургической патологии в группе сравнения

Сочетанная хирургическая патология	Причины экстренных операций (n=81)									
	ЗСК без гангрены		ЗСК с гангреной		ДК и ДС		Рубцово спаечная болезнь		ДБ (осложн. формы)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Вентральные грыжи	1	1,2	-	-	-	-	3	3,7	-	-
ЖКБ	1	1,25	1	1,25	1	1,25	-	-	-	-
Миома матки	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2	-	-
Кисты яичников	1	1,25	-	-	-	-	1	1,25	2	2,5
Эхиноккоз печени	1	1,2	-	-	1	1,25	-	-	-	-
ЯБДПК	-	-	1	1,25	-	-	1	1,25	1	1,2
Всего:	4	4,9	3	3,7	2	2,5	6	7,4	3	3,7

Результаты исследования показали, что объем операций существенно варьируется в зависимости от причин, по которым они были выполнены. Например, операции, связанные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, требуют более радикального подхода и часто сопровождаются большим объемом вмешательства по сравнению с операциями, выполненными по поводу травматических повреждений.

В группе сравнения объем операций в зависимости от причины экстренных оперативных вмешательств представлено в таблице 3.4. Как видно из таблицы 3.4., объем оперативных вмешательств в группе сравнения заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 27 (33,3%) больных: по принципу «конец в бок» - у 5 (6,2%), по принципу «бок в бок» - у 11 (13,5%) и формированием инвагинационного анастомоза – у 11 (13,5%) больных. Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну

выполнена у 6 (7,4%) больных в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Таблица 3.4

Объем операций при ургентных осложнениях неопухолевых заболеваний левой половины ободочной кишки в группе сравнения

Объем операций	Причины экстренных операций (n=81)									
	ЗСК без гангрены		ЗСК с гангреной		ДК и ДС		Спаечная болезнь		ДБ (осл формы)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Первичные анастомозы: «Конец в бок»	3	3,75	-	-	-	-	1	1,2	1	1,25
«Бок в бок»	7	8,6	-	-	1	1,2	2	2,5	1	1,25
Инвагинационный	5	6,2	-	-	1	1,2	3	3,7	2	2,5
Деторс, пликация, пексия	6	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-
По типу Гартмана	18	22,2	11	13,6	2	2,4	-	-	9	11,1
Т-образная комбинир стома с анаст бок в конец	2	2,5	-	-	1	1,2	1	1,2	1	1,2
У-образная стома с погружным анастомозом конец в бок	1	1,25	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2
Всего:	42	51,9	11	13,	6	7,4	7	8,6	15	18,5

Важно отметить, что при выполнении экстренных оперативных вмешательств – у 31 (38,2%) больных выполнено накладывание колостомы по типу Гартмана, а Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - лишь у 5 (6,2%) и «У» - образная комбинированная стома - у 3 (3,7%) больных.

Как видно из таблицы 3.4., у 42 (51,9%) больных с ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника первичные колоколоанастомозы сформированы у 15 (18,5%) больных – по принципу «конец в бок» - у 3 (3,7%), по принципу «бок в бок» - у 7 (8,6%) и инвагинационный – у 5 (6,2%) больных.

В связи сохраненной жизнеспособностью кишечника, на фоне тяжелых сопутствующих терапевтических патологий и у лиц пожилого возраста

произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 6 (7,4%) больных. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 18 (22,2%) больных, а Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - лишь у 2 (2,5%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного. При ЗСК сопровождающейся гангреной кишечника сформирована одноствольная колостома у всех 11 (13,6%) больных.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы у 2 (2,5%) больных – по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 1 (1,2%) больного. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 2 (2,4%) больных, Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - у 1 (1,2%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного.

При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы у 6 (7,4%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%), по принципу «бок в бок» - у 2 (2,5%) и инвагинационным способом – у 3 (3,7%) больных, в 1 (1,2%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 4 (4,9%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%) по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 2 (2,5%) больных. Одноствольная колостома по типу Гартмана сформирована – у 9 (11,1%) больных, Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,2%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного.

§3.2. Модифицированный способ формирования толстокишечно стомы

Острые нарушения толстокишечной непроходимости являются одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. Они часто сопровождаются

высоким риском осложнений, включая несостоятельность швов анастомоза, что может привести к развитию перитонита и других тяжелых состояний. Внебрюшинный доступ, широко применяемый в реконструктивной хирургии, обеспечивает меньшую травматичность и сокращает сроки восстановления пациента. Однако сложность манипуляций и необходимость точного позиционирования элементов анастомоза требуют инновационных решений для повышения надежности операций.

В рамках исследования острых нарушений толстокишечной непроходимости неопухолевого генеза разработана и усовершенствована методика наложения толстокишечной стомы. Методика защищена патентом № IAP 7829 от 21.11.2023.

Результаты клинических испытаний показали значительное улучшение исходов операций при использовании данной методики. Частота несостоятельности швов анастомоза снизилась на 30%, а сроки госпитализации и реабилитации пациентов сократились на 15–20%. Это свидетельствует о высокой эффективности предложенного подхода и его значительном вкладе в развитие абдоминальной хирургии.

Таким образом, усовершенствованная методика наложения толстокишечной стомы является важным научным достижением, способствующим повышению качества медицинской помощи и улучшению результатов лечения пациентов с острыми нарушениями толстокишечной непроходимости.

Способ осуществляют следующим образом

Под эндотрахеальным наркозом, после соответствующей обработки операционного поля, проводится срединная лапаротомия, мобилизация и резекция измененного участка кишечника. Особенностью ургентных осложнений неопухолевых заболеваний левой половины толстого кишечника, в отличие от опухолевых, является возможность выполнения резекции пораженного участка с оставлением значительного отрезка сигмовидной кишки над прямой кишкой - по типу Гартмана, тогда как при

опухолевых – над прямой кишкой оставить участок сигмовидной кишки за редким исключением, не удастся. Данное обстоятельство позволяло вывести аборальный (дистальный) конец кишечника через отдельный разрез в левой подвздошной области на переднюю брюшную стенку.

Предварительно оральный (приводящий) конец кишечника сопоставляется к аборальному (дистальному), а при недостаточной его длине производится мобилизация до свободного соприкосновения, без признаков натяжения. Затем отступя 20-25 см от конца дистального отдела кишечника проводится вскрытие его просвета в продольном направлении между тениями длиной 4-4,5 см. Между оральным (приводящим) концом кишечника и сформированным отверстием в аборальном (отводящем), между держалками накладываются внутриузелковые швы по окружности кишок. После формирования первого ряда швов накладываются второй ряд «погружных» узловых швов, где вкол иглы начинается отступя 1,5 см от линии первого ряда с выколом 0,5 см от линии анастомоза того же края – серозно-мышечно-подслизисто. Затем проводится вкол иглы отступя 0,5 см на противоположной стороне от линии анастомоза с выколом отступя 2-2,5 см по всей окружности анастомоза – серозно-мышечно-подслизисто. Для исключения сообщения с просветом кишечника при внутривенном прохождении иглы, слизистая оболочка кишок не захватывается. При стягивании и лигировании швов формируется второй ряд с «погружением» приводящей петли в отводящую по типу инвагината. После формирования «погружного» коло-колоанастомоза по принципу «конец в бок», под данным соустьем по всей окружности после предварительной отсепаровки подшивается париетальная брюшина. Вследствие, сформированный анастомоз оказывается за пределами брюшной стенки. Конец аборальной части кишечника выводится через сформированное отверстие в левой подвздошной области и фиксируется общепринятым способом. Через контрапертуры к области внебрюшинно расположенного анастомоза

подводятся две дренажные трубки по типу «проточной» системы и фиксируются к коже.

Операция завершается санацией и послойным ушиванием лапаротомной раны. Накладывается асептическая повязка (рис.3.1).

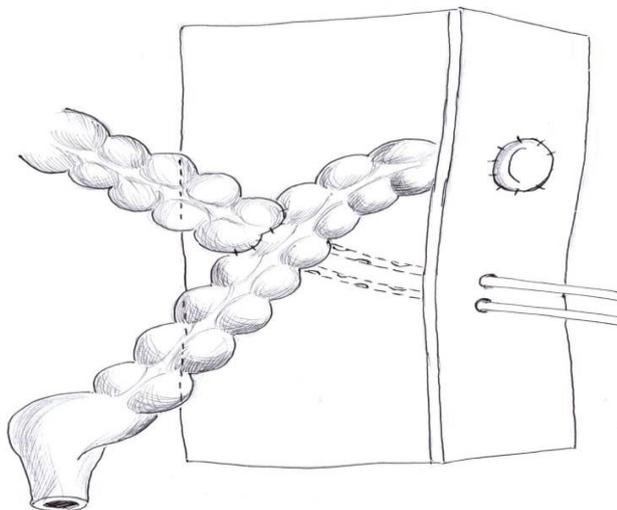


Рис. 3.1. Комбинированная U-образная стома с колоколоанастомозом по принципу «в бок конец».

Примеры выполнения способа.

Пример 1. Больной К. 1972 г. История № 4984/379. Поступил в отделение в 3-е хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института в состоянии средней тяжести с диагнозом: Острая кишечная непроходимость. Заворот сигмовидной кишки. Осложнение: Разлитой серозный перитонит.

После короткой предоперационной подготовки была проведена операция «Лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с наложением «U»-образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок».

Протокол операции: Под эндотрахеальным наркозом, произведена срединная лапаротомия. При ревизии установлен вздутый, гиперемированный, баллоновидно расширенный участок толстой кишки, сигмовидная кишка повернута вокруг своей оси на 360°, имеются участки

некроза. В брюшной полости имеется около 600-700 мл серозно – каловый жидкости.

Произведена деторсия сигмовидной кишки. Жизнеспособность кишечника нарушена. Произведена мобилизация кишечника с резекцией измененного участка. Далее производится резекция измененного участка кишечника. Предварительно оральный (приводящий) конец кишечника сопоставляется к аборальному (дистальному), а при недостаточной его длине производится мобилизация до свободного соприкосновения, без признаков натяжения.

Отступя 20-25 см от конца дистального отдела кишечника проведено вскрытие его просвета в продольном направлении между тенями длиной 4-4,5 см. Между оральным (приводящим) концом кишечника и сформированным отверстием в аборальном (отводящем), между держалками наложены внутриузелковые швы по окружности кишок. После формирования первого ряда швов накладываются второй ряд «погружных» узловых швов, где вкол иглы начинается отступя 1,5 см от линии первого ряда с выколом 0,5 см от линии анастомоза того же края – серозно-мышечно-подслизисто. Затем проводится вкол иглы отступя 0,5 см на противоположной стороне от линии анастомоза с выколом отступя 2-2,5 см по всей окружности анастомоза – серозно-мышечно-подслизисто. Для исключения сообщения с просветом кишечника при внутривентральном прохождении иглы, слизистая оболочка кишок не захватывается. При стягивании и лигировании швов формируется второй ряд с «погружением» приводящей петли в отводящую по типу инвагината. После формирования «погружного» коло-колоанастомоза по принципу «конец в бок», под данным соустьем по всей окружности после предварительной отсепаровки подшивается париетальная брюшина. Вследствие, сформированный анастомоз оказывается за пределами брюшной стенки. Конец аборальной части кишечника выводится через сформированное отверстие в левой подвздошной области и фиксируется общепринятым способом. Через

контрапертуры к области внебрюшинно расположенного анастомоза подводятся две дренажные трубки по типу «проточной» системы и фиксируются к коже. Края раны ушиты до колостомы. Наложена асептическая повязка.

Макропрепарат: удаленный участок сигмовидной кишки размерами 45 x 15 см, стенки гиперемированы, кровеносные сосуды расширены, имеются участки некроза.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На выписан на 10 суток, в удовлетворительном состоянии.

При осмотре через 15 дней – признаки несостоятельности швов, анастомозита и стеноза анастомоза отсутствуют. Через 1 месяц при контрольной колонофиброскопии анастомоз функционирует, признаков стеноза нет. Было решено провести реконструктивно-восстановительную операцию.

Пример 2. Больная С. 1964 г. История № 49841/379. Поступила в отделение в 3-е хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института в состоянии средней тяжести с диагнозом: Острая кишечная непроходимость. Заворот сигмовидной кишки. Осложнение: Разлитой серозный перитонит.

Протокол операции: Под эндотрахеальным наркозом, произведена срединная лапаротомия. При ревизии установлен вздутый, гиперемированный, баллоновидно расширенный участок толстой кишки, сигмовидная кишка повернута вокруг своей оси на 260°, имеются участки синюшности. В брюшной полости имеется около 700-800 мл серозной жидкости.

Произведена деторсия сигмовидной кишки. Жизнеспособность кишечника сохранена. Произведена мобилизация кишечника с резекцией измененного участка. Далее производится резекция измененного участка кишечника. Предварительно оральный (приводящий) конец кишечника сопоставляется к аборальному (дистальному), а при недостаточной его

длине производится мобилизация до свободного соприкосновения, без признаков натяжения.

Отступя 20-25 см от конца дистального отдела кишечника проведено вскрытие его просвета в продольном направлении между тенями длиной 4-4,5 см. Между оральным (приводящим) концом кишечника и сформированным отверстием в аборальном (отводящем), между держалками наложены внутриузелковые швы по окружности кишок. После формирования первого ряда швов накладываются второй ряд «погружных» узловых швов, где вкол иглы начинается отступя 1,5 см от линии первого ряда с выколом 0,5 см от линии анастомоза того же края – серозно-мышечно-подслизисто. Затем проводится вкол иглы отступя 0,5 см на противоположной стороне от линии анастомоза с выколом отступя 2-2,5 см по всей окружности анастомоза – серозно-мышечно-подслизисто. Для исключения сообщения с просветом кишечника при внутривенном прохождении иглы, слизистая оболочка кишок не захватывается. При стягивании и лигировании швов формируется второй ряд с «погружением» приводящей петли в отводящую по типу инвагината. После формирования «погружного» коло-колоанастомоза по принципу «конец в бок», под данным соустьем по всей окружности после предварительной отсепаровки подшивается париетальная брюшина. Вследствие, сформированный анастомоз оказывается за пределами брюшной стенки. Конец аборальной части кишечника выводится через сформированное отверстие в левой подвздошной области и фиксируется общепринятым способом. Через контрапертуры к области внебрюшинно расположенного анастомоза подводятся две дренажные трубки по типу «проточной» системы и фиксируются к коже. Края раны ушиты до колостомы. Наложена асептическая повязка.

Макропрепарат: удаленный участок сигмовидной кишки размерами 45 x 15 см, стенки гиперемированы, кровеносные сосуды расширены, имеются участки некроза.

При осмотре через 9 дней – признаки несостоятельности швов, анастомозита и стеноза анастомоза отсутствуют. Выписана на 10 сутки, в удовлетворительном состоянии. При контрольной колонофиброскопии анастомоз через 20 дней – признаков стеноза нет. Было решено провести реконструктивно-восстановительную операцию.

Таким образом, заявляемый способ прост в исполнении, доступен, малотравматичен, «погружные» швы повышают механическую и физическую прочность анастомоза, а выведение области анастомоза за пределы брюшной полости нивелирует развитие разлитого гнойного перитонита с отсюда вытекающими последствиями.

Также данный способ обеспечивает проведение восстановительного этапа операции в кратчайшие сроки, внебрюшинным доступом. В послеоперационном периоде через колостомическое отверстие осуществляется декомпрессия приводящих отделов кишечника, уменьшается нагрузка на швы, так как каловые массы и газы частично отходят через колостому. В первую неделю после операции кал и газы отходят в основном через колостому. Затем, после заживления шва анастомоза и исчезновения отека, производится отсечение избытка стомированной кишки с ушиванием его просвета швами по Матяшуку-Пирогову, что обеспечивает естественный пассаж содержимого толстого кишечника.

Модифицированная методика формирования комбинированной «У-образной стома с колоколоанастомозом «погружными» швами, при противопоказаниях к первичному анастомозу, по отношению к операции Гартмана **обладает рядом преимуществ:**

-за счет формирования «погружного» колоколоанастомоза по типу инвагинации уменьшается нагрузка на линию швов анастомоза, исключается «фитильный эффект» сквозного шва, достигается механическая прочность и физическая герметичность анастомоза;

-подшивание (фиксация) брюшины под сформированным анастомозом исключает ретракцию (проваливание в брюшную полость) и пролапсус (выпадение наружу) анастомоза;

-частичное выведение содержимого через стому и частичное, естественным путем, обеспечивает декомпрессию проксимальных отделов толстой кишки;

-внебрюшинное расположение комбинированной «У-образной стомы с колоколоанастомозом «погружными» швами позволяет без лапаротомии, внебрюшинным способом и в кратчайшие сроки (15-30 дней) выполнить восстановительный этап оперативного вмешательства.

-выполнение восстановительного этапа операции исключает возникновение жизнеугрожающих осложнений (несостоятельность швов анастомоза) и связанных с ними, летальных исходов.

§3.3. Хирургическая тактика в основной группе

В процессе хирургической тактики при острой непроходимости левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза и при проведении РВО у наших больных, мы придерживались следующего лечебно-диагностического алгоритма, что представлено на рис. 3.2. Как видно из рис.3.2., нами разработан алгоритм хирургической тактики при острой непроходимости левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, в соответствии с которым во всех случаях проводится оценка общего состояния больного, выявление клинических проявлений кишечной непроходимости, наличие признаков дополнительных осложнений (перфорация с развитием перитонита, кровотечение и др.) (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 31431 от 10.12.2023г.). В комплекс диагностических мероприятий входили следующие методы: клиническое обследование, лабораторная диагностика; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ); МСКТ, методики контрастных и бесконтрастных рентгенологических исследований толстой кишки (обзорная рентгенография брюшной полости, пероральная энтерография с пассажем контрастного вещества по кишечнику); эндоскопические методы (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия).



