УДК: 616.348-089.86-036.82:330.59

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

Исокулов Тулкин Уралович - к.м.н.
Главное медицинское управление при Администрации Президента Республики Узбекистан (Ташкент, Узбекистан)

Резюме. *В статье подробно изложены история развития хирургической проктологии, с момента появления колостомы, наложение анастомозов, этапы хирургического лечения стомированных пациентов. Приводятся данные по методам и результатам реабилитации стомированных пациентов, принципам наложения и закрытия одно-двуствольных колостом, лечении послеоперационных осложнений. Описано влияние того или иного метода хирургического лечения на социальную адаптацию и качество жизни пациентов.*

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

HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN SURGICAL REHABILITATION AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INTESTINAL STOMA

Isokulov Tulkin Uralovich - C.M.Sc.
Main Medical Directorate under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan (Tashkent, Uzbekistan)

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.

В истории известно, что в 1928 году W.E. Sistrunk в Рочестере рекомендовал проксимальную поперечную колостому в качестве начального этапа при операции Микулича. Через две с половиной недели была проведена вторая операция по удалению опухоли. За этим последовало одновременное закрытие обеих колостомы, что ускорило выздоровление пациента [1,8,9,10].

В настоящее время не теряет свою актуальность предложенная методика операции Французским хирургом Гартманом, разработан подход в лечении осложненных форм операции брюшной полости [1,2,6,7].

До сих про применяемая и известная методика среди учёных выполнение резекции участка кишки и выведение двуствольной стомы предложено Микуличем [2,3,4,12]. В своих исследования он на основе анализа полученных данных в результате лечения своих сто пациентов, с наложением анастомозов свою технику кишечного анастомоза и резекции описал подробно. Микулич в своих исследованиях обосновано доказал опасность наложения первичного анастомоза в условиях острой и хронической обструкции, у истощенных больных и доказал преимущество предложенного им двухэтапного лечения, снизив смертность с 50% до 12,5%. Данное двухэтапное оперативное лечение носит его имя и до сих пор остается предпочтительным среди большинства хирургов проктологов [1,2,5,10,11].

На всемирном обществе учёных в 1952 году Б. Брокке предложил разработанную свою методику выведения илеостомы. По его убеждению, метод помог преодолеть такие осложнения, как стеноз и послеоперационная диарея, связанные с дисфункцией илеостомы множества пациентов. Спустя многие годы Б. Брокке скромно заявил, что именно «случайно» проблема дисфункции илеостомы была преодолена по его методике выворачивания тонкого кишечника [11]. Среди проктологов когда-то предложенная методика до сих пор применяется и введены в протоколы лечения множество стран.

В настоящее время продолжаются исследования, направленные на выбор оптимального метода хирургического лечения закрытия дефекта передней брюшной стенки, на месте ранее существовавшей стомы, основной целью которых является снижение высокого уровня осложнений улучшение результатов лечения и качество жизни пациентов.

Анализ мировой литературы показывает, что, число стомированных пациентов год за годом увеличивается, многообразия подходов к хирургическому лечению и реабилитации доказывает актуальность проблемы.

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 качество жизни больных с кишечной стомой.

Материалы 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.

Качества жизни пациентов оценивали с применением опросников: Европейского Опросника Качества Жизни EuroQol-5D и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности болевого синдрома.

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.

В наших исследованиях 397 пациентов возрастной аспект показал, что, большинство обследованных были молодого возраста (18–44 лет; 74%), пациенты мужчины преобладали над женщинами на 10% (рис.1).

