УДК: 616.348-089.86-036.82:330.59

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Исокулов Тулкин Уралович - к.м.н.
Главное Медицинское Управление при Администрации Президента Республики Узбекистан
Наврузов Саримбек Наврузович - д.м.н., профессор,
Частная Клиника «Янги Хаёт»
Ахмедов Мухаммаджон Ахмедович - д.м.н., профессор
Ташкентская Медицинская Академия (Ташкент, Узбекистан)
Рузиев Исматилло Рахматиллаевич
Многопрофильная Клиника Центра Развития Профессиональной Квалификации Медицинских Работников

Резюме. *В статье подробно изложены история развития хирургической проктологии, с момента появления колостомии, наложения анастомозов, этапы хирургического лечения стомированных пациентов. Подробно описаны методы и результаты реабилитации стомированных пациентов, принципы наложения и закрытия одно-двуствольных колостом, лечения послеоперационных осложнений, влияние того или иного метода хирургического лечения на социальную адаптацию и качество жизни пациентов.*

Ключевые слова: *реабилитация, хирургия, проктология, колостома, социальная адаптация, качество жизни.*

REKONSTRUKTIV YO'G'ON ICHAKNI TIKLASH OPERATSIYALARI VA BEMORLARNING HAYOT SIFATI

Isoqulov Tulkin Uralovich - t.f.n.
O`zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Tibbiyot Bosh Boshqarmasi
Navro'zov Sarimbek Navro'zovich - t.f.d., professor
"Yangi Hayot" xususiy klinikasi
Ahmedov Muhammadjon Ahmedovich - t.f.d., professor
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)
Ruziyev Ismatillo Rahmatillayevich
Tibbiyot Xodimlarining Kasbiy Malakasini Oshirish Markazining Ko'p Tarmoqli Klinikasi

Xulosa. *Maqolada jarrohlik proktologiyasining rivojlanish tarixi, kolostomiyaning paydo bo'lishi, anastomozlarning paydo bo'lishi, stomatik bemorlarni jarrohlik davolash bosqichlari batafsil bayon etilgan. Stomatik bemorlarni reabilitatsiya qilish usullari va natijalari, bir-ikki barrelli kolostomiyani qoplash va yopish tamoyillari, operatsion asoratlardan keyin davolash. Jarrohlik davolashning u yoki bu usulining bemorlarning ijtimoiy moslashuvi va hayot sifatiga ta'siri.*

Kalit so'zlar: *reabilitatsiya, jarrohlik, proktologiya, kolostoma, ijtimoiy moslashuv, hayot sifati.*

RECONSTRUCTIVE COLON SURGERY AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS

Isokulov Tulkin Uralovich - C.M.Sc.
Main Medical Department Under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan
Navruzov Sarimbek Navruzovich - D.M.Sc., professor
"Yangi Khayat" Private Clinic
Akhmedov Mukhammadjon Akhmedovich - D.M.Sc., professor
Tashkent Medical Academy (Tashkent, Uzbekistan)
Ruziev Ismatillo Rakhmatillaevich
Multidisciplinary Clinic of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers

Abstract. *The article details the history of the development of surgical proctology, from the moment the colostomy appeared, the imposition of anastomoses, the stages of surgical treatment of stoma patients. Methods and results of rehabilitation of stoma patients, principles of application and closure of single-double-barreled colostomy, treatment after surgical complications. Influence of this or that method of surgical treatment on social adaptation and quality of life of patients.*

Key words: *Rehabilitation, surgery, proctology, colostomy, social adaptation, quality of life.*

Актуальность. Одной из основных медико-социальных проблем современной колопроктологии, является реабилитация пациентов с колостомой. Операции на толстой кишке часто заканчиваются наложением колостомы, что приводит пациента к инвалидности, хотя возможности современной медицины, применение сшивающих аппаратов и успехи анестезиологии позволяют уменьшить процент многоэтапных операций.

В последние годы в Республики Узбекистан число стомированных больных имеют тенденцию к увеличению. Это обусловлено не качественным питанием по выбору самих людей, частое употребление фастфуда и ростом заболеваний толстой кишки, при лечении которых часто заканчивается операцией наложением колостом. В современном обществе в связи быстрым ростом урбанизации число стомированных больных растёт и может наблюдаться 120–150 человек на сто тысяч населения, что согласовывается с данными всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), но точного учета стомированных больных нет. [1,2,3,14,15,18,20,21,22,28].