Рис. 3.2. Лечебно-диагностический алгоритм при ОНТК

Эндоскопические методы - ректороманоскопия, колоноскопия - позволяют верифицировать диагноз. Противопоказанием к проведению колоноскопии явилась декомпенсированная кишечная непроходимость, сопровождающаяся диастатической перфорацией кишки, перитонитом, крайне тяжелым общим состоянием больного. На основании этих данных проводится оценка состояния больного, определяется дальнейшая тактика. Вместе с тем проводились мероприятия, направленные на диагностику терапевтической патологии, а также дополнительные исследования после консультации профильных специалистов. При диагностировании терапевтической патологии проводили ее коррекцию

В лечении пациентов с острой непроходимостью левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза мы придерживались некоторых принципов: сомнения в диагнозе ОКН механической природы, при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения; эффективность консервативной терапии снижается по мере увеличения выраженности явлений непроходимости; наличие рентгенологически чаш Клойбера свидетельствуют о декомпенсированной кишечной непроходимости или завороте сигмовидной кишки, требующей экстренного оперативного вмешательства.

При отсутствии признаков перфорации, перитонита, при завороте сигмовидной кишки без некроза кишки может быть рекомендован «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок». При наличии противопоказаний к формированию первичного колоколоанастомоза, методом выбора является формирование «У»-образной комбинированной стомы.

При отсутствии чрезмерного расширения приводящего отдела толстой кишки имеется возможность формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом с анастомозом бок в конец. При осложнениях дивертикулярной болезни (перфорация, острая кишечная непроходимость) - резекция пораженного участка кишки с наложением «погружного»

инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок» или формирование «У»-образной комбинированной стомы и Т-образной стомы.

При чрезмерном расширении кишечника и при завороте сигмовидной кишки с некрозом - одноствольная колостома по типу Гартмана.

В последнее время приоритетным является разработанный нами новый способ формирования «У»-образной комбинированной стомы. При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы применяем первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок», наложение комбинированной Т-образной и У-образной комбинированной стомы по нашей методике.

В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии рекомендуем деторсию с мезосигмопликацией по Гаген-Торну.

После операций типа Гартмана, при отсутствии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, отсутствие диастаза или диастаз менее 10 см ставились показания к проведению РВО в сроки от 3-6 месяцев и более.

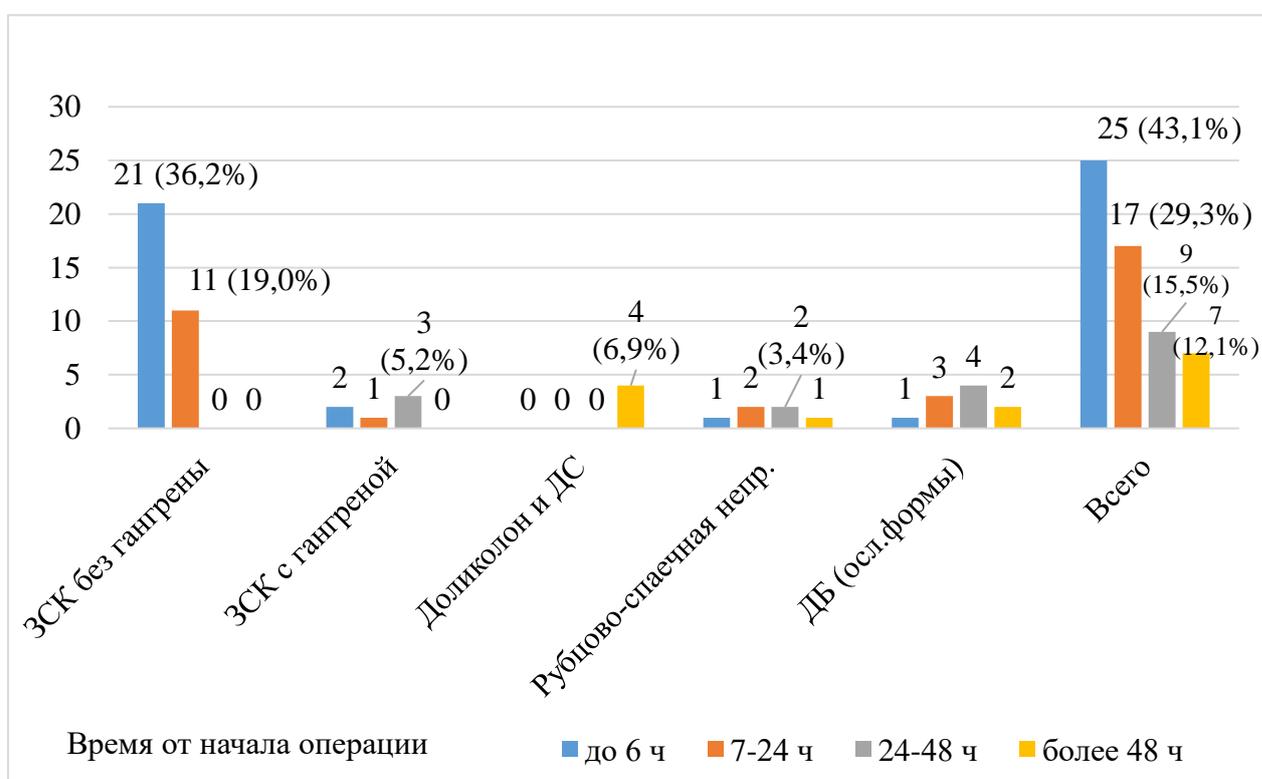


Рис. 3.3. Характер ургентного заболевания и время к началу оперативных вмешательств в основной группе.

Как видно из рис. 3.3., причинами экстренных оперативных вмешательств в основной группе явились ЗСК без гангрены кишечника у 32 (55,2%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 6 (10,3%). Также причинами экстренных оперативных вмешательств в основной группе явились рубцово-спаечная непроходимость – у 6 (10,3%), доликолон и ДС – у 4 (6,9%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 10 (17,3%) больных.

При выполнении экстренных оперативных вмешательств важное значение имеет сроки (время) от поступления в стационар до выполнения операции с учетом длительности заболевания. Так в основной группе проспективный анализ показал, что оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов - у 25 (43,1%) больных, в сроки 7-24 часов – у 17 (29,3%), в сроки 24-48 часов – у 9 (19,0%) и в сроки более 48 часов у 7 (12,1%) больного. Заслуживают особого внимания, что в основной группе в сроки 25-48 часов после поступления в стационар оперирован лишь 9 (15,5%) больной, а в сроки более 48 часов у 7 (12,1%) больного. То есть 42 (72,4%) больных оперированы в первые 6 часов (43,1%) и 7-24 часа (29,3%), что наряду с другими факторами, существенно влияло на исходы хирургического лечения.

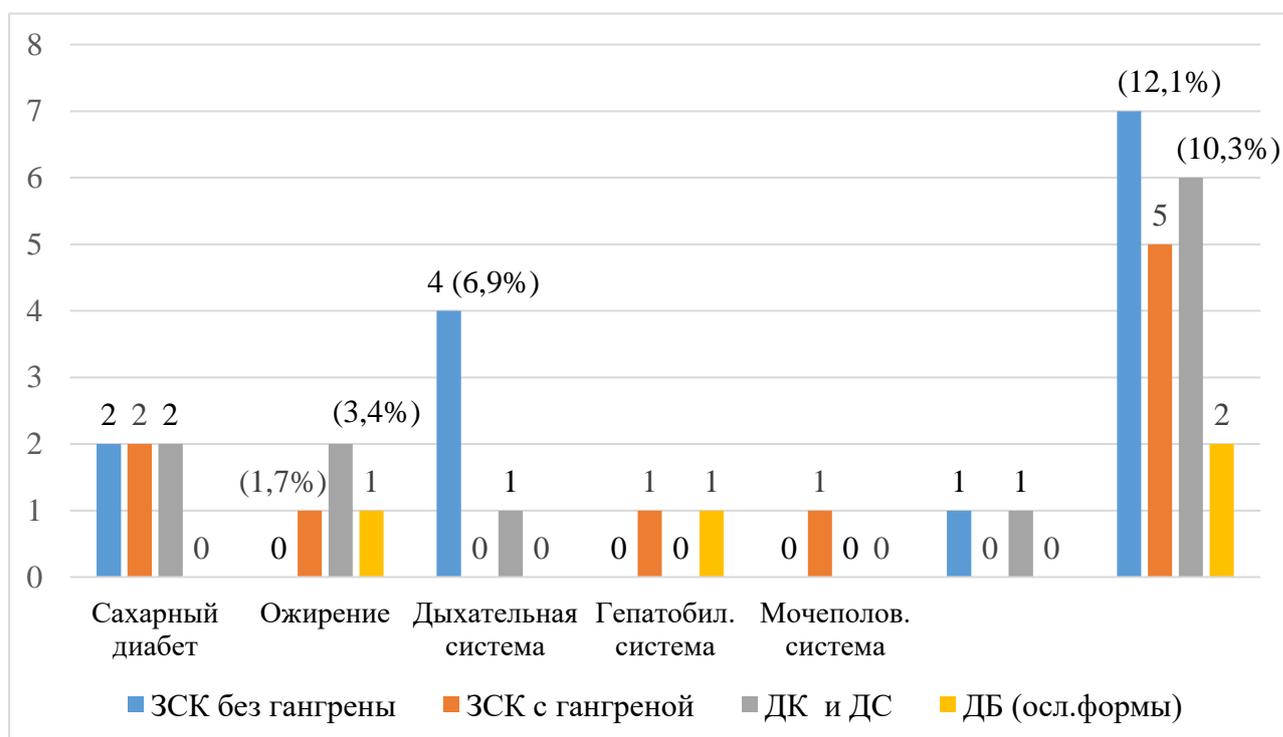


Рис. 3.4. Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии в основной группе.

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии при выполнении оперативных вмешательств, что представлено на рис. 3.4.

Как видно из рис. 3.4., в основной группе сопутствующая терапевтическая патология составила в виде заболевания ССС – у 9 (15,5%), сахарный диабет (преимущественно второго типа) – у 4 (6,9%) и ожирение – у 5 (8,6%) больных, что влияло на исходы лечения. Вместе с тем при выполнении экстренных оперативных вмешательств в основной группе сопутствующая терапевтическая патология в виде заболевания дыхательной системы (хронический бронхит, хронический бронхит с астмотоидным компонентом) диагностировано – у 2 (3,4%) больных, заболевания гепатобилиарной системы (хронический гепатит) – у 2 (3,4%) и мочеполовой системы (хронический пиелонефрит) – также у 2 (3,4%).

Следует отметить, что сопутствующая терапевтическая патология наиболее часто диагностировано при ЗСК – у 12 (20,7%) больных, которая отягощало течение и влияло на результаты хирургического лечения.

В основной группе характер и частота сочетанной хирургической патологии представлено в рисунке 3.5.

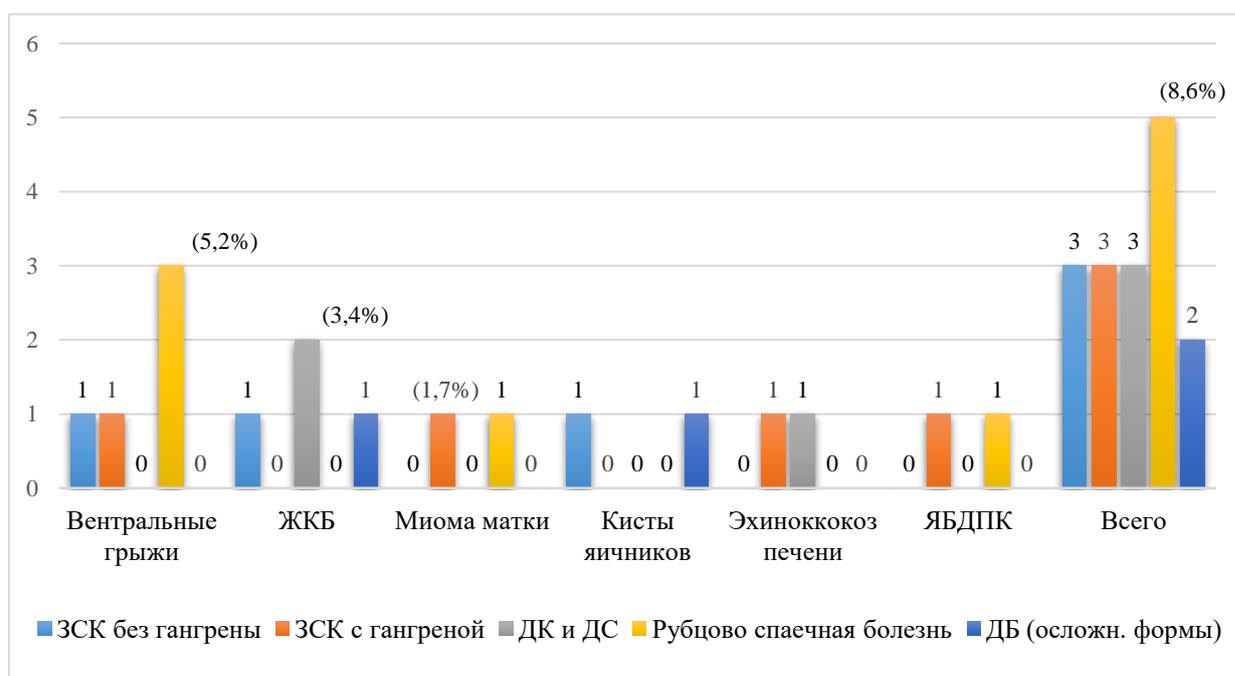


Рис. 3.5. Характер и частота сочетанной хирургической патологии в основной группе.

Как видно из таблицы 3.7., в основной группе сочетанная хирургическая патология составила в виде вентральных грыж – у 5 (8,6%) больных, ЖКБ - у 4 (6,9%) и миомы матки у – 2 (3,4%) больной, а также эхиноккоз печени – у 2 (3,4%) и ЯБДПК – у 1 (1,7%). При ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника сочетанная хирургическая патология диагностирована – у 3 (5,2%) больных: в виде вентральных грыж – у 1 (1,7%) больных, ЖКБ – у 1 (1,7%) и кисты яичников у 1 (1,7%) больной. При ЗСК сопровождающейся с гангреной толстого кишечника сочетанная хирургическая патология диагностирована – также у 3 (5,2%) больных: в виде вентральных грыж – у 1 (1,7%) больных, миомы матки у – 1 (1,7%) больной и эхиноккоз печени – у 1 (1,7%) больной. При рубцово-спаечной непроходимости сочетанная хирургическая патология диагностирована – у 5 (8,6%) больных в виде вентральной грыжи – у 3 (5,2%), миомы матки – у 1 (1,7%) и ЯБДПК – у 1 (1,7%) больного. В основной группе объем операций в зависимости от причины оперативных вмешательств представлено в рисунке 3.6.

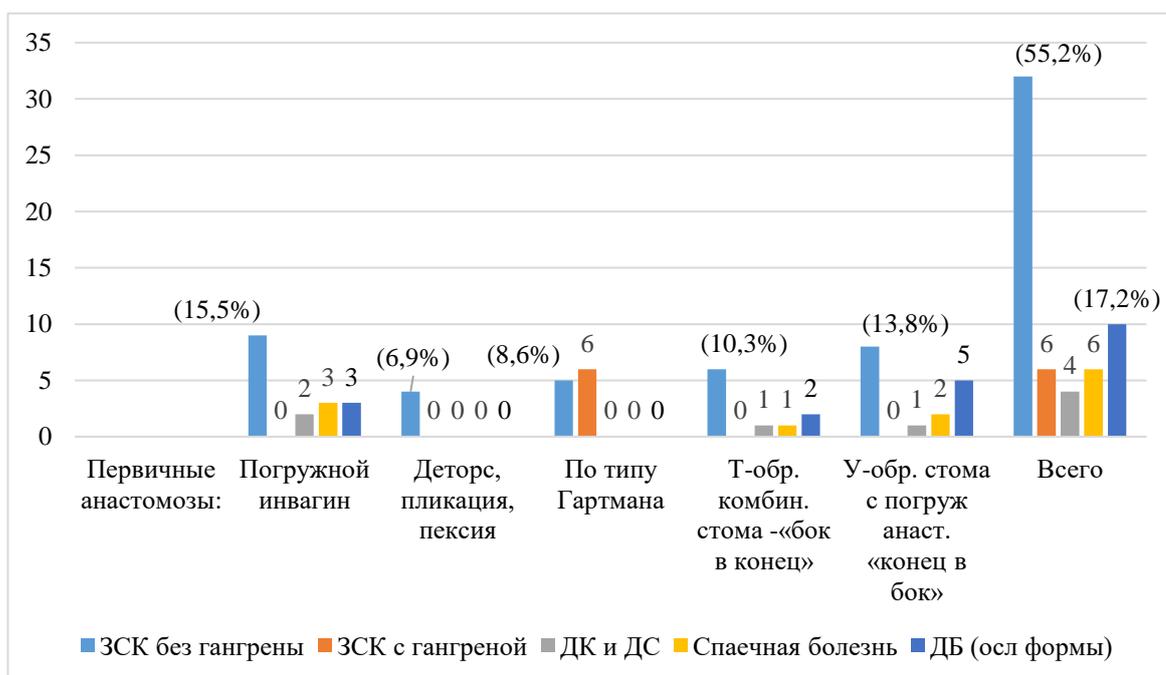


Рис. 3.6. Объем оперативных вмешательств и характер патологии левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза в основной группе

Как видно из рис. 3.6., объем оперативных вмешательств в основной группе заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 17 (29,3%) больных, однако, в отличие от группы сравнения при этом применены «погружные» инвагинационные анастомозы по принципу «конец в бок». Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена лишь у 4 (6,9%) больного в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Важно отметить, что в основной группе, выполнено накладывание Т-образной комбинированной стомы – у 10 (17,2%) и «У» - образной комбинированной стомы – у 16 (27,6%) больных.

При ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника – 9 (15,5%) первичные коло-колоанастомозы сформированы у 9 (15,5%) больных. В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии у больных пожилого возраста произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 4 (6,9%). Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец» – у 6 (10,3%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» сформирована - у 8 (13,8%) больных.

При ЗСК сопровождающейся гангреной кишечника у всех 6 (10,3%) больных сформирована одноствольная колостома по типу Гартмана.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы в виде «погружного» инвагинационного способа по принципу «конец в бок» сформировано у 2 (3,4%) больных. Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,7%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,7%) больного.