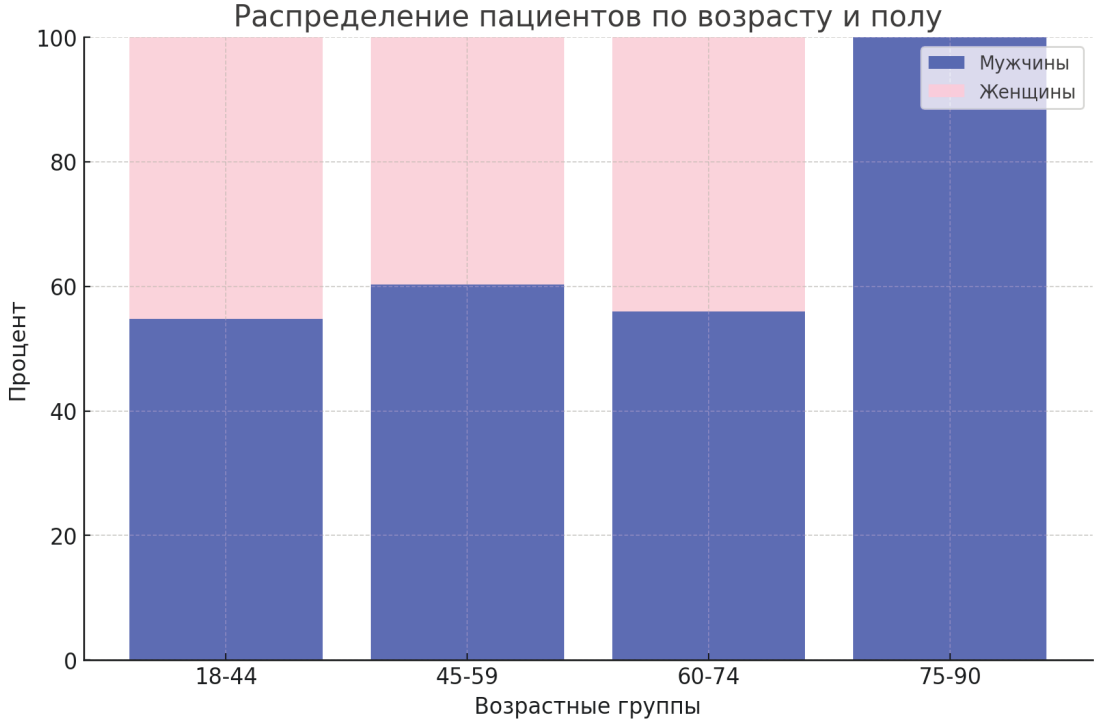


Рис. 1. **Распределение пациентов по возрасту и полу (n=397)**

Возрастные показатели пациентов дали следующие результаты 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.

Показатели полученных данных исследования у 397 пациентов причины наложения стом выглядели следующим образом: неспецифический язвенный колит у 140 (35,3 %), кишечное кровотечение по разным причинам у 98 (24,7 %), стриктура кишечника у 30 (7,6 %), гнойно-воспалительные заболевания кишечника и перитонит у 19 (4,8 %), язвенный проктит у 19 (4,8 %), абдоминальный болевой синдром у 15 (3,8 %), спаечная болезнь кишечника у 14 (3,5 %), дивертикулёз толстой кишки у 12 (3 %), болезнь Крона у 11 (2,5 %), язвенный проктит у 10 (2,5 %), заворот кишечника у 9 (2,3 %), болезнь Гиршпрунга у 5 (1,3 %), травма живота у 3, язва 12-перстной кишки с перфорацией у 3 и амебиаз кишечника в 2 случаях. В зависимости от причин происхождения были наложены различные стомы или хирургические вмешательства (рис.2).