История развития пускового механизма на наложение колостомы превентивно, как операцию выбора при безвыходных ситуациях, является вынужденной мерой, протокольно принятой во многих медицинских учреждениях всего мира. Если заглянуть времена античных медиков при проникающем ранении в живот со вскрытием просвета кишки могли рассчитывать лишь на отграничение раны от свободной брюшной полости и естественное формирование кишечной стомы [3,5,6,14,15,18,20]. Естественные колостомы иногда самостоятельно закрывались, часто явились причиной мучительной смерти пациентов [3,14,15,16,20].

Учёным в настоящее время известно более 200 способов и модификаций колостом, отличается преимуществами и недостатками и поэтому ни один из них не может считаться идеальной [3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13].

В настоящее время восстановление нарушенной функции кишечника при проведении реабилитации имеет ведущее значение. Операционные доступы проводимые традиционно создают существенную проблему. Хирург во время операции из-за выраженного спаечного процесса не всегда достигает желаемого результата. В результате появления после операционных осложнений, пациент больше времени проводит в стационаре, в результате увеличиваются финансовые затраты всё это способствует ухудшению социальной адаптации и качество жизни пациентов [13,23,25,26,27].

В современном этапе развития медицины среди учёных проктологов нет единого мнения о выборе метода формирования колостом в экстренных случаях, продолжается поиск новых способов стомирования. Кишечные стомы, как известно, серьезно влияют на качество жизни пациента независимо от основного диагноза [18,24,29].

Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения.

Цель - улучшение результатов хирургической реабилитации, путём оптимизации способов реконструктивно-восстановительных операций и изучение динамики качества жизни больных с кишечной стомой.

Материал и методы.

Нами проанализированы результаты наблюдений 397 пациентов кишечной стомой за период 2012-2019 гг., находившихся на стационарном лечении в Республиканской Клинической Больнице №1 Республики Узбекистан. Все пациенты обследовались по стандартной схеме, включающий данные клинического осмотра специалистов и инструментальные методы исследования. Оперативное вмешательство проводилось после всестороннего обследования, особенно у больных после операций по поводу онкологических заболеваний. Оценивалось состояние толстой кишки, включая дистальный и проксимальный отделы. С целью изучения состояние слизистой оболочки, особое значение придавали эндоскопическому методу исследования, и при необходимости проводилась биопсия из стенки толстой кишки с последующим гистологическим исследованием.

По показаниям назначалась медикаментозная терапия, курс гидротренировки дистального отдела толстой кишки.

Большое значение для решения вопроса о методе восстановления кишечной непрерывности имеет характер произведенного первичного оперативного вмешательства.

Для оценки качества жизни применяли опросники: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации. После установления диагноза все пациенты были подвержены оперативному вмешательству – наложения колостомы, наложения различных анастомозов и другим реконструктивным методам операции.

Результаты и обсуждения.

Всего изучено 397 пациентов кишечной стомой за период 2012-2019 гг., находившихся на стационарном лечении в Республиканской Клинической Больнице №1 Республики Узбекистан.

По возрасту пациентов были распределены согласно классификации ВОЗ.

Анализ возрастного аспекта показал, что, большинство обследованных были молодого возраста (18–44 лет; 74%), пациенты мужчины преобладали над женщинами на 10% (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст (лет)	Пол				Количество пациентов	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18-44*	160	54,79	132	45,21	292	73,55
45-59	47	60,26	31	39,74	78	19,65
60-74	14	56,00	11	44,00	25	6,30
75-90	2	100,00	0	0,00	2	0,50
Всего	223	56,17	174	43,83	397	100,00

***Примечание:** * 16 лет-2 муж. и 1 жен., 17 лет - 1 муж. Пациенты старше 90 лет в нашем исследовании не наблюдались*

Пациенты 18-44 летном возрасте наблюдались 73%, на долю мужчин 55% а женщин 45%, это связано с образом жизни и другими факторами приводящие к нарушениям функции кишечника.

Анализ наблюдения показало, что, заболевание пациентов приходит в основном на работоспособный возраст 18-59 лет около 93% что проблему делает очень актуальным.