При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок» у 3 (5,2%) больных, в 1 (1,7%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец, а у 2 (3,4%) больных «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 3 (5,2%) больных «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок. Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец» - у 2 (3,4%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 5 (8,6%) больных.

По мере накопления практического опыта работы у больных при ОКН левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, мы оптимизировали хирургическую тактику и тщательным образом проанализировали тактические и технические погрешности при выполнении операций в традиционном исполнении, что явилось поводом к расширению показаний к формированию «погружных» инвагинационных анастомозов и «У»-образной комбинированной стомы с анастомозом по принципу «конец в бок».

Резюме по главе. Таким образом, при urgentных заболеваниях левой половины ободочной кишки, при наличии показаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» с колоколоанастомозом «бок в конец».

При urgentных осложнениях заворота сигмовидной кишки: болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни применение комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» «бок в конец» при наличии установленных показаний, могут являться операцией выбора. При наличии установленных противопоказаний: чрезмерная дилатация приводящей аборальной части, резекция значительного участка кишечника вследствие его некроза и гангрены, а также при гемиколэктомии, слева, следует придерживаться операции Гартмана.

ГЛАВА IV

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Лечение острой непроходимости толстого кишечника, несмотря на различные способы лечения, кишечной непроходимости, летальность остаётся на высоком уровне и, по данным разных авторов, доходит до 20 - 45% и не имеет тенденции к снижению. Все это обуславливает существенную тяжесть оперативного лечения при левосторонней острой непроходимости толстого кишечника.

§4.1. Клиническая оценка первичных оперативных вмешательств

Для оценки результатов лечения, нами анализ осложнений, оперированных больных разделены на три подгруппы.

1. Осложнения, непосредственно связанные с методом операции (осложнения, характерные для вмешательства);
2. Гнойно-септические (раневые) осложнения;
3. Послеоперационные осложнения общего характера (возникающие при всех видах оперативных вмешательствах): осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной и т.д.

Сводная частота послеоперационных осложнений в зависимости от объема первичных оперативных вмешательств в группе сравнения представлена в таблице 4.1.

Как видно из таблицы 4.1., в группе сравнения осложнения, связанные с оперативным вмешательством после формирования анастомоза по принципу по принципу «конец в бок» - у 3 (3,7%), «бок в бок» возникло у 2 (2,5%) больного, инвагинационным способом «конец в бок» у 2 (2,5%).

Таблица 4.1

Сводная частота послеоперационных осложнений в зависимости от объема первичных операций в группе сравнения

Объем операций	Характер осложнений первичных операций (n=81)					
	Связанные с операцией		Раневые осложнения		Общего характера	
	абс	%	абс	%	абс	%
Радикальные (одномоментные) операции						
Первичные анастомозы: «Конец в бок»	3	3,7	1	1,2	2 (1)	2,5
«Бок в бок»	3	3,7	2	2,5	2 (1)	3,7
Инвагинационный	2	2,5	1	1,2	1	1,2
Всего:	8	9,8	4	4,9	5	6,2
Паллиативные (двухмоментные) операции						
Деторс, пликация, пексия	1	1,2	-	-	1	1,2
По типу Гартмана	1	1,2	3	3,7	3 (1)	3,7
Т-образная комбин стома с анаст «бок в конец»	2	2,5	1	1,2	1	1,2
У-образная стома с погружным анастомозом «конец в бок»	2	2,5	1	1,2	2 (1)	2,5
Всего:	6	7,4	5	6,2	7	8,6
Итого:	14	17,2	9	11,1	12	14,8

Примечание: в скобках указано число летальных исходов.

После выполнения паллиативных операций с наложением стомы по типу Гартмана у 1 (1,2%), после деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну также у 1 (1,2%), Т-образной комбинированной стомы с анастомозом бок в

конец у 2 (2,5%) и при У»-образной комбинированной стоме с анастомозом «конец в бок» у 2 (2,5%).

Раневые осложнения после левосторонней гемиколэктомии с формированием анастомозов по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%), «бок в бок» возникло у 2 (2,5%) больных и инвагинационным способом «конец в бок» у 1 (1,2%). Вместе с тем после наложения колостомы по типу Гартмана у 3 (3,7%), после Т-образной комбинированной стомы у 1 (1,2%) и при У»-образной комбинированной стоме также в 1 (1,2%) случае.

Здесь следует отметить, что в начальном периоде внедрения Т-образной комбинированной стомы и при У»-образной комбинированной стомы не придерживались определенных параметров наложения стом с анастомозом, что привело к развитию осложнений в послеоперационном периоде и вызывали определенные трудности при РВО.

Осложнения общего характера, были отмечены у 12 (14,8%) с летальным исходом в 4 (4,9%) случаях. При этом после левосторонней гемиколэктомии с формированием анастомозов по принципу «конец в бок» - у 2 (2,5%) с летальным исходом в 1 (1,2%) случае, по принципу «бок в бок» возникло у 2 (2,5%) больных с летальным исходом в 1 (1,2%) случае и инвагинационным способом «конец в бок» у 1 (1,2%). После деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну у 1 (1,2%), после наложения колостомы по типу Гартмана у 3 (3,7%) с летальным исходом в 1 (1,2%) случае, после Т-образной комбинированной стомы у 1 (1,2%) и при У»-образной комбинированной стоме также у 2 (2,5%) больных с летальным исходом в 1 (1,2%) случае.

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения одномоментных оперативных вмешательств в группе сравнения представлена в таблице 4.2. В целом, в группе сравнения после наложения первичных анастомозов послеоперационные осложнения, связанные с операцией на кишечнике отмечены в 8 (9,9%) случаев.

Таблица 4.2

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в группе сравнения

Характер осложнений	Способ анастомоза (n=81)					
	бок в бок		конец в бок		Инвагинацион ный	
	абс	%	абс	%	абс	%
Осложнения, связанные со способом завершения операции						
Недостаточность швов анастомоза	2*	2,5	2	2,5	1	1,25
Внутрибрюшной абсцесс	-	-	-	-	-	-
Послеоперационный перитонит	-	-	1	1,2	-	-
Кровотечение	1	1,2	-	-	1	1,25
Всего	3	3,7	3	3,7	2	2,5
Раневые осложнения						
Инфильтрат	1	1,2	-	-	1	1,2
Нагноение	1	1,2	1	1,2	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	-	-
Всего	2	2,5	1	1,2	1	1,2
Общие осложнения						
ТЭЛА	1*	1,2	-	-	-	-
Острая серд-сосуд недостаточность	1	1,2	-	-	1	1,2
Острая печен-почечная недостаточность	-	-	1*	1,2	-	-
Бронхо-легочные	-	2,5	1	1,2	-	1,2
Всего	2	2,5	2	2,5	1	1,2

Примечание: в * указано число летальных исходов

При этом, несостоятельность швов анастомоза после формирования анастомоза по принципу «бок в бок» возникло у 2 (2,5%), «конец в бок» - у 2 (2,5%), инвагинационным способом «конец в бок» у 1 (1,2%) больного.

Послеоперационный перитонит у 1 (2,8%) после формирования анастомоза «конец в бок» - у 1 (2,8%), внутрибрюшное кровотечение возникло у 1 (2,8%) после формирования анастомоза «бок в бок» возникло у 1 (2,5%) и инвагинационным способом «конец в бок» у 1 (1,2%) больного.

В целом, в группе сравнения после наложения первичных анастомозов осложнения послеоперационной раны отмечены в 4 (4,9%) случаев. У всех больных (нагноение – 2, инфильтрат - 2) проведенное консервативное лечение с соблюдением всех правил и принципов гнойной хирургии привело к заживлению ран (превентивная антибиотикопрофилактика, дренирование подкожно-жировой клетчатки, в особенности у больных сахарным диабетом и ожирением, перевязки с использованием антисептиков).

Как видно из таблицы 4.2., в группе сравнения осложнения общего характера отмечены в 5 (6,2%) случаев. После формирования анастомоза по принципу «бок в бок» возникло у 2 (2,5) больных с летальным исходом в 1 (1,2%) случаев, по принципу «конец в бок» - у 2 (2,5%), с летальным исходом в 1 (1,2%) случае, после инвагинационного способа «конец в бок» у 1 (1,2%) больного. Из 5 (6,2%) больных с общими осложнениями (гипертонический криз - 2, ТЭЛА - 1, пневмония – 1, острая печеночно-почечная недостаточность – 1), послеоперационная летальность наступила у 2 (2,5%). У 1 (1,2%) больного в связи с острой общей интоксикацией и сепсисом, приведшее к острой печеночно-почечной недостаточности, несмотря на проведенные мероприятия, также наступил летальный исход.

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа палиативных операций в группе сравнения представлена в таблице 4.3. В целом, в группе сравнения после палиативных операций и формирования кишечной стомы послеоперационные осложнения, связанные с операцией на кишечнике отмечены 6 (7,4%) случаев. При этом, несостоятельность швов анастомоза возникло после «Т»-образной комбинированной стомы у 1 (1,2%), которое ликвидировано при релапаротомии. У 1 (1,2%) больного, которому была наложена колостома по

Гартману и у 1 (1,2%) после У»-образная комбинированной стомы, в послеоперационном периоде наблюдали внутрибрюшной абсцесс.

Таблица 4.3

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа палиативных операций в группе сравнения

Характер осложнений	Способ завершения операции и колостомы (n=81)							
	Деторс, пликация, пексия		По типу Гартмана		Т»-образная комбинир. стома с анаст бок в конец		У»-образная комбинир. стома с погружным анастомозом конец в бок	
Связанные с способом завершения операции								
Недостаточность анастомоза	-	-	-	-	1	1,2	-	-
Внутрибрюшной абсцесс	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2
Послеоперационный перитонит	-	-	-	-	1	1,2	-	-
Внутрибрюшное кровотечение	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Всего	1	1,2	1	1,2	2	2,5	2	2,5
Раневые осложнения								
Инфильтрат раны	-	-	-	-	1	1,2	-	-
Нагноение	-	-	1	1,2	-	-	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	-	-	1	1,2
Ретракция	-	-	1	1,2	-	-	-	-
Пролапсус	-	-	1	1,2	-	-	-	-
Всего	-	-	3	3,7	1	1,2	1	1,2
Общие осложнения								
ТЭЛА	-	-	1*	1,2	-	-	-	-
Острая сер-сосуд недостат.	1	1,2	1	1,2	-	-	-	1,2
Острая печен.-почечная недостат	-	-	-	-	-	-	1*	-
Бронхо-легочные	-	-	1	1,2	1	1,2	1	1,2
Всего	1	1,2	3	3,7	1	1,2	2	2,5

Послеоперационный перитонит возник у 1 (1,2%) больного после «Т»-образной комбинированной стомы с анастомозом «бок в конец», внутрибрюшное кровотечение возникло у 1 (1,2%) после деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну и у 1 (1,2%) после «У»-образная комбинированной стомы с погружным анастомозом «конец в бок», которое ликвидировано при релапаротомии (2).

В целом, в группе сравнения после паллиативных операций и формирования кишечной стомы послеоперационные раневые осложнения отмечены в 5 (6,2%) случаев. Из 5 больных с раневыми осложнениями (нагноение – 1, инфильтрат - 1) проведенное консервативное лечение с соблюдением всех правил и принципов гнойной хирургии привело к заживлению ран.

В 1 (1,2%) случае после «У»-образная комбинированной стомы с погружным анастомозом «конец в бок» возникла эвентрация, при котором наложены вторичные швы с последующим консервативным лечением раны.

Возникновение таких осложнений как – пролапса (1), ретракция (1) связано с недостаточной фиксацией культи кишечника и стомы.

Как видно из таблицы 4.3 в группе сравнения после паллиативных операций и формирования кишечной стомы осложнения общего характера, после палиативных операций возникло у 7 (8,6%) больных с летальным исходом в 2 (2,5%) случаев. После деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну у 1 (1,2%), после наложения колостомы по Гартману у 3 (3,7%), после «Т»-образной комбинированной стомы с анастомозом «бок в конец» у 1 (1,2%) и после «У»-образная комбинированной стомы с погружным анастомозом «конец в бок» у 2 (2,5%) больных.

В целом, из 7 больных с общими осложнениями (гипертонический криз - 2, тромбоэмболия легочной артерии - 1, пневмония – 1, обострение хронического бронхита – 2, острая печеночно-почечная недостаточность - 1), послеоперационная летальность наступила у 2 (2,5%). У 1 (1,2%) больного проведены неотложные мероприятия совместно с анестезиолог-

реаниматологами, однако комплекс консервативных мероприятий при ТЭЛА оказался безуспешным и у 1 (1,2%) больных в связи с острой общей интоксикацией и сепсисом, приведшее к острой печеночно-почечной недостаточности, несмотря на проведенные мероприятия, также наступил летальный исход. Остальным больным соответствующей терапией добились удовлетворительного эффекта.

Таким образом, в группе сравнения из 81 больных послеоперационные осложнения, связанные с операцией на кишечнике отмечены в 14 (17,3%) случаев, раневые – в 9 (11,1%) и осложнения общего характера – в 12 (14,8%) с летальным исходом – в 4 (4,9%) случаев.

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в основной группе представлена в таблице 4.4.

Как видно из нижеследующей таблицы 4.4., в основной группе были применены только «погружные» инвагинационные анастомозы, при этом осложнения, связанные с оперативным вмешательством, возникло лишь - у 1 (1,7%), из 9 (15,5%) больных. После выполнения паллиативных операций осложнения, связанные с оперативным вмешательством возникли после деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну также у 1 (1,7%), с наложением стомы по типу Гартмана у 2 (3,4%) больного.

Раневые осложнения возникли после «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок» - у 1 (1,7%), после наложения стомы по типу Гартмана у 1 (1,7%) и после Т-образной комбинированной стомы с анастомозом бок в конец у 1 (1,7%) больного. Осложнения общего характера, были отмечены у 2 (3,4%) больных после «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок», с летальным исходом в 1 (1,7%) случае, после наложения стомы по типу Гартмана у 1 (1,7%) и после Т-образной комбинированной стомы с анастомозом бок в конец у 1 (1,7%) больного.

Таблица 4.4

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от объема первичных операций в основной группе

Объем операций	Характер осложнений первичных операций (n=58)					
	Связанные с операцией		Раневые осложнения		Общего характера	
	абс	%	абс	%	абс	%
Радикальные (одномоментные) операции						
Первичные анастомозы: Погружной инвагинацион	1	1,7	1	1,7	2 (1*)	3,4
Всего:	1	1,7	1	1,7	2	3,4
Паллиативные (двухмоментные) операции						
Деторс, пликация, пексия	1	1,7	-	-	-	-
По типу Гартмана	2	3,4	1	1,7	1	1,7
T-образная комбин. стома с анаст «бок в конец»	-	-	1	1,7	1	1,7
У-образная стома с погружным анастомозом «конец в бок»	-	-	-	-	-	-
Всего:	3	5,2	2	3,4	2	3,4
Итого:	4	6,8	3	5,2	4	6,8

Примечание: в * указано число летальных исходов

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в основной группе представлена в таблице 4.5. Как видно из таблицы 4.5., в основной группе осложнения, связанные со способом анастомоза возникли у 4 (6,9%) больных. При этом, несостоятельность швов анастомоза и послеоперационный перитонит ни в одном случае не наблюдали, только в 1 (1,7%) случае после «погружного» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок» возникло внутрибрюшное кровотечение, которое ликвидировано при релапаротомии.

Характеристика послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения одномоментных операций в основной группе

Характер осложнений	Способ анастомоза (n=58)
	«Погружной» инвагинационный
Осложнения, связанные со способом анастомоза	
Недостаточность анастомоза	-
Внутрибрюшной абсцесс	-
Послеоперационный перитонит	-
Внутрибрюшное кровотечение	1
Всего	1
Раневые осложнения	
Инфильтрат раны	1
Нагноение послеоперац. раны	-
Эвентрация	-
Всего	1
Общие осложнения	
ТЭЛА	1*
Бронхо-легочные	1
Всего	2

Примечание: в * указано число летальных исходов

У 1 (1,7%) больного с раневым осложнением (инфильтрат - 1) проведенное консервативное лечение с соблюдением всех правил и принципов гнойной хирургии привело к заживлению ран.

Возникновение гнойно-септических раневых осложнений определено было предотвращено адекватной предоперационной подготовкой и послеоперационным ведением (коррекция нарушенных механизмов организма, превентивная антибиотикотерапия, коррекция сопутствующих заболеваний).

Как видно из таблицы 4.6 осложнения общего характера, были отмечены у 2 (3,4%) с летальным исходом в 1 (1,7%) случаях.

В основной группе после одномоментных оперативных вмешательств из осложнений общего характера были диагностированы, лишь у 2 больных. Бронхолегочные осложнения – у 1 (1,7%) после «погружной» инвагинационного анастомоза по принципу «конец в бок». ТЭЛА с летальным исходом в 1 (4,1%) случае.

Таким образом, в основной группе из 58 больных послеоперационные осложнения, связанные с операцией на кишечнике, в целом отмечены в 1 (1,7%) случаев, послеоперационные раневые – в 1 (1,7%) и осложнения общего характера – в 2 (3,4%) с летальным исходом – в 1 (1,7%) случае.

Характер осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в основной группе представлена в таблице 4.6.

В целом в основной группе после паллиативных операций и формирования кишечной стомы послеоперационные осложнения связанные с завершением операции установлено в 3 (5,2%) случаев. Внутривентриальной абсцесс возник после наложения колостомы по Гартману у 1 (1,7%) больного. Внутривентриальное кровотечение возникло после деторсии с мезосигмопликацией по Гаген-Торну у 1 (1,7%) и после наложения колостомы по Гартману у 1 (1,7%), которое ликвидировано при релапаротомии (2). В основной группе после паллиативных операций и формирования кишечной стомы послеоперационные раневые осложнения связанные с завершением операции установлено в 2 (3,4%) случаев. Больные с раневыми осложнениями после проведенного консервативного лечения с соблюдением всех правил и принципов гнойной хирургии привело к заживлению ран. В основной группе после паллиативных операций и формирования кишечной стомы осложнения общего характера возникло в 2 (3,4%) случаев. После наложения стомы по типу Гартмана у 1 (1,7%) и после «Т»-образной комбинированной стомы с анастомозом «бок в конец» у 1

(1,7%) возник гипертонический криз – 1 и обострение хронического бронхита – 1.