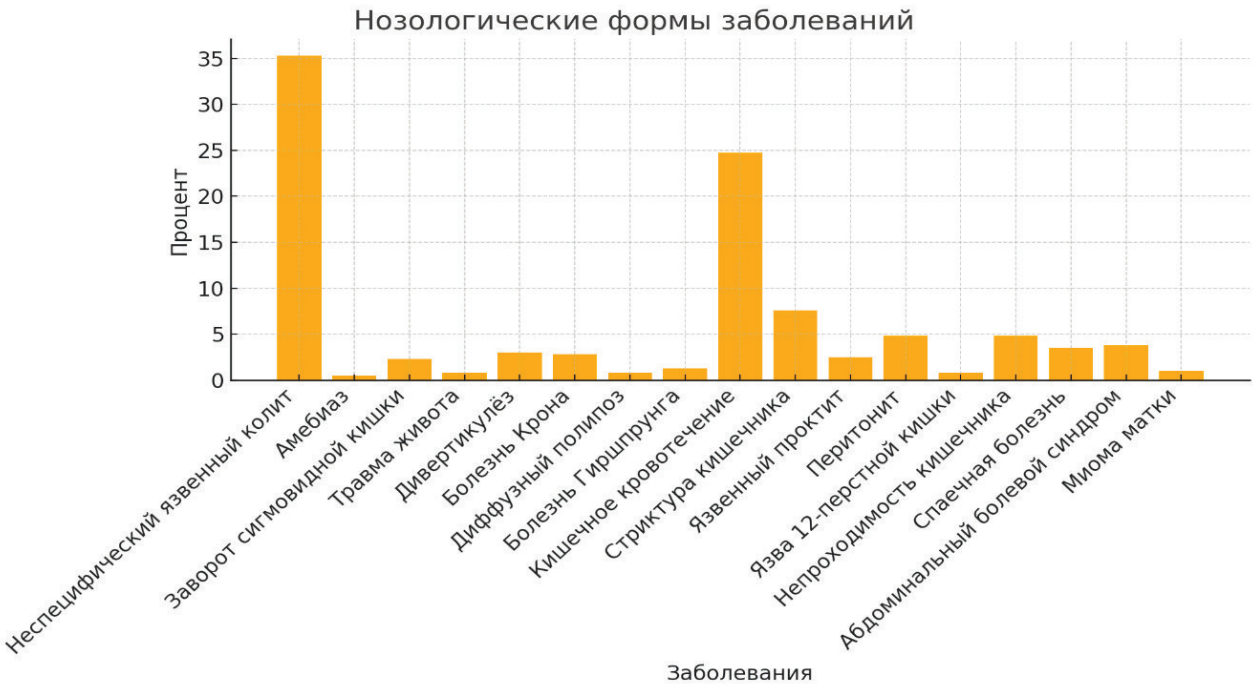


***Рис. 2*. Нозологические формы заболеваний, по поводу которых наложены илео или колостомы (n=397)**

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.

В наших исследованиях 397 сопутствующие соматические патологии наблюдались у 100 (25,2%) пациентов. Сопутствующие соматические патологии в наших исследованиях особое влияние на течение основного заболевания не оказывали (табл.1.).

Таблица 1.

Показатели пациентов, имеющие сопутствующие соматические патологии n=397

№	Количество пациентов	Количество пациентов с сопутствующей патологией	%
1-группа	131	27	20,6
2-группа	133	46	34,6
3-группа	133	27	20,3
Итого:	397	100	25,2

***Примечание:** отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

По результатам наших наблюдений было видно, что, пациенты первой группы отличались от второй и третьей группы, у них ещё наблюдались осложнения основного заболевания, в виде кишечного кровотечения и абдоминальных болей.

Клинические проявлении кишечной патологии при поступлении в стационар у пациентов первой группы было следующим образом: кровотечение в следствие псевдополипоза у 34 пациентов; кровотечение с различными степенями анемии наблюдались в 28 случаев; кровотечение у пациентов с различными сопутствующими патологиями в 19 наблюдений; кровотечение вследствие стриктуры кишечника в 17 случаях; абдоминальные боли с интоксикационным синдромом в 8 случаях; абдоминальные боли с сопутствующими патологиями в 4 случаев; паци-

енты с сопутствующими болями без абдоминальной боли в 4 наблюдений; в одном случае-изолированная абдоминальная боль.

Всем исследуемым пациентам были проведены различные хирургические вмешательства в зависимости от места и происхождения кишечной патологии при этом всего проведено 500 вмешательств это объясняется тем, что некоторым пациентам были проведены несколько операции сразу (табл.2.).

Таблица 2.

Показатели методов первичных хирургических вмешательств (n=397)

№	Методы операций	Кол-во	%
1	Наложение илео - или колостомы	243	48,6
2	Асцендостома	2	0,4
3	Десцендостома	26	5,2
4	Илеостома	177	35,4
5	Колостома	8	1,6
6	Операция Гартмана	3	0,6
7	Сигмостома	23	4,6
8	Трансверзостома	14	2,8
9	Цекостома	4	0,8
	Итого:	**500**	**100%**

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 %) (рис. 3).