При обследовании соматического статуса пациентов выявлено, не специфический язвенный колит 48 (29%), псевдополипоз 41 (25%), стриктура кишечника 22 (13%) больше половины наблюдений выше указанные патологии, остальные ИБС стенокардия напряжения 10 (6%), болезнь Крона 10 (6%), гепатит 7 (4%), холецистит 6 (4 %), миома матки 5 (3%), Гаген Торену 4 (2%), пневмония 4 (2%), другие (5%), (артрит 3, цистит 2, аднексит 1, амёбиаз 1, болезнь Дауна 1) (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели сопутствующей патологии пациентов

Наименования	Число	%
Не специфический язвенный колит (НЯК)	48	29,1
Псевдополипоз	41	24,8
Стриктура кишечника	22	13,3
ИБС. стенокардия наряжения (СН).	10	6,1
Болезнь Крона	10	6,1
Гепатит	7	4,2
Холецистит	6	3,6
Миома матки	5	3,0
Гаген Торену	4	2,4
Пневмония	4	2,4
Другие: (Артрит-3, Цистит- 2, Аднексит-1, Амёбиаз-1, Болезнь Дауна-1)	8	4,8
Итого:	165	100%

Из общего числа 397 пациентов сопутствующей патологией наблюдались у 165 (42%). Качество жизни пациентов сопутствующими патологиями страдали большей степени, после лечения и реабилитации восстанавливались медленно.

Все 397 пациенты по степени тяжести течения заболевания были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 131 (33%) пациента вновь обратившийся, которым были проведены операции по наложению колостом, анастомозов и другие различные виды хирургического вмешательства, их состояния оценивалось как более легкой степени. Во вторую группу вошли 133 (33,5%) пациента перенесшие раннее различные виды хирургического вмешательства, их состояние по заболеванию оценивалось как средней степени тяжести. В третью группу вошли 133 (33,5%) пациента их состояния оценивались как тяжелой степени, неоднократно перенесшие различные хирургические вмешательства и продолжающийся болеть (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов по группам

Группы	Количество пациентов	%
1	131	33,0
2	133	33,5
3	133	33,5
Итого:	397	100

Анализ полученных данных 397 пациентов по видам проведенного лечения показали следующие результаты: Пациентам первой группы больше всего были наложены анастомозы 78 (60 %); на втором месте наложение двухствольной стомы 35 (27 %); наложение одноствольной стомы 8 (6 %); реконструктивные операции 6 (5 %); консервативное лечение 4 (3 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов является преимущественным методом выбора операции которое позволяет скорейшего выздоровления (табл. 4).

Таблица 4.

Показатели видов лечения пациентов первой группы

	Виды лечения	Число abs.	%
1.	Наложения одноствольной стомы	8	6,1
2.	Наложения двуствольной стомы	35	26,7
3.	Наложения анастомоза	78	59,5
4.	Реконструктивные операции	6	4,6
5.	Консервативное лечение	4	3,1
	Итого:	131	100

Пациентам второй группы больше всего были проведены операции: закрытие двухствольной стомы 35 (26 %); на втором месте наложение анастомозов 28 (21 %); закрытие одноствольной стомы 15 (11 %); реконструктивные операции 15 (11 %); консервативное лечение 40 (30 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов по сравнению первой группой три раза меньше, но остается методом выбора хирургического лечения. Многие пациенты (30%) данной группы получили консервативное лечение и получали реабилитационную терапию (табл. 5).

Таблица 5.

Показатели видов лечения пациентов второй группы

	Виды лечения	Число abs.	%
1.	Закрытие одноствольной стомы	15	11,3
2.	Закрытие двуствольной стомы	35	26,3
3.	Наложения анастомаза	28	21,1
4.	Реконструктивные операции	15	11,3
5.	Консервативное лечение	40	30,1
	Итого:	133	100

Пациентам третей группы больше всего были проведены операции: закрытие двухствольной стомы 38 (29 %); на втором месте закрытие одноствольной стомы 26 (19 %); наложение анастомоза 24 (18 %); реконструктивные операции 15 (11 %); консервативное лечение 30 (23 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов проводилось меньше по сравнению с первой и второй группой, но остается методом выбора хирургического лечения. Консервативное лечение пациентам данной группы проводилось 22 %, продолжают болеть и получают реабилитационную терапию. (табл. 6).

Таблица 6.

Показатели видов лечения пациентов третей группы

	Виды лечения	Число abs.	%
1.	Закрытие одноствольной стомы	26	19,5
2.	Закрытие двуствольной стомы	38	28,6
3.	Наложения анастомаза	24	18,0
4.	Реконструктивные операции	15	11,3
5.	Консервативное лечение	30	22,6
	Итого:	133	100

Среди 397 пациентов консервативное лечение получили 74 (18%). В первой группе 4 (3%) после операции дополнительно проводилось консервативное лечение, признаки кишечной непроходимости разрешились и дополнительного хирургического вмешательство не требовалось, во второй группе 40 (30 %) ранее перенесшие операции пациенты после проведенного консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились и хирургическое вмешательство не требовалось, в третей группе 30 (23 %) в анамнезе перенесшие многократные оперативные вмешательство при проведения консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились (табл. 7).