Таблица 4.6

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа палиативных операций в основной группе

Характер осложнений	Способ завершения операции и колостомы (n=58)							
	Деторс, пликация, пексия		По типу Гартмана		Т»-образная комбинир. стома с анаст бок в конец		У»-образная комбинир. стома с погружным анастомозом конец в бок	
	Связанные со способом завершения операции							
Внутрибрюшной абсцесс	-	-	1	1,7	-	-	-	-
Послеоперационный перитонит	-	-	-	-	-	-	-	-
Внутрибрюшное кровотечение	1	1,7	1	1,7	-	-	-	-
Всего	1	1,7	2	3,4	-	-	-	-
	Раневые осложнения							
Инфильтрат	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7
Нагноение	-	-	-	-	-	-	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7
	Общие осложнения							
ТЭЛА	-	-	-	-	-	-	-	-
Острая серд-сосуд недостаточность	-	-	1	1,7	-	-	-	-
Острая печен-почечная недостат.	-	-	-	-	-	-	-	-
Бронхо-легочные	-	-	-	-	1	1,7	-	-
Всего	-	-	-	-	1	1,7	1	1,7

Итак, в основной группе из 58 (41,7%) больных в целом, послеоперационные осложнения, связанные с операцией на кишечнике,

наблюдались в 4 (6,9%) случаев, раневые осложнения – в 3 (5,2%) и общего характера – в 4 (6,9%) с летальным исходом – в 1 (1,7%) случае.

Резюме по главе. Итак, накопление опыта по модифицированной методике формирования, комбинированной «У-образной» стомы «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Г-образной» стомы «бок в конец», при ургентных заболеваниях левой половины толстой ободочной кишки, а также придерживаясь разработанного лечебно-диагностического алгоритма, мы оптимизировали хирургическую тактику и добились улучшения ближайших результатов. Так, в основной группе частота ближайших послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на кишечнике отмечено уменьшились на 10,4%, послеоперационные раневые осложнения - на 5,9%, общие осложнения - на 8,0% и летальные исходы – на 3,2%.

ГЛАВА V

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО МЕТТАНАЛИЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Ургентные осложнения при ЗСК, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, ДБ левой половины ободочной кишки, сохраняют чрезвычайную актуальность, вследствие высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности при формировании первичных анастомозов. Поэтому нам было важно проанализировать результаты операций в сравниваемых группах.

Характер ургентных заболеваний к началу оперативных вмешательств представлено в таблице 5.1.

Таблица 5.1

Характер ургентных заболеваний к началу оперативных вмешательств

Группы	Время от начала операц	Причины экстренных операций										t-:
		ЗСК, без гангрены		ЗСК с гангреной		Доликол и ДС		Рубцово-спаечная непроход		ДБ (ослож. формы)		
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
сравнения (n=81)	до 6 ч	24	29,6	1	1,2	-	-	-	-	2	2,5	-
	7-24 ч	12	14,8	3	3,7	-	-	2	2,5	2	2,5	
	24-48 ч	4	4,9	2	2,5	-	-	3	3,7	6	7,4	
	48 ч <	2	2,5	5	6,2	6	7,4	2	2,5	5	6,2	
	Всего:	42	51,9	11	13,6	6	7,4	7	8,6	15	18,5	-
основная (n=58)	до 6 ч	21	36,2	2	3,4	-	-	1	1,7	1	1,7	⊥↑
	7-24 ч	11	19,0	1	1,7	-	-	2	3,4	3	5,2	1,3
	24-48 ч	-	-	3	5,2	-	-	2	3,4	4	6,9	⊥↓↓
	48 ч <	-	-	-	-	4	4,9	1	1,7	2	3,4	1,7
	Всего:	32	55,2	6	10,3	4	4,9	6	10,3	10	17,2	-

Примечание: ⊥ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение, ↑ - увеличение, ⊥↓↓* - p<0,05.

Как видно из таблицы 5.1., в сравниваемых группах причинами экстренных оперативных вмешательств явились ЗСК без гангрены кишечника в группе сравнения в 42 (51,9%) случаев, тогда как в основной в 32 (55,2%), ЗСК с гангреной кишечника – в 11 (13,6%) и 6 (10,3%),

долихоколон и долихосигма – 6 (7,4%) и 4 (4,9%), рубцово спаечная болезнь – в 7 (8,6%) и 6 (10,3%) и дивертикулярная болезнь (осложненные формы) – в 15 (18,5%) и 10 (17,2%), соответственно.

Как видно из таблицы 5.1. сравнительный анализ показал, что в исследуемых группах причины экстренных операций статистически достоверной разницы не имели, т.е. группы сопоставимы по тяжести патологии, явившиеся показанием к формированию стомы. Вместе с тем следует отметить, что в группе сравнения экстренные оперативные вмешательства с формированием стомы в ранние сроки выполнено в первые 6 часов в 27 (33,3%) случаев, в 7-12 часов – в 19 (23,5%), в целом составив – 46 (56,8%). В более поздние сроки 24-48 часов оперированы – в 15 (18,5%) и более 48 часов – в 20 (24,7%) случаев, в целом, составили – 35 (43,2%) случаев.

В основной группе наметилась отчетливая тенденция к более раннему выполнению экстренных оперативных вмешательств с формированием стомы. Так в основной группе в первые 6 часов экстренные оперативные вмешательства с формированием кишечной стомы выполнено в 25 (43,1%), 7-12 часов – в 17 (29,3%), в целом составили 42 (72,4%). В более поздние сроки – 24-48 часов – лишь в 9 (15,5%) и более 48 часов – лишь 7 (12,1%) случаев, в целом составили лишь 16 (27,6%) случаев.

Таким образом, в сравниваемых группах контингент больных по причинам патологии явившейся показанием формирования кишечной стомы статистически достоверной разницы не имеют, однако установлена статистически достоверная тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% (увеличение 1,3 раза на 15,6%) и статистически достоверное уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,3 до 25,5% ($p < 0,05$) (уменьшение 1,7 раза на 17,8%).

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии представлено в таблице 5.2.

Таблица 5.2

Характер и частота сопутствующей терапевтической патологии

Сопутствующая терапевтическая патология	Группа сравнение (n=81)								Группа основное (n=58)			
	Причины экстренных операций											
	ДК и ДС		Рубцово спаечная болезнь		ДБ (осложн. формы)		ДК и ДС		Рубцово спаечная болезнь		ДБ (осложн. формы)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
ССС	3	3,7	1	1,2	2	2,5	2	3,4	-	-	3	5,2
Сахарный диабет	1	1,2	-	-	1	1,2	2	3,4	1	1,7	-	-
Ожирение	1	1,2	-	-	-	-	1	1,7	-	-	-	-
Дыхательная система	1	1,2	2	2,5	-	-	-	-	1	1,7	-	-
Гепатобилиарная система	-	-	-	-	1	1,2	-	-	-	-	1	1,7
Мочеполовая система	-	-	1	1,2	-	-	1	1,7	-	-	-	-
Всего:	6	7,4	4	4,9	4	4,9	6	10,3	2	3,4	4	6,9
t-:							↗ ≈	↗↑ 1,4	↘↓↓↓ 2	↘↓ 1,4	↗ ≈	↗↑ 1,4

Примечание: ≈ - различий нет, ↗ - соотношение с другой группой,
↓ - уменьшение, ↑ - увеличение, ↗↓↓↓ ** - p<0,01

Как видно из таблицы 5.2., при поступлении больных статистическая достоверная разница по частоте сопутствующей патологии отмечено лишь при рубцово спаечной болезни – в 2 раза (p<0,01). В остальной части случаев, сопутствующие заболевания в сравниваемых группах статистически достоверной разницы не имелось.

Характер и частота сочетанной хирургической патологии в сравниваемых группах представлено в таблице 5.3. Как видно из таблицы 5.3., при поступлении больных с доликолон и долихосигмой его частота в основной группе по сравнению с группой сравнения было статистически достоверно чаще в 2,1 раза (p<0,01). В остальных случаях статистически

достоверной разницы не имелось, что позволяло объективно оценить полученные результаты исследования.

Таблица 5.3

Характер и частота сочетанной хирургической патологии

Группы	Сочетанная хирургич. патология	Причины экстренных операций									
		ЗСК, без гангр		ЗСК с гангр		Доликолон и ДС		Рубцово-спаечн непрох		ДБ (ослож. формы)	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
сравнения (n=81):	Вентрал. грыжи	1	1,2	-	-	-	-	3	3,7	-	-
	ЖКБ	1	1,2	1	1,2	1	1,2	-	-	-	-
	Миома матки	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2	-	-
	Кисты яичников	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2	2	2,5
	Эхинок. печени	1	1,2	-	-	1	1,2	-	-	-	-
	ЯБДПК	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2	1	1,2
Всего:		4	4,9	3	3,7	2	2,5	6	7,4	3	3,7
основная (n=58)	Вентрал. грыжи	1	1,7	1	1,7	-	-	3	5,2	-	-
	ЖКБ	1	1,7	-	-	2	3,4	-	-	1	1,7
	Миома матки	-	-	1	1,7	-	-	1	1,7	-	-
	Кисты яичников	1	1,7	-	-	-	-	-	-	1	1,7
	Эхинок. печени	-	-	1	1,7	1	1,7	-	-	-	-
	ЯБДПК	-	-	-	-	-	-	1	1,7	-	-
Всего:		3	5,2	3	5,2	3	5,2	5	8,6	2	3,4
t:		⊥↓ 1,3	⊥↑ 1,1	⊥≈	⊥↑ 1,4	⊥↑↑ 1,5	⊥↑↑↑ 2,1	⊥↓ 1,2	⊥↑ 1,2	⊥↓↓ 1,5	⊥↓ 1,1

Примечание: ⊥ - соотношение с другой группой, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение, ↑↑* - p<0,05, ↓↓* - p<0,05, ↑↑↑** - p<0,01

Характер и объем оперативных вмешательств в исследуемых группах представлен в таблице 5.4 Как видно из таблицы 5.4., в группе сравнения после накладывания первичных анастомозов по принципу «конец в конец»

выполнены в 5 (6,1%) случаев, по принципу «бок в бок» - в 7 (8,6%), инвагинационный – 3 (3,7%) случаев.

Таблица 5.4

Характер и объем операций при urgentных осложнениях

Группы	Характер оперативного вмешательства	Причины экстренных операций										t-:
		ЗСК, без гангрены		ЗСК с гангреной		Доликолон и ДС		Рубцово-спаечная непроход		ДБ (ослож. формы)		
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
сравнения (n=81):	анастомозы: «Конец в бок»	3	3,7	-	-	-	-	1	1,2	1	1,2	-
	«бок в бок»	7	8,6	-	-	1	1,2	2	2,5	1	1,2	-
	Инвагинацион.	5	6,2	-	-	1	1,2	3	3,7	2	2,5	-
	Деторсия, пликац, пексия	6	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	По типу Гартмана	18	22,2	11	13,6	2	2,5	-	-	9	11,1	-
	Т-обр. комб. стома бок в конец	2	2,5	-	-	1	1,2	1	1,2	1	1,2	-
	У-обр. комб стома конец в бок	1	1,2	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2	
Всего:		42	51,9	11	13,6	6	7,4	7	8,6	15	18,5	-
основная (n=58)	Погружной инвагин. анаст.	9	15,5	-	-	2	3,4	3	5,2	3	-	-
	Деторс, пликац, пексия	4	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	По типу Гартмана	5	8,6	6	10,3	-	-	-	-	-	-	↓↓↓↓ 2,6
	Т-обр. комб. стома «бок в конец»	6	10,3	-	-	1	1,7	1	1,7	2	3,4	↑↑↑↑↑ 4,6
	У-обр. комб стома «конец в бок»	8	13,8	-	-	1	1,7	2	3,4	5	8,6	
Всего:		32	55,2	6	10,3	4	6,9	6	10,3	10	17,2	-

Примечание: ⊥ - соотношение с другой группой, ↑ - увеличение, ↓ - уменьшение, ↓↓↓** - p<0,01, ↓↓↓↓*** - p<0,001

В целом в группе сравнения первичные межкишечные анастомозы сформированы в 27 (33,3%) случаев. Паллиативные оперативные вмешательства – деторсия, пликация и пексии выполнены в 6 (7,4%) случаев. При этом, в 54 (66,7%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них основным оперативным вмешательством явилась операция Гартмана – в 40 (49,4%) случаев. Комбинированные стомы сформированы в 8 (9,9%) случаев: «Т»-образная стома – лишь в 5 (6,2%) и «У» - образная стома – лишь в 3 (3,7%) случаев.

В основной группе при вышеперечисленных обстоятельствах при формировании первичных анастомозов применяли лишь погружной инвагинационный анастомозы в нашей модификации – в 17 (29,3%) случаев. Паллиативные оперативные вмешательства – деторсия, пликация и пексии выполнены в 4 (6,9%) случаев. При этом, в 37 (63,8%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них причиной формирования кишечной стомы явились операция Гартмана – лишь в 11 (19,0%) случаев. Комбинированные стомы сформированы в 26 (44,8%) случаев: «Т»-образная стома – в 10 (17,2%) и «У» - образная стома в нашей модификации в 16 (27,6%) случаев.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что в основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к формированию комбинированной стомы – с 9,7 до 44,6 % ($p < 0,001$) (увеличение 4,6 раза на 34,9%) и значительно ограничили показания к операции Гартмана с 49,4 до 18,9% ($p < 0,01$) (уменьшение 2,6 раза на 30,5%).

Частота осложнений после радикальных (одномоментных) операций в сравниваемых группах представлено в таблице 5.5. Как видно из таблицы 5.5., в группе сравнения после радикальных (одномоментных) операций частота осложнений, связанных с операцией на кишечнике отмечено в 8 (29,6%) случаев, раневые послеоперационные осложнения – в 4 (14,8%) и осложнения общего характера – в 15 (18,5%) случаев.

Таблица 5.5

Частота послеоперационных осложнений после радикальных (одномоментных) операций

Объем операций	Частота	Группа сравнения (n=27)			Основная группа (n=17)		
		Частота осложнений					
		Связан с операц	Раневые осложн	Общего характера	Связан с операц	Раневые осложн	Общего характера
Радикальные (одномоментные) операции							
Первичные анастомозы: «Конец в бок»	абс	3	1	2	-	-	-
	%	11,1	3,7	7,4	-	-	-
«Бок в бок»	абс	3	2	2	-	-	-
	%	11,1	7,4	7,4	-	-	-
Инвагинационный	абс	2	1	1	1	1	2
	%	7,4	3,7	3,7	5,9	5,9	11,8
Всего:	абс	8	4	5	1	1	2
	%	29,6	14,8	18,5	5,9	5,9	11,8
t-:	%	-	-	-	⊥↓↓↓ ↓ 5,0	⊥↓↓↓ 2,5	⊥↓↓ 1,6

Примечание: ⊥ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение, ↓↓* - $p < 0,05$, ↓↓↓** - $p < 0,01$, ↓↓↓↓*** - $p < 0,001$

В основной группе после радикальных (одномоментных) операций частота осложнений, связанных с операцией на кишечнике отмечено в 1 (5,9%) случае, раневые послеоперационные осложнения – в 1 (5,9%) и осложнения общего характера – в 2 (11,8%) случаев.

Сравнительный анализ в исследуемых группах показал, что после радикальных (одномоментных) операций, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 5 раз) на 23,7% ($p < 0,01$) (с 29,6 до 5,9%), частота раневых послеоперационных осложнений статистически достоверно снизилось (в 2,5 раза) на 8,9% ($p < 0,05$) (с 14,8 до 5,9%) и частота общих осложнений достоверно снизилось (в 1,6 раза) на 6,7% ($p < 0,001$) (с 18,5 до 11,8%).

Частота послеоперационных осложнений после паллиативных операций и формирования кишечной стомы в сравниваемых группах представлено в таблице 5.6.

Таблица 5.6

Частота послеоперационных осложнений после паллиативных операций и формирования кишечной стомы

Объем операций	Частота	Группа сравнения (n=54)			Основная группа (n=37)		
		Частота осложнений					
		Связан с операц	Раневые осложн	Общего характера	Связан с операц	Раневые осложн	Общего характера
Паллиативные операции							
Деторс, пликация, пексия	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Всего:	абс	1	-	1	1	-	-
	%	1,9	-	1,9	2,7	-	-
Формирование кишечной стомы							
По типу Гартмана	абс	1	3	3	2	1	1
	%	1,9	5,6	5,6	5,4	2,7	2,7
Т-обр. комбин стома с анаст «бок в конец»	абс	2	1	1	-	1	1
	%	3,7	1,9	1,9	-	2,7	2,7
У-обр. стома с погружным анаст. «конец в бок»	абс	2	1	2	-	-	-
	%	3,7	1,9	3,7	-	-	-
Всего:	абс	5	5	6	2	2	2
	%	9,3	9,3	11,1	5,4	5,4	5,4
t-:		-	-	-	⊥↓ 1,4	⊥↓↓ 1,7	⊥↓↓↓ 2,4

Примечание: ⊥ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение, ↓↓* - p<0,05, ↓↓↓** - p<0,01.

Как видно из таблицы 5.6., в группе сравнения после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы частота осложнений, связанных с операцией на кишечнике отмечено в 6 (11,1%) случаев, раневые послеоперационные осложнения – в 5 (9,3%) и осложнения общего характера – в 7 (13,0%) случаев. В основной группе после паллиативных операций и формирования кишечной стомы частота осложнений, связанных с операцией на кишечнике отмечено в 3 (8,1%) случаев, раневые послеоперационные осложнения – в 2 (5,4%) и осложнения общего характера – в 2 (5,4%) случаев.

Сравнительный анализ в исследуемых группах показал, что после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 1,4 раза) на 3,0% (с 11,1 до 8,1%), частота раневых послеоперационных осложнений достоверно снизились (в 1,7 раза) на 3,9% ($p < 0,05$) (с 9,3 до 5,4%) и частота общих осложнений достоверно снизились (в 2,4 раза) на 7,6% ($p < 0,01$) (с 13,0 до 5,4%).