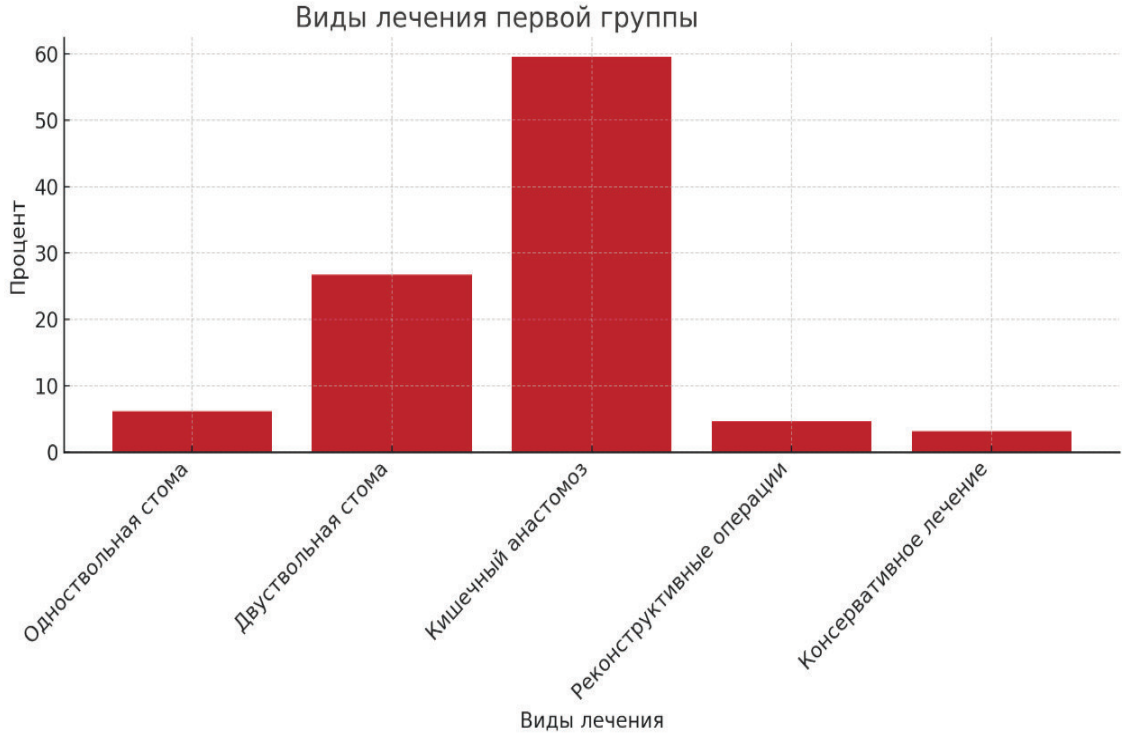


Рис. 3. **Показатели хирургического лечения пациентов первой группы (n=131)**

В наших наблюдениях послеоперационном периоде, в первой группе у 84 (64,2%) пациентов отмечался значительное улучшение у этих пациентов целостность кишечника было восстановлено, у 45 (34,3%) отмечено улучшение, но они продолжали наблюдаться у проктолога дожидаясь следующий восстановительный этап хирургического лечения (рис. 4).

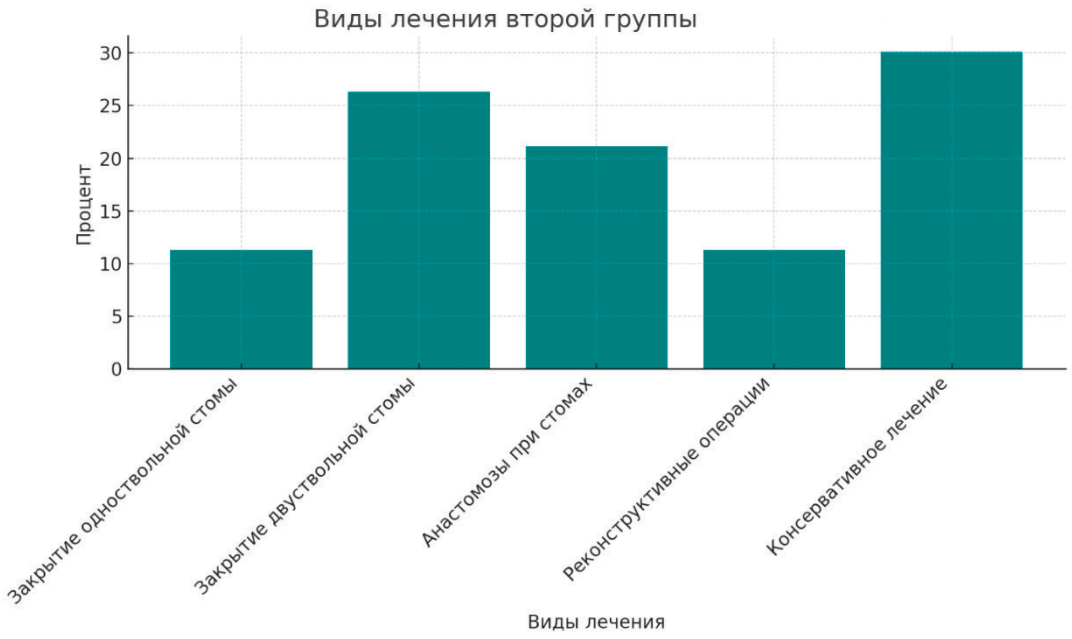


Рис. 4. **Показатели хирургического лечения пациентов второй группы (n=133)**

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

У пациентов второй группы послеоперационном периоде у 50 (37,6%) отмечался значительное улучшение у этих пациентов целостность кишечника было восстановлено, у 79 (59,4%) отмечено улучшение, но они продолжали наблюдаться у проктолога дожидаясь следующий восстановительный этап хирургического лечения. Во второй группе по сравнению с первой группой пациентов со значительным улучшением было меньше, а улучшением было больше это означает что эти пациенты продолжают балет до полного восстановления целостности кишечника (рис. 5).