Таблица 7.

Пациенты получившие консервативное лечение

Группы	Количество пациентов	%	Число abs.	%	процент из общего число пациентов группе, %
1	131	33,0	4	5,4	3,1
2	133	33,5	40	54,1	30,1
3	133	33,5	30	40,5	22,6
Итого:	397	100	74	100	18,6

Сравнительный анализ хирургического лечения 397 пациентов показали следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двуствольной стомы 108 (33 %) из общего числа 27 %, наложение и закрытие одноствольной стомы 49 (15 %) из общего числа 12 % и реконструктивные операции 36 (11 %) из общего числа 9 %, это будет выглядит следующим образом (табл. 8).

Таблица 8.

Показатели пациентов после хирургическое лечение

	Название операции	Группы						Итого в группах		Итого n=397
		1 группа		2 группа		3 группа				
		n	%	n	%	n	%	n	%	%
1	Наложение и закрытие одноствольной стомы	8	6,3	15	16,1	26	25,2	49	15,2	12,3
2	Наложение и закрытие двуствольной стомы	35	27,6	35	37,6	38	36,9	108	33,4	27,2
3	Наложения анастомоза	78	61,4	28	30,1	24	23,3	130	40,2	32,7
4	Реконструктивная операция	6	4,7	15	16,1	15	14,6	36	11,1	9,1
	Итого	127	100	93	100	103	100	323	100	81,4

Сравнительный анализ лечения 397 пациентов показали следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двуствольной стомы 108 (33 %) из общего числа 27 %, наложение и закрытие одноствольной стомы 49 (15 %) из общего числа 12 % и реконструктивные операции 36 (11 %) из общего числа 9 %, консервативное лечение проведено в первой группе 4 (3 %), во второй группе 40 (30 %), в третей группе 30 (23 %), то есть 74 (19 %) пациентам из числа всех исследованных (табл.9).

Таблица 9.

Общие показатели проведения лечения пациентов группах

1 группа n=131				2 группа n=133		3 группа n=133		Итого	
Название лечение	**n**	**%**	**Название лечение**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Наложения Одноствольной стомы	8	6,1	Закрытие Одноствольной стомы	15	11,3	26	19,5	49	12,3
Наложения Двуствольной стомы	35	26,7	Закрытие Двуствольной стомы	35	26,3	38	28,6	108	27,2
Наложения анастомоза	78	59,5	Наложения анастомоза	28	21,1	24	18,0	130	32,7
Реконструктивная операция	6	4,6	Реконструктивная операция	15	11,3	15	11,3	36	9,1
Консервативное лечение	4	3,1	Консервативное лечение	40	30,1	30	22,6	74	18,6
Итого:	131	100	Итого;	133	100	133	100	397	100

Для выбора рационального метода операции немаловажное значение имеет тип сформированной колостомы, протяженность произведенной резекции, длина проксимального и дистального отделов кишечной трубки.

Сроки операций определяли индивидуально. Но, в основном реконструкцию проводили в сроки от 2,5-4 месяцев после травмы ,8-10 месяцев после операций при воспалительных заболеваниях ободочной и прямой кишки и через 10-14 месяцев после онкологических операций.

Исследование качества жизни 397 пациентов достигалось с применением Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома, прошедшие стандартную процедуру валидации.

Анализ результатов исследования качества жизни (КЖ) 397 пациентов показали что данные полученные во всех трех группах различные, ухудшение показателей КЖ первой группы не сильно отличаются от нормальных, во второй группе было выявлено что показатели КЖ пациентов умеренно ухудшались, в третей группе данный показатель КЖ пациентов сильно ухудшались и медленно восстанавливались. Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника EuroQol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия. Исследование КЖ пациентов во всех группах проводились до и после проведения хирургического лечения (табл. 10-11).

Таблица 10.