Характер послеоперационных осложнений после радикальных (одномоментных) операций в сравниваемых группах представлено в таблице 5.6. и рисунке 5.1. В группе сравнения после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией на кишечнике из 8 (29,6%) больных недостаточность швов анастомоза отмечено в 5 (18,5%) случаев (бок в бок -2; конец в бок – 2; инвагинационный – 1). При этом, после накладывания межкишечного анастомоза бок в бок, несмотря на проведенную релапаротомию, наступил летальный исход в 2 (7,4%) случаев.

Продолжающийся перитонит отмечен в 1 (3,7%) (конец в бок -1) случае было обусловлено недостаточной санацией брюшной полости. Кровотечение из области анастомозов отмечено в 2 (7,4%) (бок в бок -1; инвагинационный - 1) случаев, которое диагностировано и устранено консервативными мероприятиями.

После радикальных операций характер осложнений, связанных с операцией на кишечнике возник в 8 (29,6%) случаев, где осложнения носили жизнеугрожающий характер и в 2 (7,4%) случаев наступил летальный исход. Полученные данные подтверждают, что в условиях ургентной хирургии таится опасность развития жизнеугрожающих осложнений, что на наш взгляд, также обусловлено стандартными подходами к лечению и применению традиционных способов при формировании межкишечных анастомозов.

Таблица 5.7

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в сравниваемых группах

Характер осложнений	Группа сравнение (n=27):						Группа основное (n=17)	
	Способ анастомоза							
	бок в бок		конец в бок		Инвагинационны й		Инвагинационны й	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Осложнения, связанные со способом завершения операции								
Недостаточн. анастомоза	2	7,4	2	7,4	1	3,7	-	-
Послеопер. перитонит	-	-	1	3,7	-	-	-	-
Кровотечение	1	3,7	-	-	1	3,7	1	5,9
Всего:	3	11,1	3	11,1	2	2,5	1	5,9
t-:	-	-	-	-	-	-	↘↓↓ 2	↘↓↓ 1,5
Раневые осложнения								
Инфильтрат раны	1	3,7	-	-	1	3,7	-	-
Нагноение раны	1	3,7	1	3,7	-	-	-	-
Всего	2	7,4	1	3,7	1	3,7	-	-
t-:	-	-	-	-	-	-	-	-
Общие осложнения								
ТЭЛА	1	3,7	-	-	-	-	1	5,9
Острая серд-сосуд недост	1	3,7	-	-	1	3,7	-	-
Острая печен-почеч недост	-	-	1	3,7	-	-	-	-
Бронхо-легочные	-	-	-	-	-	-	1	5,9
Всего	2	7,4	1	3,7	1	3,7	2	11,8
t-:	-	-	-	-	-	-	↗ ≈	↗ ↑ 1,1
Итого	7	25,9	5	18,5	4	14,8	3	5,2
t-:	-	-	-	-	-	-	↘ ↓ 1,3	↗ ↑ 1

Примечание: в * указано число летальных исходов, ≈ - различий нет, ↗ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение

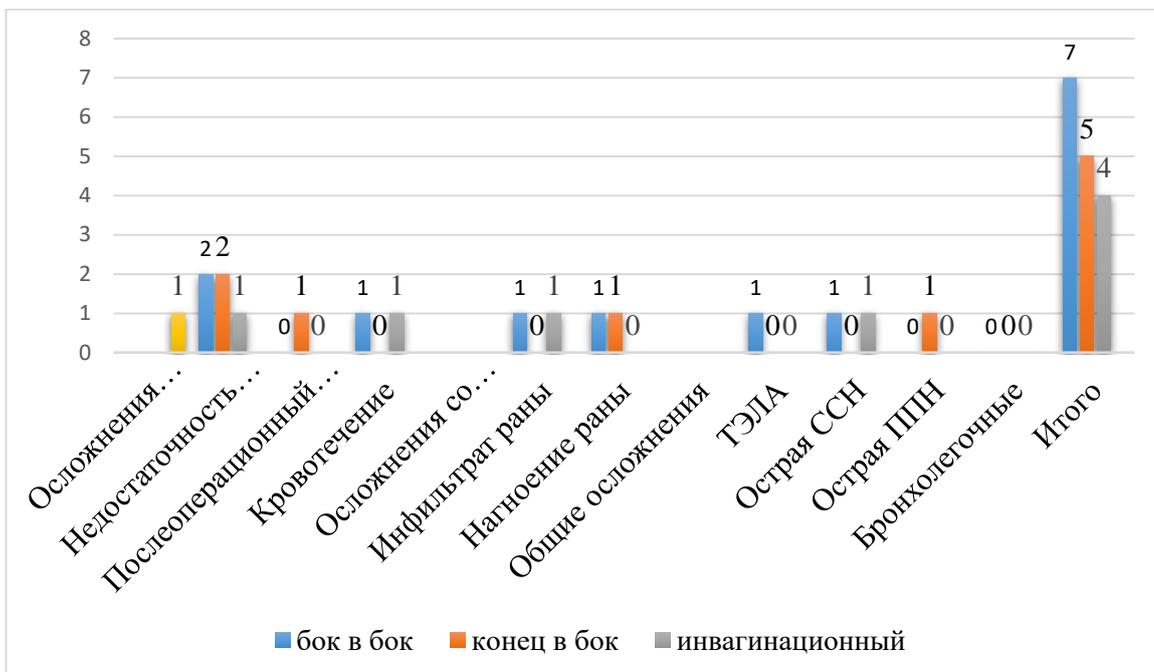


Рисунок 5.1. Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в группе сравнения (n=27).

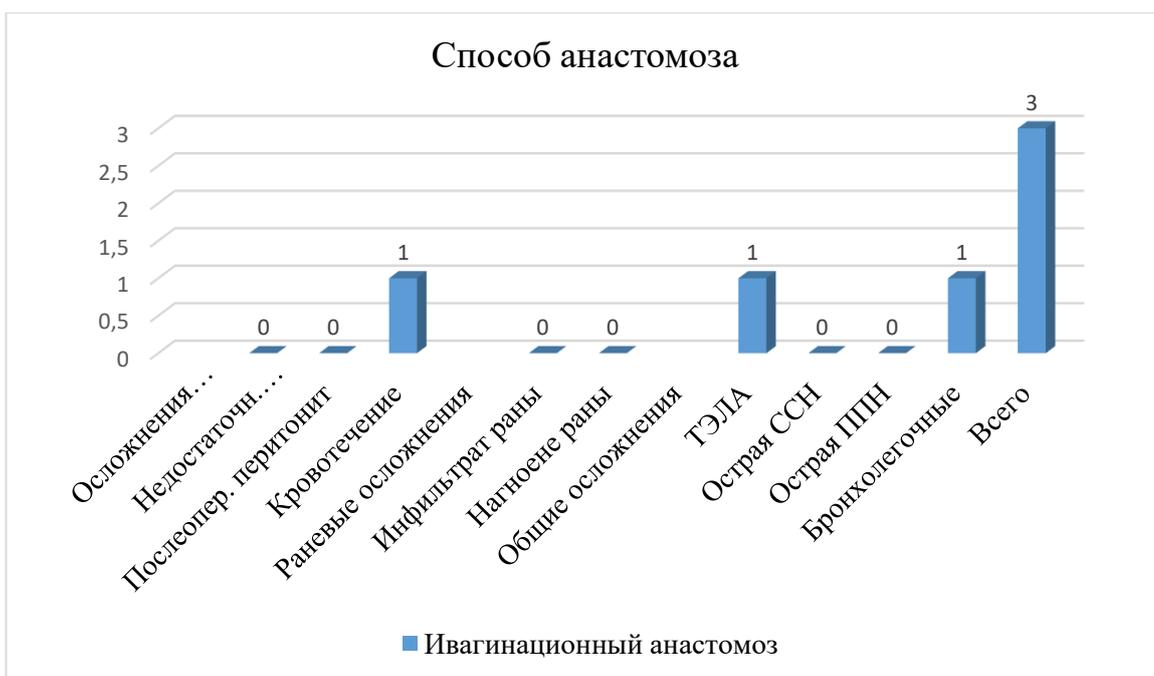


Рис. 5.2. Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа завершения оперативных вмешательств в основной группе (n=17).

Как видно из таблицы 5.7., и рис. 5.2 в основной группе после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией отмечено в 1 (5,9%) случае в виде кровотечения из швов анастомоза, которое остановлено консервативными мероприятиями.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе частота осложнений связанные с оперативным вмешательством на кишечнике после формирования первичных анастомозов снизилась с 29,6 до 5,9, при этом послеоперационная летальность в группе сравнения составило 7,4%, тогда как в основной не наблюдалось. Улучшение результатов радикальных (одномоментных) операций в основной группе на наш взгляд обусловлено внедрением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного способа «погружного» инвагинационного анастомоза.

В группе сравнения, послеоперационные раневые осложнения были вызваны инфильтратом в 2 (7,4%) и нагноением послеоперационной раны в 2 (7,4%), что в целом составило 4 (14,8%). В основной группе послеоперационные раневые осложнения не наблюдались. В группе сравнения характер общих осложнений состоял из ТЭЛА в 1 (3,7%), острой сердечно-сосудистой недостаточности – в 1 (3,7%) и острой печеночно-почечной недостаточности – в 1 (3,7%) случае, где во всех случаях, несмотря на комплекс реанимационных мероприятий наступил летальный исход – 3 (11,1%). Послеоперационная пневмония отмечена в 1 (3,7%) случае, где после консервативной терапии наступило выздоровление. В основной группе характер общих осложнений проявился тромбофлебитом вен нижних конечностей в 1 (5,9%) и обострением хронического бронхита в 1 (5,9%) случае. После консервативного лечения больные выписаны в относительно удовлетворительном состоянии.

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа палиативных операций и формирования кишечной стомы представлено в таблице 5.8.

Таблица 5.8

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от способа палиативных операций и способа формирования кишечной стомы

Характер осложнений	Группа сравнение (n=54)								Группа основное (n=37)							
	Способ завершения операции и колостомы															
	Деторс, пликац., пексия		По типу Гартман		Т-образ. комб стома бок-конец		У»-обр. стома с погружн конец-бок		Деторс, пликац., пексия		По типу Гартмана		Т»-обр. комбин. стома - бок-конец		У»-обр. стома с погружн конец-бок	
Связанные с способом завершения операции																
Внутрибр. абсцесс	-	-	1	1,9	1	1,9	1	1,9	1	2,7	1	2,7	-	-	-	-
Послеопер. перитонит	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кровотечен	-	-	-	-	1	1,9	1	1,9	-	-	1	2,7	-	-	-	-
Всего:	1	1,9	1	1,9	2	3,7	2	3,7	1	1,7	2	5,4	-	-	-	-
Раневые осложнения																
Инфильтр.	-	-	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Нагноение	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	-	-	1	1,9	-	-	1	2,7	-	-	1	2,7
Ретракция	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пролапсус	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Всего:	-	-	3	5,6	1	1,9	1	1,9	-	-	1	2,7	-	-	1	2,7
Общие осложнения																
ТЭЛА	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Острая серд-сосуд недост	1	1,9	1	1,9	-	-	-	-	-	-	1	2,7	-	-	-	-
О. печен-почеч. нед.	-	-	-	-	-	-	1	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
БЛО	-	-	1	1,9	1	1,9	1	1,9	-	-	-	-	1	2,7	-	-
Всего:	1	1,9	3	5,6	1	1,9	2	3,7	-	-	1	2,7	1	2,7	-	-
Итого:	2	3,7	7	13,0	4	4,9	5	7,4	1	1,7	4	10,8	1	2,7	1	2,7
t:	-	-	-	-	-	-	-	-	↘↘↘ 2	↘↘↘ 1,5	↘↘↘ 1,7	↘↘↘ 1,2	↘↘↘↘ 4	↘↘↘↘ 2,9	↘↘↘↘ 5	↘↘↘↘ 2,9

Примечание: В скобках указано число летальных исходов, ↘ - соотношение с другой группой, ↓ - уменьшение, ↘↘↘* - p<0,05, ↘↘↘↘** - p<0,01, ↘↘↘↘↘*** - p<0,001

Как видно из таблицы 5.8., в группе сравнения, после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы внутрибрюшные осложнения отмечены в 3 (5,6%), продолжающийся перитонит в 1 (1,9%), кровотечение из области стомы – в 1 (1,9%) случае, без летальных исходов.

В основной группе после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы внутрибрюшной абсцесс установлен в 2 (5,4%) и кровотечение из области стомы в 1 (2,7%) случае, без летальных исходов.

В группе сравнения после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы характер послеоперационных раневых осложнений проявился инфильтратом в 1 (1,9%) случае после формирования «Т»-образной комбинированной стомы, нагноение послеоперационной раны – в 1 (1,9%) после операции Гартмана, эвентрацией в 1 (1,9%) – после «У»-образной комбинированной стомы, ретракции колостомы – в 1 (1,9%) и пролапсус – в 1 (1,9%) случае, после операций Гартмана.

Ретроспективный анализ показал, что из 5 (9,3%) больных, наиболее часто раневые и стомальные осложнения наблюдались после операции Гартмана – в 3 (5,6%) случаев. В основной группе раневые и стомальные осложнения установлены в виде эвентрации в 2 (5,4%) случаев (операция Гартмана – 1; «У»-образная комбинированная стома -1). В обоих случаях своевременно проведена релапаротомия. Наступило выздоровление. Другие осложнения, в основной группе не наблюдались.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения паллиативных операций и формирования кишечной стомы показал, что при urgentных заболеваниях ободочной кишки, жизнеугрожающие осложнения, как при радикальных (одномоментных) операциях не наблюдаются. Однако формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью и требует проведения повторной реконструктивно-восстановительной операции путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Как показал наш опыт, прибегая к формированию кишечной стомы по Гартману при отсутствии возможности формирования комбинированной «Т»- и «У»-образных толстокишечных стом, мы исключили у этого контингента все риски выполнения РВО, так как удавалось устранить стому внебрюшинным способом.

Резюме: Таким образом, при urgentных заболеваниях левой половины толстой ободочной кишки, оптимизировав хирургическую тактику, в сравниваемых группах установлена отчетливая тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4%

(увеличение на 15,6%) и уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,2 до 27,6% (уменьшение на 15,6%).

В группе сравнения первичные межкишечные анастомозы традиционными способами сформированы в 27 (33,3%) случаев. Паллиативные операции – деторсия, пликация и пексии выполнены в 6 (7,4%) случаев. При этом, в 54 (66,7%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них основным оперативным вмешательством явилась операция Гартмана – в 40 (49,4%) и комбинированные стомы - в 8 (9,9%) случаев.

В основной группе при вышеперечисленных обстоятельствах при формировании первичных анастомозов применяли лишь погружной инвагинационный анастомозы в нашей модификации – в 17 (29,3%) случаев. Паллиативные оперативные вмешательства – деторсия, пликация и пексии выполнены в 4 (6,9%) случаев. При этом, в 37 (63,8%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них причиной формирования кишечной стомы явились операция Гартмана – лишь в 11 (19,0%) случаев, комбинированные стомы сформированы в 26 (44,8%) случаев.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к формированию комбинированной стомы – с 9,9 до 44,8% (увеличение на 34,9%) и значительно ограничили показания к операции Гартмана с 49,4 до 19,0% (уменьшение на 30,4%).

Сравнительный анализ показал, что после радикальных (одномоментных) операций, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике снизилось на 23,7% (с 29,6 до 5,9%), частота раневых послеоперационных осложнений снизилось на 8,9% (с 14,8 до 5,9%), частота общих осложнений снизилось на 6,7% (с 18,5 до 11,8%) и послеоперационная летальность в группе сравнения составило 7,4%, тогда как в основной не наблюдалось, что наш взгляд обусловлено внедрением

усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного способа «погружного» инвагинационного анастомоза.

Как показал наш опыт, формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью и требует проведения повторной РВО путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Прибегая к формированию комбинированной «Т»- и «У»- образных толстокишечных стом, мы исключили у этого контингента все риски выполнения РВО, так как удавалось устранить стому внебрюшинным способом.

Таким образом, при ургентных осложнениях толстой ободочной кишки при наличии показаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной стомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время во всем мире особый интерес представляют пациенты с urgentными заболеваниями толстой ободочной кишки неопухолевого генеза [Томнюк Н.Д., 2016]. При этом, многие вопросы при определении хирургической тактики остаются сложными и дискуссионными [Ахметзянов Ф.Ш., 2017; Гиберт Б.К., 2017; Szpilewska K, 2018; Beltzer C., 2020]. Первичный анастомоз на фоне некроза и гангрены кишечника обречен на несостоятельность швов, поэтому хирурги в 37 до 62% случаев оперативное вмешательство завершают операцией Гартмана [Горичнич А.В., 2017; Клин. реком., 2021], требующая проведения восстановительного этапа, которые часто сопровождаются развитием жизнеугрожающих осложнений - до 25 - 60% и высокой летальностью - 6 - 35% [Иголкин А.Н., 2017; Ланцов И.С., 2018; Giuliani G., 2020]. Восстановление непрерывности кишки в 40-72% наблюдений невозможно и сопровождаются высокой летальностью – 19-20% и более [Носиров М.М., 2020; Zewude WC, 2021]. Некоторые хирурги рекомендуют левостороннюю гемиколэктомию с первичным восстановлением кишечной непрерывности и формированием У-образного анастомоза, которые, однако не получили широкого практического применения [Сергеев А.А., 2014; Мамадиев А.М., 2023].

Таким образом, urgentные осложнения при неопухолевых заболеваниях левой половины ободочной кишки, а также вопросы хирургической реабилитации сохраняют чрезвычайную актуальность, что явилось поводом к проведению данного исследования.

За период с 2014 по 2022 годы по поводу urgentных заболеваний левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза оперировано 139 больных.

- **группа сравнения** – (2014-2018 годы) - 81 (58,3%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;

- **основная группа** – (2019-2022 годы) - 58 (41,7%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Распределение исследуемых больных, мы провели согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г.). При ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза наибольший контингент, составили больные в возрасте 45-59 лет – 60 (48,9%), т.е. в зрелом возрасте, которые составляют наиболее трудоспособную часть населения и имеет важное медицинское и экономическое значение. В возрасте 19-44 лет, т.е. в молодом возрасте в экстренном порядке оперированы 29 (20,9%) больных, которые являются будущим нашего общества. В возрасте 60 лет и старше, т.е. в пожилом возрасте в экстренном порядке оперированы 42 (30,2%) больных, что имеет важное медико-социальное значение.

При анализе по половому признаку неопухолевыми заболеваниями левой половины ободочной кишки, подлежащим экстренным оперативным вмешательствам мужчины составили 97 (69,8%), а женщины – 42 (30,2%) с соотношением 2:1. Из 139 больных, причиной экстренных оперативных вмешательств явились ЗСК, без гангрены кишечника - у 74 (53,2%) больных, ЗСК с гангреной кишечника – у 17 (12,2%), долихоколон и долихосигма – у 10 (7,2%), а также рубцово-спаечная непроходимость – у 13 (9,4%) и дивертикулярная болезнь (осложненная формы) – у 25 (18,0%) больных.

От начала госпитализации экстренным оперативным вмешательствам наиболее часто подлежали в первые 6 часов - 52 (37,4%) больных и от 7 до 24 часов – 36 (25,9%) больных. Данное обстоятельство позволяет судить о хорошей осведомленности населения и улучшения до госпитальной диагностики. В сроки от 24 до 48 часов подлежали 24 (17,3%) больных и в сроки более 2-х суток – 27 (19,4%), что было связано с тяжестью исходного состояния, обусловленное основным заболеванием и наличием сопутствующей терапевтической патологии, требующей коррекции.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по

обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Предоперационная подготовка наших больных проводилась параллельно с диагностическими мероприятиями с момента поступления в хирургическое отделение.

В соответствие целью и задачами исследования в группе сравнения нами проведен ретроспективный анализ хирургического лечения исследуемых больных оперированных в экстренном порядке. Причинами экстренных оперативных вмешательств в группе сравнения явились ЗСК без гангрены кишечника у 42 (51,9%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 11 (13,6%). Также явились рубцово-спаечная непроходимость – у 7 (8,6%), доликолон и долихосигма (ДС) – у 6 (7,4%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 15 (18,5%) больного.

Ретроспективный анализ показал, что оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов - у 27 (33,3%) больных, в сроки 7-24 часов – у 19 (23,5%), в 25-48 часов – у 15 (18,5%) и более 48 часов – у 20 (24,7%) больных.

Заслуживают особого внимания 15 (18,5%) больных оперированные в сроки 25-48 часов после поступления в стационар и 20 (24,7%) больных, оперированные в сроки более 48 часов. Этот контингент, в основном, составили лица старше 60 лет с относительно поздней госпитализацией от начала заболевания с явлениями интоксикации и с наличием тяжелых форм сопутствующей терапевтической патологии.

Объем оперативных вмешательств в группе сравнения заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 27 (33,3%) больных: по принципу «конец в бок» - у 5 (6,2%), по принципу «бок в бок» - у 11 (13,5%) и формированием инвагинационного анастомоза – у 11 (13,5%) больных. Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена у 6 (7,4%) больных в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии.

Важно отметить, что при выполнении экстренных оперативных вмешательств – у 31 (38,2%) больных выполнено накладывание колостомы по типу Гартмана, а Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в

конец - лишь у 5 (6,2%) и «У» - образная комбинированная стома - у 3 (3,7%) больных.

У 42 (51,9%) больных с ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника первичные коло-колоанастомозы сформированы у 15 (18,5%) больных – по принципу «конец в бок» - у 3 (3,7%), по принципу «бок в бок» - у 7 (8,6%) и инвагинационный – у 5 (6,2%) больных. В связи сохраненной жизнеспособностью кишечника, на фоне тяжелых сопутствующих терапевтических патологий и у лиц пожилого возраста произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 6 (7,4%) больных. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 18 (22,2%) больных, а Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - лишь у 2 (2,5%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного. При ЗСК сопровождающейся гангреной кишечника сформирована одноствольная колостома у всех 11 (13,6%) больных.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы у 2 (2,5%) больных – по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 1 (1,2%) больного. Одноствольную колостому по типу Гартмана пришлось сформировать – у 2 (2,4%) больных, Т-образную комбинированную стому с анастомозом «бок в конец» - у 1 (1,2%) и «У»-образную комбинированную стому с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного.

При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы у 6 (7,4%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%), по принципу «бок в бок» - у 2 (2,5%) и инвагинационным способом – у 3 (3,7%) больных, в 1 (1,2%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом «бок в конец».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 4 (4,9%) больных – по принципу «конец в бок» - у 1 (1,2%) по принципу «бок в бок» - у 1 (1,2%) и инвагинационным способом – у 2 (2,5%) больных. Одноствольная колостома по типу Гартмана сформирована –

у 9 (11,1%) больных, Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,2%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,2%) больного.

В процессе работы нами модифицирован способ накладывания толстокишечной стомы (**Патент №IAP7829 от 21.11.2023г**), которая при противопоказаниях к первичному анастомозу, по отношению к операции Гартмана **обладает рядом преимуществ:**

-за счет формирования «погружного» колоколоанастомоза по типу инвагинации уменьшается нагрузка на линию швов анастомоза, исключается «фитильный эффект» сквозного шва, достигается механическая прочность и физическая герметичность анастомоза;

-подшивание (фиксация) брюшины под сформированным анастомозом исключает ретракцию (проваливание в брюшную полость) и пролапсус (выпадение наружу) анастомоза

-частичное выведение содержимого через стому и частичное, естественным путем, обеспечивает декомпрессию проксимальных отделов толстой кишки;

-внебрюшинное расположение комбинированной «У-образной стомы с колоколоанастомозом «погружными» швами позволяет без лапаротомии, внебрюшинным способом и в кратчайшие сроки (15-30 дней) выполнить восстановительный этап оперативного вмешательства.

-выполнение восстановительного этапа операции исключает возникновение жизнеугрожающих осложнений (несостоятельность швов анастомоза) и связанных с ними, летальных исходов.

Нами разработан алгоритм хирургической тактики при острой непроходимости левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, в соответствии с которым во всех случаях проводится оценка общего состояния больного, выявление клинических проявлений кишечной непроходимости, наличие признаков дополнительных осложнений (перфорация с развитием перитонита, кровотечение и др.) (**Свидетельство**

об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 31431 от 10.12.2023г.).

В комплекс диагностических мероприятий входили следующие методы: клиническое обследование, лабораторная диагностика; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ); МСКТ, методики контрастных и бесконтрастных рентгенологических исследований толстой кишки (обзорная рентгенография брюшной полости, пероральная энтерография с пассажем контрастного вещества по кишечнику); эндоскопические методы (ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригоскопия).

Эндоскопические методы - ректороманоскопия, колоноскопия - позволяют верифицировать диагноз. Противопоказанием к проведению колоноскопии явилась декомпенсированная кишечная непроходимость, сопровождающаяся диастатической перфорацией кишки, перитонитом, крайне тяжелым общим состоянием больного.

На основании этих данных проводится оценка состояния больного, определяется дальнейшая тактика. Вместе с тем проводились мероприятия, направленные на диагностику терапевтической патологии, а также дополнительные исследования после консультации профильных специалистов. При диагностировании терапевтической патологии проводили ее коррекцию

В лечении пациентов с острой непроходимостью левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза мы придерживались некоторых принципов: сомнения в диагнозе ОКН механической природы, при отсутствии перитонеальной симптоматики указывают на необходимость проведения консервативного лечения; эффективность консервативной терапии снижается по мере увеличения выраженности явлений непроходимости; наличие рентгенологически чаш Клойбера свидетельствуют о декомпенсированной кишечной непроходимости или завороте сигмовидной кишки, требующей экстренного оперативного вмешательства.

При отсутствии признаков перфорации, перитонита, при ЗСК без некроза кишки может быть рекомендован «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование «У»-образной комбинированной стомы.

При отсутствии чрезмерного расширения приводящего отдела толстой кишки имеется возможность формирования комбинированной Т-образной стомы с коло-колоанастомозом. При осложнениях дивертикулярной болезни (перфорация, острая кишечная непроходимость) - резекция пораженного участка кишки с наложением «погружного» инвагинационного анастомоза или формирование «У»-образной комбинированной стомы и Т-образной стомы.

При чрезмерном расширении кишечника и при ЗСК с некрозом - одноствольная колостома по типу Гартмана.

В последнее время приоритетным является разработанный нами новый способ формирования «У»-образной комбинированной стомы. При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы применяем первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок», наложение комбинированной Т-образной и У-образной комбинированной стомы по нашей методике.

В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии рекомендуем деторсию с мезосигмопликацией по Гаген-Торну.

После операций типа Гартмана, при отсутствии стомальных, кожных и параколостомических осложнений, отсутствие диастаза или диастаз менее 10 см ставились показания к проведению РВО в сроки от 3-6 месяцев и более. При накладывании комбинированной толстокишечной стомы – восстановительный этап проводился в сроки через 30-45 дней после операции.

ОКН, более чем какая-либо другая абдоминальная патология, требует понимания внутренней сути клинических проявлений, выбора индивидуальной лечебной тактики и наименее рискованного оперативного вмешательства.

Причинами экстренных оперативных вмешательств в основной группе явились ЗСК без гангрены кишечника у 32 (55,2%) больных и ЗСК сопровождающаяся с гангреной толстого кишечника у 6 (10,3%). Также, рубцово-спаечная непроходимость – у 6 (10,3%), доликолон и ДС – у 4 (6,9%) и осложненные формы дивертикулярной болезни (ДБ) – у 10 (17,3%) больных.

В основной группе проспективный анализ показал, что оперативные вмешательства выполнены в первые 6 часов - у 25 (43,1%) больных, в сроки 7-24 часов – у 17 (29,3%), в сроки 24-48 часов – у 9 (19,0%) и в сроки более 48 часов у 7 (12,1%) больного. В сроки 25-48 часов после поступления в стационар оперирован лишь 9 (15,5%) больной, а в сроки более 48 часов у 7 (12,1%) больного. То есть 42 (72,4%) больных оперированы в первые 6 часов (43,1%) и 7-24 часа (29,3%), что наряду с другими факторами, существенно влияло на исходы хирургического лечения.

Объем оперативных вмешательств в основной группе заключался в выполнении первичных коло-колоанастомозов – у 17 (29,3%) больных, однако, в отличие от группы сравнения при этом применены «погружные» инвагинационные анастомозы по принципу «конец в бок». Вместе с тем, деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну выполнена лишь у 4 (6,9%) больного в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии. Важно отметить, что в основной группе, в отличие от группы сравнения выполнено накладывание Т-образной комбинированной – у 10 (17,2%) и «У» - образной комбинированной стомы – у 16 (27,6%) больных.

При ЗСК сопровождающейся без гангрены толстого кишечника – 9 (15,5%) первичные коло-колоанастомозы сформированы у 9 (15,5%) больных. В связи сохраненной жизнеспособности кишечника, на фоне тяжелой сопутствующей терапевтической патологии и у больного пожилого

возраста произведена деторсия с мезосигмопликацией по Гаген-Торну – у 4 (6,9%). Т-образная комбинированная стома – у 6 (10,3%) и «У»-образная комбинированная стома сформирована - у 8 (13,8%) больных. При ЗСК сопровождающейся гангреной кишечника у всех 6 (10,3%) больных сформирована одностольная колостома по типу Гартмана.

При ДК и ДС первичные коло-колоанастомозы сформированы в виде «погружного» инвагинационного способа по принципу «конец в бок» сформировано у 2 (3,4%) больных. Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец - у 1 (1,7%) и «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок» – у 1 (1,7%) больного.

При рубцово-спаечной непроходимости первичные коло-колоанастомозы сформированы первичные коло-колоанастомозы сформированы «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок» у 3 (5,2%) больных, в 1 (1,7%) случае была наложена Т-образная комбинированная стома с анастомозом бок в конец, а у 2 (3,4%) больных «У»-образная комбинированная стома с анастомозом по принципу «конец в бок».

При осложненных формах ДБ первичные коло-колоанастомозы сформированы у 3 (5,2%) больных «погружным» инвагинационным способом по принципу «конец в бок. Т-образная комбинированная стома - у 2 (3,4%) и «У»-образная – у 5 (8,6%) больных.

По мере накопления практического опыта работы у больных при ОКН левой половины ободочной кишки неопухолевого генеза, мы оптимизировали хирургическую тактику и тщательным образом проанализировали тактические и технические погрешности при выполнении операций в традиционном исполнении, что явилось поводом к расширению показаний к формированию «погружных» инвагинационных анастомозов и «У»-образной комбинированная стомы с анастомозом по принципу «конец в бок».

Для оценки результатов лечения, анализ осложнений, оперированных больных разделены на три подгруппы.

1. Осложнения, непосредственно связанные с методом операции (осложнения, характерные для вмешательства);
2. Гнойно-септические (раневые) осложнения;
3. Послеоперационные осложнения общего характера (возникающие при всех видах оперативных вмешательствах): осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, бронхолегочной и т.д.

Ретроспективный анализ показал, что в группе сравнения из 81 (58,3%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 35 (43,2%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством - у 14 (17,2%) больных, раневые – 9 (11,1%) и осложнения общего характера – у 12 (14,8%) с летальным исходом – у 4 (4,9%) больных.

В результате хирургического лечения данного контингента, придерживаясь модифицированной методики формирования, комбинированной «У-образной стомы» и в т.ч. «Т-образной стомы», а также предложенного лечебно-диагностического алгоритма, в основной группе из 58 (41,7%) больных послеоперационные осложнения после первичных наблюдались у 11 (18,9%). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством установлено у 4 (6,8%) больных, раневые – у 3 (5,2%) и осложнения общего характера – у 4 (6,8%) с летальным исходом – у 1 (1,7%) больного.

Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения хирургического лечения urgentных осложнений заворота сигмовидной кишки, болезни Пайра, рубцово-спаечной болезни, дивертикулярной болезни левой половины толстой ободочной кишки не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов (с 43,2% до 18,9%). Так, осложнения, связанные с оперативным вмешательством в основной группе, снизилась на 10,4% - с 17,3 до 6,9%, показатель летальности уменьшился на 3,2% - с 4,9% до 1,7%; нагноение послеоперационной раны и инфильтрат – с 11,1 до 5,2%, т.е. на 5,9%, общие осложнения - на 8,0% – с 14,8 до 6,8%, летальность на 3,2% - с 4,9% - до 1,7%.

При ургентных заболеваниях левой половины толстой ободочной кишки, оптимизировав хирургическую тактику, в сравниваемых группах установлена отчетливая тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% (увеличение на 15,6%) и уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,2 до 27,6% (уменьшение на 15,6%).

В сравниваемых группах контингент больных по причинам патологии явившейся показанием формирования кишечной стомы статистически достоверной разницы не имеют, однако установлена статистически достоверная тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% (увеличение 1,3 раза на 15,6%) и статистически достоверное уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,3 до 25,5% ($p < 0,05$) (уменьшение 1,7 раза на 17,8%).

В группе сравнения первичные межкишечные анастомозы традиционными способами сформированы в 27 (33,3%) случаев. Паллиативные операции – деторсия, пликация и пексии выполнены в 6 (7,4%) случаев. При этом, в 54 (66,7%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них основным оперативным вмешательством явилась операция Гартмана – в 40 (49,4%) и комбинированные стомы - в 8 (9,9%) случаев.

В основной группе при вышеперечисленных обстоятельствах при формировании первичных анастомозов применяли лишь погружной инвагинационный анастомозы в нашей модификации – в 17 (29,3%) случаев. Паллиативные оперативные вмешательства – деторсия, пликация и пексии выполнены в 4 (6,9%) случаев. При этом, в 37 (63,8%) случаев сформированы кишечные стомы. Из них причиной формирования кишечной стомы явились операция Гартмана – лишь в 11 (19,0%) случаев, комбинированные стомы сформированы в 26 (44,8%) случаев.

Сравнительный анализ показал, что в основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к

формированию комбинированной стомы – с 9,7 до 44,6 % ($p < 0,001$) (увеличение 4,6 раза на 34,9%) и значительно ограничили показания к операции Гартмана с 49,4 до 18,9% ($p < 0,01$) (уменьшение 2,6 раза на 30,5%).

В группе сравнения после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией на кишечнике из 8 (29,6%) больных недостаточность швов анастомоза отмечено в 5 (18,5%) случаев (бок в бок -2; конец в бок – 2; инвагинационный – 1). При этом, после накладывания межкишечного анастомоза бок в бок, несмотря на проведенную релапаротомию, наступил летальный исход в 2 (7,4%) случаев.

Продолжающийся перитонит отмечен в 1 (3,7%) (конец в бок -1) случае было обусловлено недостаточной санацией брюшной полости. Кровотечение из области анастомозов отмечено в 2 (7,4%) (бок в бок -1; инвагинационный - 1) случаев, которое диагностировано и устранено консервативными мероприятиями. Полученные данные подтверждают, что в условиях urgentной хирургии таится опасность развития жизнеугрожающих осложнений, что на наш взгляд, также обусловлено стандартными подходами к лечению и применению традиционных способов при формировании межкишечных анастомозов.

В основной группе после радикальных (одномоментных) операций характер осложнений, связанных с операцией отмечено в 1 (5,9%) случае в виде кровотечения из швов анастомоза, которое остановлено консервативными мероприятиями.

Сравнительный анализ показал, что **после радикальных (одномоментных) операций**, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 5 раз) на 23,7% ($p < 0,01$) (с 29,6 до 5,9%), частота раневых послеоперационных осложнений статистически достоверно снизилось (в 2,5 раза) на 8,9% ($p < 0,05$) (с 14,8 до 5,9%) и частота общих осложнений достоверно снизилось (в 1,6 раза) на 6,7% ($p < 0,001$) (с 18,5 до 11,8%). При этом послеоперационная летальность в группе сравнения составило 7,4%, тогда как в основной не наблюдалось. Улучшение результатов радикальных (одномоментных) операций в основной

группе на наш взгляд обусловлено внедрением усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного способа «погружного» инвагинационного анастомоза.