Показатели опросника EuroQul-5D до лечения

Группы	**Количество пациентов**	**М (мобильность)**	**С (Самообслуживание)**	**БА (Бытовая активность)**	**Б/Д (Боль / Дискомфорт)**	**Т/Д (Тревога / депрессия)**	**EQ-балл состоян. здоровья**
1	131	1	1	0,39658	0,123	0,08611	0,66271
2	133	1	1	0,3404	0,123	0,08465	0,6645
3	133	1	1	0,34767	0,123	0,08727	0,65795
Итого	397	1	1	0,36138	0,123	0,08601	0,661705

Дескрипторы боль / дискомфорт и тревога / депрессия были отклонены большей степени от нормы во втором и третях группах и медленно восстанавливались, показатели КЖ пациентов первой группы приходили в норму сразу после хирургического лечения.

Таблица 11.

Показатели опросника EuroQul-5D после лечения

Группы	Количество пациентов	М (мобильность)	С (Самообслуживание)	БА (Бытовая активность)	Б/Д (Боль / Дискомфорт)	Т/Д (Тревога / депрессия)	EQ-балл состоян. здоровья
1	131	1	1	0,38922	0,4979	0,95208	-0,57638
2	133	1	1	0,3259	0,5244	1,025	-0,6124
3	133	1	1	0,3501	0,3727	0,9483	-0,4421
Итого	397	1	1	0,354912	0,464848	0,975237	-0,54345

Исследование 397 пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль / дискомфорт и тревога / депрессия этому способствует эмоциональное состояние пациентов.

Болевой синдром как сильный раздражитель в первую очередь действует на эмоциональную состоянию пациентов являясь провоцирующем фактором ухудшения КЖ пациентов.

Для полноценной оценки КЖ жизни пациентов необходимо применение двух или более опросников охватывающие по больше нарушенных дескрипторов и показателей. Для исследования параметров болевого синдрома нами было использовано шкала (ВАШ) для полноты исследования использовали её модифицированную форму. Показатели ВАШ до проведения хирургического лечения выявили в первой группе слабую боль (1-3 балла) у 113 (86%), умеренную боль (4-6 балла) у 18 (14%), во второй группе слабую боль у 51 (38%), умеренную у 80 (60%), очень сильную боль (7-9 балла) у одного пациента , нестерпимую боль (10 баллов) у одного пациента, в третьей группе слабую боль у 15 (11%) , умеренную у 96 (72%) , очень сильную 18 (14%), нестерпимую боль у 3 (2%) пациентов (табл.12).

Таблица 12.

Показатели Шкалы ВАШ до лечения

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4–6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	131	0	113	18	0	0
2	133	0	51	80	1	1
3	133	0	15	96	18	3
Итого	397	0	179	194	19	4

После проведения хирургического лечения во всех трех группах наблюдались регресс болевого синдрома до исчезновения, слабая боль сохранялась только лишь у одного пациента второй группы и четырех пациентов третьей группы, что доказывает эффективность метода лечения. Модифицированный вариант ВАШ и его пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома. Послеоперационные параметры болевого ощущения пациентами приведено в следующей таблице (табл.13).

Таблица 13.

Показатели Шкалы ВАШ после лечения

Группы	Количество пациентов	1-нет боли (0)	2-слабая боль (1-3)	3-умеренная боль (4–6)	4-очень сильная боль (7-9)	5-нестерпимая боль (10)
1	131	131	0	0	0	0
2	133	132	1	0	0	0
3	133	129	4	0	0	0
Итого	397	392	5	0	0	0

Заключение. Таким образом, пациенты 18-59 летном возрасте наблюдались 93%, на долю мужчин 55% а женщин 45%, заболевание приходила в основном на работоспособный возраст что проблему делает очень актуальным.

Из общего числа 397 пациентов сопутствующие патологии наблюдались у 165 (42%). Качество жизни пациентов сопутствующими патологиями страдали большей степени, после лечения и реабилитации восстанавливались медленно.

Послеоперационные наблюдение пациентов первой группы показало что больше всего были наложены анастомозы 78 (60 %), на втором месте наложение двухствольной стомы 35 (27 %), наложение одноствольной стомы 8 (6 %), реконструктивные операции 6(5 %), консервативное лечение 4 (3 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов является преимущественным методом выбора операции которые позволили скорейшему выздоровлению.

Сравнительный анализ хирургического лечения 397 пациентов показали следующие результаты. Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двуствольной стомы 108 (33 %) из общего числа 27 %, наложение и закрытие одноствольной стомы 49 (15 %) из общего числа 12 % и реконструктивные операции 36 (11 %) из общего числа 9 %.