Сравнительный анализ показал, что **после паллиативных операций и формирования толстокишечной стомы**, частота осложнений связанные с операцией на кишечнике статистически достоверно уменьшилась (в 1,4 раза) на 3,0% (с 11,1 до 8,1%), частота раневых послеоперационных осложнений достоверно снизились (в 1,7 раза) на 3,9% ($p < 0,05$) (с 9,3 до 5,4%) и частота общих осложнений достоверно снизились (в 2,4 раза) на 7,6% ($p < 0,01$) (с 13,0 до 5,4%).

Таким образом, при ургентных заболеваниях левой половины ободочной кишки, при наличии показаний к формированию первичного колоколоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного колоколоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» с колоколоанастомозом «бок в конец».

При ургентных осложнениях заворота сигмовидной кишки: болезни Пайра, рубцово-спаечной и дивертикулярной болезни применение комбинированной «У-образной стомы» с колоколоанастомозом «конец в бок» «погружными» швами и в т.ч. «Т-образной стомы» «бок в конец» при наличии установленных показаний, могут являться операцией выбора. При наличии установленных противопоказаний: чрезмерная дилатация приводящей аборальной части, резекция значительного участка кишечника вследствие его некроза и гангрены, а также при гемиколэктомии, слева, следует придерживаться операции Гартмана.

Как показал наш опыт, формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью и требует проведения повторной РВО путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Прибегая к формированию

комбинированной «Т»- и «У»- образных толстокишечных стом, мы исключили у этого контингента все риски выполнения РВО, так как удавалось устранить стому внебрюшинным способом.

Таким образом, при urgentных осложнениях толстой ободочной кишки при наличии показаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является «погружной» инвагинационный анастомоз. При наличии противопоказаний к формированию первичного коло-колоанастомоза, методом выбора является формирование комбинированной стомы.

ВЫВОДЫ

1. У исследуемых больных, оптимизация хирургической тактики, позволяет достичь статистически достоверная тенденция к увеличению ранних оперативных вмешательств (в первые 24 часа) с 56,8 до 72,4% и статистически достоверное уменьшение более поздних операций (более суток) с 43,3 до 25,5% ($p < 0,05$). В основной группе при формировании первичных межкишечных анастомозов применялись лишь «погружной» инвагинационный анастомозы, а при вынужденном формировании кишечной стомы существенно расширены показания к формированию комбинированной стомы – с 9,7 до 44,6 % ($p < 0,001$), значительно ограничив показания к операции Гартмана с 49,4 до 18,9% ($p < 0,01$).

2. Модифицированная методика формирования комбинированной «У-образной» стомы «конец в бок» «погружными» швами (IAP 20220582/2) технически проста, малотравматична и устраняются все риски выполнения РВО за счет устранения стомы внебрюшинным способом.

3. Разработанный и внедренный лечебно-диагностический алгоритм (DGU 2023 1254), после радикальных операций, позволяют статистически достоверно снизить частоту осложнений связанных с операцией на кишечнике с 29,6 до 5,9% ($p < 0,01$), раневых послеоперационных осложнений - с 14,8 до 5,9% ($p < 0,05$) и общих осложнений - с 18,5 до 11,8% ($p < 0,001$).

4. Паллиативные операции и формирование кишечной стомы при осложнениях urgentных заболеваний ободочной кишки, позволяют предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений, однако формирование толстокишечной стомы по Гартману сопровождается более высокой травматичностью, чаще осложняются раневыми и стомальными осложнениями, а также требуют проведения РВО путем повторного вскрытия брюшной полости, которая таит в себе ряд сложностей и опасностей. Формированием комбинированной «Т»- и «У»- образной толстокишечной стомы исключаются все риски выполнения РВО, за счет устранения стомы внебрюшинным способом.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление;
ЗСК	– заворот сигмовидной кишки;
МРТ	– магнитно-резонансная томография;
ОГ	– операция Гартмана;
ОКН	– острая кишечная непроходимость;
ОНТК	– острая непроходимость толстого кишечника;
ОЦК	– объём циркулирующей крови;
РВО	– реконструктивно восстановительные операции;
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов М.М., Багненко С.Ф., Белобородов В.Б. и др. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации //2-е изд., перераб, и доп. – Москва: МИА, 2018. – 168 с.
2. Абдуллажанов Б.Р., Ботиров Ж.А. Анализ результатов реконструктивно-восстановительных операций у стомированных пациентов //Материалы республиканской научно-практической конференции «Использование высоко инновационных технологии в профилактической медицине». Андижан - 2020. 637.
3. Азизов Б.Д., Асадов С.К., Давлатов А.Р. и др. Особенности предоперационной подготовки, способы и сроки закрытия кишечных стом у детей //Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. – 2018. – № 1 (200). – С. 89-96.
4. Азизов С.Б., А. Г. Крутских А.Г., Лейманченко П.И. и др. Проблемы и перспективы хирургической реабилитации больных с постоянными колостомами //Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - № 2 (вып. 1). - С. 134-138.
5. Акназаров К.К., Талипов Н.О., Овчаренко К.Е. и др. Оценка эффективности контролируемых разгрузочных кишечных стом при распространенном перитоните //Бюллетень науки и практики. - 2022. - №6 Т. 8. - С. 429-434.
6. Алиев Ф.Ш., Алиев В.Ф., Ильканич А.Я. и др. Сравнительная характеристика колоректальных анастомозов при реконструктивно-восстановительных операциях //Колопроктология. –2019. –Т.18, № S3(69). – С. 78.
7. Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И. Несостоятельность швов колоректального анастомоза (обзор литературы) //Сибирский онкологический журнал. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 107-112.
8. Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И. Оптимизация хирургического лечения пациентов после обструктивных резекций толстой кишки. Новости хирургии. 2017.Том 25. № 5. с-488-493.

9. Ахрамеев В.Б., Гринцов А.Г., Антонюк С.М. и др. Особенности реконструктивно-восстановительных операций у больных после обструктивной резекции толстой кишки //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2021. Том 6. №3. –с. 13-16.
10. Ачкасов С.А., Сухина М.А., Москалев А.И и др. Роль биологических маркеров в диагностике послеоперационных инфекционных осложнений в колоректальной хирургии (обзор литературы) //Колопроктология. – 2019. – Т. 18, № 3 (69). – С. 105-118.
11. Ачкасов С.И., Сушков О.И., Лукашевич И.В., Суровегин Е.С. Применение программы ускоренного выздоровления колопроктологических больных в повседневной работе хирургического стационара. Результаты опроса хирургов России //Колопроктология. – 2018. – № 2S (64). – С. 59.
12. Белкания С.П. Заворот сигмовидной кишки //Киев: Здоровье, 1983. - 125 с.
13. Белобородов В.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения сепсиса //Инфекции и антимикробная тер. 2001. №6.
14. Белоконев В.И., Житлов А.Г., Грицаенко А.И., Эрдели Ю.И. Обоснование техники формирования тонко- и толстокишечных стом с лечебной целью у больных с острой кишечной непроходимостью и перитонитом //Креативная хирургия и онкология. - 2017. - 7(3). - С. 36-42.
15. Бобкова И.В., Ларичев С.Е., Сажин А.В. и др. Клинические рекомендации. «Острая неопухолевая кишечная непроходимость (утверждена Минздравом России) //2021. -55с.
16. Ботиров Ж.А. Оптимизация хирургической тактики после операции Гартмана //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -56с.
17. ВОЗ CINDI. – М., 2001. – 340 с.
18. Возрастная классификация Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ). 2021. 4 апреля. <https://glavkniga.ru/forum/topic/6904#>.
19. Вологдин А.А., Лихтерман Б.Л. Операция Гартмана: история и современные требования //Военно-медицинский журнал. -2015. Т.336. №12. С.53.

20. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Манвелидзе А.Г. Результаты экстренного хирургического лечения пациентов с острыми гнойно-воспалительными осложнениями дивертикулярной болезни ободочной кишки //Тез. докл. научной конференции с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии». - Москва, 2-4 февраля 2005. - С.368 - 370.
21. Гаврилик Б.Л. Спаечная кишечная непроходимость //Актуальные вопросы неотложной хирургии: непроходимость кишечника: сб. науч. тр.– Гродно, 2012. – С. 10–14.
22. Гарманова Т.Н., Казаченко Е.А., Крылов Н.Н. Из истории хирургии: эволюция взглядов на формирование кишечной стомы //Журнал: история медицины. -2019. Том 6, №2, с.151-159.
23. Гатауллин И.Г., Халиков М.М., Козлова Е.В., Афанасьева З.А., Потанин В.П. Сроки выполнения и объём хирургического вмешательства реконструктивно восстановительного этапа после операции Гартмана //Казанский медицинский журнал, 2017, том 98, №1, с.67-72.
24. Гиберт Б.К., Матвеев И.А., Хасия Д.Т. и др. Способы восстановления непрерывности кишечника после экстренных обструктивных резекций толстой кишки //Колопроктология. 2014. № 53 (49). С. 58.
25. Гиберт Б.К., Матвеев Н.А., Бородин Н.А. и др. Значение анатомии стомального и выключенного из пассажа отделов толстой кишки после обструктивной резекции при восстановительных операциях. Вестник хирургии. 2018.Т.177, №2., -с.34-38.
26. Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А. и др. Опыт как фактор улучшения результатов лапароскопических восстановительных вмешательств у больных с концевыми колостомами //Колопроктология. – 2017. - № 4 (62) – С. 24–29.
27. Гордеев С.А. Комбинированные и симультанные лапароскопические операции //ЦЭЛТ: многопрофильный медицинский центр. -Режим доступа: https://www.celt.ru/articles/art/art_31.phtml, свободный (дата обращения: 02.02.2020).

28. Горичнич А.В., Мингилев С.В. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных колостомой //Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 10. С. 74–75.
29. Горпинич А.Б., Манчилов С.В. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных колостомой //Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2017. N10, -с.74-75.
30. Греков И.И. К вопросу об оперативном лечении раков толстых кишок, в частности, по второму способу Грекова //Вестник хирургии и пограничных областей - 1928 - т. 15, кн. 43 - 44. - С.245 - 253.
31. Грошили В.С., Черкасов М.Ф., Московченко А.Н. и др. Анализ причин параколостомических осложнений и обоснование мер по их профилактике //Колопроктология. 2015. № S1 (51). С. 114а-114б.
32. Гурьянов А.А., Пантюшин А.А., Климов А.Г. Использование видеоэндоскопических технологий в лечении больных колоректальным раком //Альманах Института хирургии им. Вишневского А.В. –2019. –№1. – С. 114.
33. Дарбишгаджиев Ш.О., Махаковиков В.А., Баулин А.А. Опыт применения лапароскопических технологий при резекции толстой кишки с восстановлением кишечной непрерывности //Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. -2019. -№1. -С. 101.
34. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Воронин Ю.С. Внедрение программы ускоренного выздоровления при реконструктивно-восстановительных операциях у стомированных больных //Колопроктология. - 2020. - №1 Т. 19. - С. 67-72.
35. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Лобанов Д.С. Комплексный подход к лечению осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки //Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16, № 1-2. – С. 18-19.
36. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Никифорова А.В. и др. Особенности хирургического лечения поздних осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. Вестник Северо Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017;2(9):121–124.

37. Ибатуллин А.А., Актова Л.Р., Гайнутдинов Ф.М. и др. Реконструктивная хирургия стомальных осложнений. Медицинский вестник Башкартастана. 2017., том 12, № 5(71), с 25-32.

38. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(1):65–80.

39. Иголкин А.Н., Половкин В.В. Реконструктивно восстановительные вмешательства на толстой кишке после операции Гартмана: проблемы и пути решения. Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2017: 21(3): 347-355.

40. Измайлов А.Г., Доброквашин С.В., Волков Д.Е. и др. Рациональная антибиотикотерапия у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде" //Современная медицина. Травматология. Ортопедия. Хирургия. N 2(2) 2016 г.

41. Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Воронин Ю.С. Хирургическая реабилитация больных с кишечными стомами //Вестник СурГУ. Медицина. – 2019. – № 1. – С. 14-20.

42. Исокулов Т.У. Влияние хирургической реабилитации на качество жизни пациентов кишечной стомой //Журнал гуманитарных и естественных наук: № 10 (2024): Gumanitar va tabiiy fanlar jurnali - Журнал гуманитарных и естественных наук.

43. Исокулов Т.У. Осложнения реконструктивных операций в хирургической реабилитации и качество жизни пациентов кишечной стомой //Журнал гуманитарных и естественных наук: № 18 (2025): Gumanitar va tabiiy fanlar jurnali - Журнал гуманитарных и естественных наук.

44. Клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость» (Утв. Минздравом России). 2021.

45. Королев П.А. [и др.] Мультивисцеральные резекции в лечении рака ободочной кишки //Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2018. – Т. 7, № 4. – С. 46-51.

46. Курьгин А.А., Семенов В.В., Тарбаев И.С. Операция Гартмана: 100 лет в хирургии //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2020; 179 (2): 85-87.
47. Ланцов И.С., Москалев А.И., Сушков О.И. Ликвидация двуствольных илеостом (обзор литературы) //Колопроктология. – 2018. № 2. – С. 102-110.
48. Лунтовский А.М., Спирев В.В. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции Гартмана с использованием аппарата компрессионных анастомозов //Университетская медицина Урала. 2017. Т. 3. № 1 (18). С. 41–42.
49. Мадазимов М.М., Ботиров Ж.А. Усовершенствованный способ погружного инвагинационного анастомоза и лечебно-диагностический алгоритм в оптимизации хирургической тактики после операций Гартмана. Методические рекомендации. АГМИ. Ташкент, 2022. 24с.
50. Мамадиев А.М. Пути улучшения результатов хирургического лечения и реабилитации острой левосторонней толстокишечной непроходимости //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Андижан. -2023. -48с.
51. Маскин С.С., Карсанов А.М., Климович И.Н. и соавт. Эпидемиология и принципы диагностики воспалительных осложнений дивертикулярной болезни. Колопроктология. 2016; 1:58–64.
52. Медведев Л.В. Алексенко Н.Б., Макарова П.Б. //Сравнительная оценка механической прочности однорядных и двухрядных швов внутренних полых органов в эксперименте //Вестник Алтайского государственного аграрного университета, 2015.
53. Медоев В.В. Хирургическая тактика при заворотах сигмовидной кишки //Автореф. Дисс. ... канд. Мед. Наук. Ростов – на – Дону. 2009. 20 С.
54. Мильдзихов Г.У., Тотиков В.З., Пагиева М.К. и др. Анализ микроциркуляторных нарушений в зоне сформированного тонкотолстокишечного анастомоза //Инфекции в хирургии. – 2017. – Т. 15, №2. –С. 3-5.
55. Михин И.В., Воронцов О.Ф., Грэм К. и др. Влияние селективной деконтаминации кишечника на частоту развития послеоперационных

раневых осложнений и недостаточности анастомозов в колоректальной хирургии (обзор литературы) //Хирургия – 2020. – № 7-8. – С. 56-64.

56. Мусаев Д.А. [и др.] Радикальные одномоментные операции при кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки (Современное состояние проблемы) //Вестник Авиценны. – 2017. – Т. 19, № 3. – С. 399-406.

57. Мушарапов Д.Р., Нартайлаков М.А., Хасанов С.Р. и др. Диагностика и хирургическое лечение осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки //Медицинский вестник Башкортостана. –2019. –№ 5 (83). – С. 5-11.

58. Напалков П.Н., Мирошников Б.И. Пути снижения летальности от острой кишечной непроходимости //Вести, хир. -1973. -№ 11. -С. 8-13.

59. Нестеров М.И., Рамазанов М.Р., Рамазанов М.М. и др. Интраоперационная оценка жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости //Казанский медицинский журнал. – 015. –Т. 96, №2. –С. 161–165.

60. Ниёзбеков Б.М., Рзаев Т.З., Халилов З.Б. и др. Миниинвазивные вмешательства в ургентной хирургии толстой кишки //Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2020. – № 6. – С. 109-113.

61. Нишанов М.Ф., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р. и др. Способ инвагинационного колоколоанастомоза //Мининновации РУз. Расмий ахборотнома 2021;3, С.8 IAP 2021 0039.

62. Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р., Носиров М.М. и др. Восстановление кишечной непрерывности при колостомах как хирургическая проблема //Медицина и спорт. 2019. №3-4. –С. 88-91.

63. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника //М.: Медицина, 1969. – 373 с.

64. Носиров М.М. Пути улучшения хирургической тактики при завороте сигмовидной кишки у пожилых //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ташкент., 2020. -22С.

65. Панкратова Ю.С., Карпухин О.Ю., Зиганшин М.И. и др. Толстокишечный инвагинационный анастомоз в хирургии осложненных форм дивертикулярной болезни ободочной кишки. Колопроктология. 2021; т. 20, №4, с. 42–48.

66. Помазкин В. И. Анализ осложнений при ликвидации колостомы после операции Гартмана //Вестник Хирургии. 2016. Т.175, №5/ с. 69-73.

67. Рахматуллин Ю.Я. Результаты лечения острой кишечной непроходимости // Вестн. КазНМУ. – 2012. – № 1. – С. 281–283.

68. Рычагов Г.П., Попков О.В. и др. Реконструктивно-восстановительные операции как метод хирургической реабилитации пациентов с колостомой //Хирургия. Восточная Европа. -2019. - №2 Т. 8. - С. 189-197.

69. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник в двух т. Т. 1 - 2-е изд. Перераб, и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -720 с.

70. Сажин А.В., Мосин С.В., Дзусов М.А. Место лапароскопических технологий в диагностике и лечении острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза (обзор литературы) //РМЖ. 2016. №3. -С.190–192.

71. Сергеев А.А. Первичный Т-образный анастомоз при острой левосторонней обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. //Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва. 2013. 20С.

72. Сертакова О.В., Решетов Д.Н., Дудин М.Н. и др. Распространенность онкологических заболеваний у различных групп населения в России и мире //Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 33-46.