Анализ результатов исследования качества жизни (КЖ) 397 пациентов показали что данные полученные во всех трех группах различные, ухудшение показателей КЖ первой группы не сильно отличаются от нормальных, во второй группе было выявлено что показатели КЖ пациентов умеренно ухудшались, в третей группе данный показатель КЖ пациентов сильно ухудшались и медленно восстанавливались. Во всех исследуемых группах больше всего ухудшались параметры опросника EuroQol-5D как, боль/дискомфорт и тревога/депрессия.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома.

Выводы.

1.Анализ наблюдения показал, что, заболевание пациентов приходит в основном на работоспособный возраст 18-59 лет около 93% что проблему делает очень актуальным.

2.Реконструктивно - восстановительные операции относится к разряду операций высшей степени сложности и должны выполняться колопроктологами и хирургами высшей квалификации.

3.Выбор способа восстановительной операции производится индивидуально, с учетом характера ранее перенесенной резекции толстой кишки, длины оставшегося отрезка ободочной и культи прямой кишки, анатомо-топографических условий, определяющих возможности мобилизации проксимальных отделов толстой кишки, а также степени развития рубцово-спаечных процессов брюшной полости.

4.Преимущественным методом хирургического лечения является наложение анастомозов 130 (40%) во всех исследуемых группах, соотношение к общему числу пациентов 33 %, на втором месте наложение и закрытие двуствольной стомы 108 (33 %) из общего числа 27 %.

5.Исследование во всех группах пациентов показало, что, больше всего страдает параметры КЖ боль/дискомфорт и тревога/депрессия, этому способствует эмоциональное состояние пациентов.

6.Визуально-аналоговая шкала и её пять параметров позволяют более детально исследовать болевой синдром, отсутствие боли (0 балла), слабая боль (1-3 балла), умеренная боль (4-6 балла), очень сильная боль (7-9 балла), нестерпимая боль (10 балла) что означает максимальный вариант возможного ощущения болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.

2. 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.

3. Андреева О.С., Великолуг К.А., Суханов В.Г. / Реабилитация больных и инвалидов, перенесших оперативные вмешательства на тонком и толстом кишечнике. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии №1. 2011 г. С. 20-24.

4. Батыров А.К., Хакимов Д. М, Нишанов М.Ф. и др. / Кишечные стомы: история вопроса и современное состояние проблемы (обзор литературы)/ // International Scientific Journal Theoretical & Applied Science. - 2021. - 02 (94). - С. 283-288.

5. Белоконев В. И., Белоконев В.И., Федорин А.И. / Определение показаний к наложению анастомозов и выведению кишечных стом у больных с перитонитом и острой кишечной непроходимостью // Вестник Авиценны. - 2012. - №3. - С. 30-33.

6. Белоконев В.И., Житлов А.Г., Грицаенко А.И., Эрдели Ю.И. / Обоснование техники фомирования тонко- и толстокишечных стом с лечебной целью у больных с острой кишечной непро-

ходимостью и перитонитом // Креативная хирургия и онкология. - 2017. - 7(3). - С. 36-42.

7. Бичурин Н.Р., Ионин В.П., Загинайко А.В., Шаляпин В.Г. / Двухэтапная хирургическая реабилитация пациентов с кишечными стомами // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2010. - №1. - С. 20-23.

8. 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.

9. Игуменов А. В., Чкалова В.В. / Тактика колопроктолога при формировании кишечной стомы // Колопроктология. - 2014. -№3 (49). - С. 104-105.

10. Косован В. Н. / Реконструктивно-восстановительные операции у больных с временными двуствольными энтеро и колостомами // Украинский журнал хирургии. - 2012. - № 4 (19). - С. 105-109.

11. Фоменко О.Ю., Ачкасов С.И., Титов А.Ю. и др. / Современные возможности улучшения функционального состояния запирательного аппарата у пациентов с наличием превентивных кишечных стом // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2015. - Т. 25. № 5. - С. 77-83.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

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

16. Coroș MF, Sorlea S, Hintea 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.

17. 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.

18. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. / Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. // Int J Surg. 2016 Dec; 36(Pt A):121-126.

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

20. 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.

21. 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.

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

23. Hughes MJ, Cunningham W, Yalamarthi 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

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. Näsvall P, Dahlstrand U, Löwenmark T, Rutegård J, Gunnarsson U, Strigård K. / Quality of life in patients with a permanent stoma after rectal cancer surgery. // Qual Life Res. 2017 Jan; 26(1):55-64.

29. 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.