73. Степченков Р.П. Основные подходы к ведению взрослых пациентов с кишечной стомой //Справочник врача общей практики. - 2019. - № 5. - С. 20-45.

74. Стойко Ю.М., Максименков А.В., Левчук А.Л. и др. Лапароскопические реконструктивно-восстановительные операции на

толстой кишке //Вестник национального медико-хирургического центра им. М.И. Пирогова. 2019. Том:14, №1. –с.36-40.

75. Тимербулатов В.М., Тимербулатов М.В., Мехдиев Д.И. и др. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. М.: Медицинская книга, Москва. -2016, -С.19.

76. Тимербулатов М.В., Куляпин А.В., Лопатин Д.В. и др. Опыт диагностики и лечения перфоративного дивертикулита с развитием местного ограниченного перитонита //Медицинский вестник Башкортостана. – 2018. – № 3 (75). – С. 16-22.

77. Тимофеев Ю.М., Тамразов Р.И., Понамарев С.Э. и др. Модифицированная операция Дюамеля как метод реконструктивной колопластики после операции Гартмана //Тазовая хирургия и онкология. 2017; 7 (4): 38-43.

78. Томнюк Н.Д., Данилина Е.П., Здзитовецкий Д.Э. и др. Патогенез и адекватное хирургическое лечение острой кишечной непроходимости (неопухолевого генеза) в условиях неотложной хирургии //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. –2016. –№11-3. – С.460-463; URL:<https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10518> (дата обращения: 10.04.2023).

79. Томнюк Н.Д., Ховалыг В.С., Мунин А.М. и др. Восстановление непрерывности толстой кишки после операции типа Гартмана: сложности и их решение //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2021. –№1. –С.15-18.

80. Тотиков В.З., Медоев В.В., Тотиков З.В., Калицова М.В. Результаты лечения больных с заворотом сигмовидной кишки. Колопроктология. 2017; (3S):84-84.

81. Трубачева Ю. Л., Орлова Л.П., Москалев А.И. и др. Ультразвуковая диагностика хронического парколического инфильтрата при дивертикулярной болезни ободочной кишки //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2020. – № 9. – С. 14-19.

82. Федорин П.И., Мордовский А.В., Королев, В.Ю. Кишечный шов //Смоленский медицинский Альманах. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 115.
83. Фоменко О.Ю., Ачкасов С.И., Титов А.Ю. и др. Современные возможности улучшения функционального состояния запирающего аппарата у пациентов с наличием превентивных кишечных стом //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2015. - Т. 25. № 5. - С. 77-83.
84. Хожаев А.А. Реконструктивная хирургическая реабилитация больных колоректальным раком (обзор литературы) //Вестник хирургии Казахстана. 2017. –№ 2 (51). –С. 50-60.
85. Царьков П.В., Тулина И.А., Цугуля П.Б., Кочетков В.С. Выбор метода формирования превентивной кишечной стомы после резекции прямой кишки: протокол проспективного многоцентрового рандомизированного клинического исследования. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. -2017; 27 (2): 102–110.
86. Царьков П.В., Тулина И.В., Цугуля П.Б. и др. Выбор метода формирования превентивной кишечной стомы после резекции прямой кишки: протокол проспективного многоцентрового рандомизированного клинического исследования //Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. - 2017. - 27(2). - С. 102-110.
87. Цыплаков К.Г., Денисенко В.Л., Гаин Ю.М. / Непосредственные результаты применения лапароскопического доступа для оперативного закрытия колостом / Хирургия. Восточная Европа. -2019. - том 8, № 2. - С. 198-209.
88. Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Перескоков С.В. и др. Факторы риска и их влияние на состоятельность колоректального анастомоза //Современные проблемы науки и образования. –2018. –№4. –URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27722> (дата обращения: 15.10.2020).
89. Чернядьев С.А. Хирургические болезни. Учебно-методическое пособие //Екатеренбург. -2019. -34с.

90. Шапринский В.А., Шапринский Е.В., Миронишен Ю.А. и др. Современные подходы к выполнению реконструктивно-восстановительных операций в хирургии толстой кишки //Хирургия. 2015. № 1 (13). С. 19–21.
91. Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шельгина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 528 с.
92. Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., Пилиев Д.В. и др. Оценка степени выраженности воспалительных изменений операционной раны после закрытия превентивной кишечной стомы //Клиническая и экспериментальная хирургия. -2016. -Т. 4, № 2 (12). - С. 89-95.
93. Шельгин Ю.А., Нагудов М.А., Пономаренко А.А. и др. Мета-анализ методов лечения несостоятельности колоректального анастомоза //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. –2018. – № 8-2. – С. 30-41.
94. Шельгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Морозов С.В. и др. Аноректальная манометрия высокого разрешения. рекомендации по русскоязычной терминологии на основе междисциплинарного консенсуса //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. –2020. –№ 2 (174). – С. 55-64.
95. Шишкина Г.А., Топузов Э.Г., Петряшев А.В. и др. Лечебная тактика при колоректальном раке, осложненном декомпенсированным нарушением кишечной проходимости и диастолическим разрывом толстой кишки //Онкологическая колопроктология. 2016. Том 6., №4. –с.32-37.
96. Щаева С.Н. Анализ выживаемости при осложненном колоректальном раке //Онкологическая колопроктология. -2017. -Т.7, №2. - С. 20-30.
97. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Ибрагимова М.А. Комплексная лимфатическая терапия при заболеваниях толстой кишки// Электронный журнал Колопроктология и эндоскопическая хирургия в Узбекистане. 2022, Выпуск №1. (июль). -С. 16-20.
98. Яковлева С.В., Брико Н.И., Сидоренко С.В. и др. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной

медицинской помощи: Российские клинические рекомендации //Проценко. - М.: ООО Типография АМАПРЕСС", 2018.

99. Якомаскин В.Н., Равич Л.Д., Семенычева Н.В. Опыт лапароскопических реконструктивных операций на толстой кишке //Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. -2019. -№–С. 368.

100. Abis G.S.A., Stockmann H.B.A.C., Bonjer H.J. et al. Randomized clinical trial of selective decontamination of the digestive tract in elective colorectal cancer surgery (SELECT trial) //Br. J. Surg. –2019. –Vol. 106, № 4. – P. 355-363.

101. Alverdy J.C., Hyoju S.K., Weigerinck M., Gilbert J.A. The gut microbiome and the mechanism of surgical infection //Br. J. Surg. –2017. –Vol. 104, № 2. – P. e14-e23. 164.

102. Arezzo A, Passera R, Lo Secco G, Verra M, Bonino MA, Targarona E, Morino M / Stent as bridge to surgery for left-sided malignant colonic obstruction reduces adverse events and stoma rate compared with emergency surgery: results of a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials //Gastrointest Endosc. -2017 Sep; 86(3):416-426.

103. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. // Int Wound J. 2019 Feb; 16(1):243-249.

104. Batirov A.K., Khakimov D.M., Nishanov M.F. et al. Historical aspects and the place of intussusception anastomoses in colon surgery (Literature review) //International Scientific Journal Theoretical & Applied Science. 2021 №2. (94). 301-306.

105. Beall D.P., Fortman B.J., Lawler BC. et al. Imaging bowel obstruction: a comparison between fast magnetic resonance imaging and helical computed tomography. Clin Radiol. 2002; 57: 719 - 724.

106. Beltzer C., Vetter M., Axt S. et al. Einfluss der Darmvor-bereitung auf Wundinfektionen und Anastomosen insuffizienzen bei elektiven Kolonresektionen: Ergebnisse einer retrospektiven Studie mit 260 Patienten // Der Chirurg. –2020. –Vol. 91, № 6. – P. 491-501.

107. Cauchy F., Abdalla S., Penna C. et al. The small height of an anastomotic colonic doughnut is an independent risk factor of anastomotic leakage following colorectal resection: results of a prospective study on 154 consecutive cases //Int. J. Colorectal Dis. – 2017. – Vol. 32, № 5. – P. 699-707.

108. Charlotte El-Sayed, Simon Radley, Jemma Mytton et al. Risk of recurrent disease and surgery following an admission for acute diverticulitis //Dis. Colon. Rectum. – 2018. – Vol.61, № 3. – P. 382-389.

109. Chema Strik, Martijn W.J. Stommel, Laura J. Schipper Risk. Factors for suture repeat abdominal surgery //Lungenbecks archives of surgery. 2016. vol. 401. № 6. P. 829–837.

110. Chiu A., Chan H.T., Brown C.J. et al. Failing to reverse a diverting stoma after lower anterior resection of rectal cancer //Am. J. Surg. – 2014. – Vol. 207, № 5. P. 708-711.

111. Christou N., Rivaille T., Maulat Ch. et al. Identification of risk factors for morbidity and mortality after Hartmann's reversal surgery – a retrospective study from two French centers //Sci Rep. 2020;10:3643.

112. Coroş MF, Sorlea S, Hinteá A, Georgescu R, Crăciun C, Pascarenco G. Indications of a defunctioning stoma in colorectal anastomosis-our experience and review of the literature // Chirurgia (Bucur). -2016 Mar-Apr; 111(2):138-43.

113. Correa Marinez A. et al: Stoma-related complications: a report from the Stoma-Const randomized controlled trial. Colorectal Dis 2020 Dec 16. doi: 10.1111/codi.15494.

114. Daniël P.V. Lambrichts, Sandra Vennix, Gijsbert D. Musters et al. Hartmann's procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial //Lancet Gastroenterol. Hepatol. –2019. –Vol. 4, № 8. –P. 599-610.

115. Everhov ÅH, Kalman TD, Söderling J, Nordenvall C, Halfvarson J, Ekbom A, Ludvigsson JF, Olén O, Myrelid P. Probability of stoma in incident patients with crohn's disease in Sweden 2003-2019: A population-based study //Inflamm Bowel Dis. -2022 Aug 1; 28(8):1160-1168.

116. Fikry A., El Nakeeb A., Fouda E., Elmetwally T., Yousef M., Omar W./Clinical impacts of oral gastrografin follow-through in adhesive small bowel obstruction (SBO) //J. Surg. Res. 2010 Aug; 162(2): 170-6.

117. Gan J, Hamid R. Literature review: double-barreled wet colostomy (One stoma) versus ileal conduit with colostomy (Two Stomas) //Urol Int. 2017;98(3):249-254.

118. Giuliani G., Formisano G., Milone M. Et al. Full robotic hartmann's reversal: technical aspects and preliminary experience. Colorectal Dis., 2020.

119. Gök AFK, Özgür I, Altunsoy M, Üçüncü MZ, Bayraktar A, Bulut MT, Keskin M. Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery //Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. -2019 Jan; 25(1):60-65.

120. Grafen F.C., Neuhaus V., Schb O., Turina M. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital//Langenbecks Arch Surg. -2010 Jan. - N 395 (1). - P.57-63.

121. Gustafsson U.O., Scott M.J., Hubner M. Et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced recovery after Surgery Society Recommendations: 2018 // World J. Surg. –2019. –V. 43, №3. -P.659-695.

122. Hallam S, Mothe BS, Tirumulaju R. Hartmann's procedure, reversal and rate of stoma-free survival //Ann R Coll Surg Engl. -2018 Apr; 100(4):301-307.

123. Hamada T., Yamauchi M., Tanaka M., Hashimoto Y., Nakai K., Suenaga K. Prospective evaluation of contrast-enhanced ultrasonography with advanced dynamic flow for the diagnosis of intestinal ischemia//The British Journal of Radiology. - 2007. - N 80. - P. 603 - 608.

124. Hartmann P.H. Nuove procedure d' ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien //XXX Congress Francais de Chirurgie Process - Verbeaux, Memoires et Discussion. -1921. -v.30. -p.411.

125. Heissenberger H. Vergleich manuellen und maschineller Anastomosentechnik bei Operationen am Dickdarm //Wien. Klin. Wochenschr. -1992.-Bd. 104.- № 12. - S. 360 -362.

126. Herschorn S, Locke J, Vigil H. Hemi-kock continent stoma with augmentation cystoplasty: modifications and outcomes. *Urology*. -2022 Feb; 160:217-222.

127. Holmer C. Elektive Operations indication bei Sigmadivertikulitis [Elective surgery for sigmoid diverticulitis] // *Coloproctology*. –2018. –Vol. 40, № 5. –P. 345-348.

128. Holmer C., Kreis M.E. Diverticular disease — choice of surgical procedure. *Chir Z Für Alle Geb Oper Medizen*. 2014;85(4):308–313.

129. Horesh N., Lessing Y., Rudnicki Y. Et al. Timing of colostomy reversal following Hartmann's procedure for perforated diverticulitis // *J. Visc Surg*. 2020; S1878-7886 (20)30010-2.

130. Hosam Halim, Alan Askari, Rebecca Nunn, James Hollingshead Primary resection anastomosis versus Hartmann's procedure in Hinchey III and IV diverticulitis // *World J. Emerg. Surg*. –2019. –Vol. 14. –P. 32.

131. Hughes MJ, Cunningham W, Yalamarathi S. The effect of preoperative stoma training for patients undergoing colorectal surgery in an enhanced recovery programme // *Ann R Coll Surg Engl*. -2020 Mar; 102(3):180-184

132. Jaffe T.A., Martin L.C., Thomas J., Adamson A.R., DeLong D.M., Paulson E.K. Small-bowel obstruction: coronal reformations from isotropic voxels at 16-section multi-detector row CT. -2006; 238: 135 - 142.

133. Kita Y, Mori S, Tanabe K, Baba K, Tanoue K, Idichi T, Wada M, Arigami T, Sasaki K, Maemura K, Natsugoe S. Clinical prospects for laparoscopic stoma closure of a temporary loop ileostomy: Initial experience and report // *Asian J Endosc Surg*. - 2020 Oct; 13(4):618-621.

134. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, Ercan M, Bostanci E, Akoglu M. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications // *Ostomy Wound Manage*. -2017 Jan; 63(1):28-32.

135. Kössi J., Salminen P., Laato M. The epidemiology and treatment patterns of postoperative adhesion induced intestinal obstruction in Varsinais-Suomi Hospital District // *Scand J Surg*. -2004. -N 93(1). -P. 68-72.

136. Kulu Y., Büchler M.W. Ulrich Perioperative Komplikationen des unteren Gastrointestinaltraktes: Prävention, Erkennung, Therapie [Perioperative complications of the lower gastrointestinal tract: Prevention, recognition and treatment] //Der Chirurg. –2015. –Vol. 86, № 4. –P. 311-318.

137. Lanas A., Abad-Baroja D., Lanas-Gimeno A. Progress and challenges in the management of diverticular disease: which treatment? Therapeutic advances in gastroenterology. -2018; 11:1–21.

138. Li Z., Zhang L., Liu X., Yuan F., Song B. Diagnostic utility of CT for small bowel obstruction: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019 Dec 30; 14 (12): e0226740. doi: 10.1371/journal.pone.0226740.

139. Maemoto R, Tsujinaka S, Miyakura Y, Fukuda R, Kakizawa N, Takenami T, Machida E, Kikuchi N, Kanemitsu R, Tamaki S, Ishikawa H, Rikiyama T. / Risk factors and management of stoma-related obstruction after laparoscopic colorectal surgery with diverting ileostomy //Asian J Surg. -2021 Aug; 44(8): 1037-1042.

140. Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials //Ann R Coll Surg Engl. -2018 Sep; 100(7):501-508.

141. Massimo Sartelli, Dieter G. Weber, Yoram Kluger [et al.]. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting //World J. Emerg. Surg. -2020. -Vol. 15, № 1. -P. 32.

142. McVay D.P., Walker A.S., Nelson D.W. et al. The weekend effect: does time of admission impact management and outcomes of small bowel obstruction? //Gastroenterol Rep (Oxf). -2014 Aug. 2 (3). P. 221–225.

143. Melkonian E., Heine C., Contreras D. Et al. Reversal of the Hartmann's procedure: a comparative study of laparoscopic versus open surgery. J Minim Access Surg. -2017; 13:47–50.

144. Moro-Valdezate D., Royo-Aznar A. Martín-Arévalo J. Et al. Outcomes of Hartmann's procedure and subsequent intestinal restoration. Which patients are most likely to undergo reversal? Am J Surg. -2019; 218: 918–27.

145. Neale Jeffrey A. Surgical Management of Diverticular Disease in the Elective Setting. *Clinics in colon and rectal surgery*. -2018;31(4):236–242.
146. Richards C. Roxburgh C. Scottish Surgical Research Group. Surgical outcome in patients undergoing reversal of Hartmann's procedures: a multicentre study. *Colorectal Dis*. -2015; 17:242–9.
147. Salomone Di Saverio, Arianna Birindelli, Fausto Catena et al. The Ladies Trial: Premature termination of the LOLA arm and increased adverse events incidence after laparoscopic lavage may be influenced by inter-hospital and interoperator variability? Take-home messages from a center with laparoscopic colorectal expertise // *Int. J. Surg.* –2016. – Vol. 36 (Part A). – P. 118-120.
148. Schardey H.M., Rogers S., Schopf S.K. et al. Are gut bacteria associated with the development of anastomotic leaks? A review of experimental and clinical studies // *Coloproctology*. -2017. -Vol. 39, № 2. -P. 94-100.
149. Swanson SM, Strate LL. Acute Colonic Diverticulitis. *Annals of internal medicine*. -2018;168(9):65–80.
150. Szpilewska K, Juzwizyn J, Bolanowska Z, Bolanowska Z, Milan M, Chabowski M, Janczak D. / Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stoma // *Pol Przegl Chir*. -2018 Feb 28; 90(1):13-17.
151. von Mikulicz J. Surgical experience with intestinal // *Med. Classics*. - 1938. -Vol. 2. -P. 210-239.
152. Wedel T., Bottner M. Anatomie und Pathogenese der Divertikelkrankheit [Anatomy and pathogenesis of diverticular disease] // *Der Chirurg*. -2014. –Vol. 85, № 4. –P. 281-288.
153. Zewude WC, Derese T, Suga Y, Teklewold B. Quality of life in patients living with stoma // *Ethiop J Health Sci*. -2021 Sep; 31(5):993-1000.