.



Рис. 5. **Показатели хирургического лечения пациентов третьей группы (n=133)**

В нашем исследования пациентам третей группы были проведены следующие операции: закрытие двухствольной стомы у 38 (29 %); на втором месте закрытие одноствольной стомы у 26 (19 %); наложение анастомоза у 24 (18 %); реконструктивные операции у 15 (11 %); консервативное лечение у 30 (23 %). Пациентам данной группы наложение анастомозов проводилось меньше по сравнению с первой и второй группой, хотя этот метод остаётся методом выбора хирургического лечения. Консервативное лечение пациентам данной группы проводилось 22 %, так как они продолжали болеть и получать реабилитационную терапию.

Пациентами третьей группы послеоперационном периоде были отмечены у 64 (48,1%) значительное улучшение у этих пациентов целостность кишечника было восстановлено, у 68 (51,2%) отмечено улучшение, но они продолжали наблюдаться у проктолога дожидаясь следующий восстановительный этап хирургического лечения. В третьей группе по сравнению с первой группой больше по сравнению со второй группой меньше пациентов со значительным улучшением, а улучшением было больше это означает что эти пациенты продолжают балет до полного восстановления целостности кишечника.

В наших наблюдениях среди всех исследуемых 397 пациентов консервативное лечение получили - 74 (18,6 %). В первой группе из общего числа 131 пациентов - 4 (3 %) из проводилось консервативное лечение, признаки кишечной непроходимости разрешились и хирургического вмешательство не требовалось, во второй группе из общего числа 133 пациентов - 40 (30 %) ранее перенёсшие операции, после проведённого консервативного лечения и предварительной подготовки к хирургическим вмешательствам снова проводились операции, в третей группе из 133 пациентов - 30 (22,5 %) в анамнезе перенёсшие многократные оперативные вмешательство при проведения консервативного лечения признаки динамической кишечной непроходимости разрешились, это было своего рода подготовкой к хирургическим вмешательствам (рис. 6).

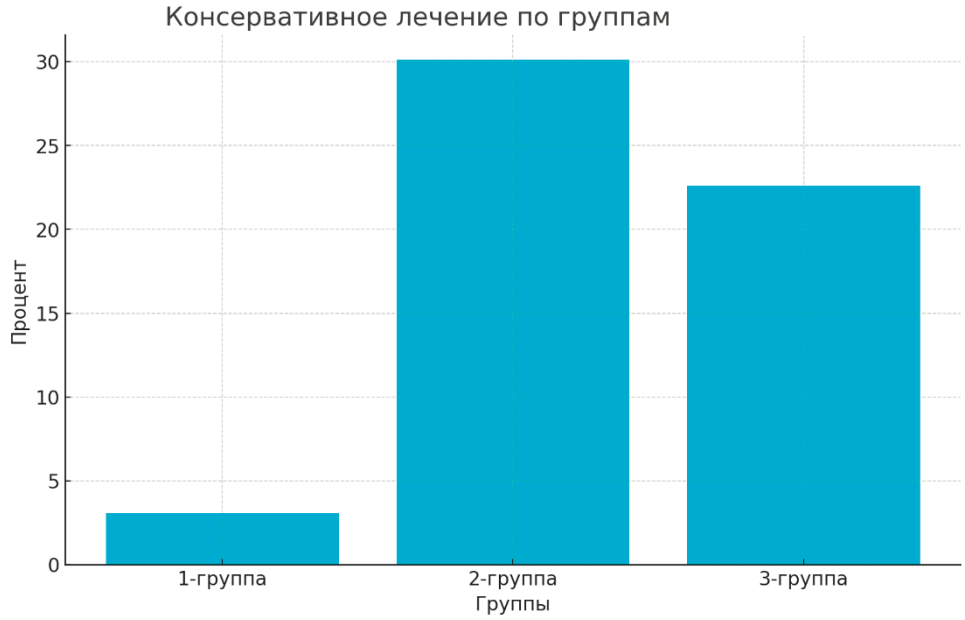


Рис. 6. **Сравнительная оценка консервативного лечения стомированных пациентов (n=397)**

Сравнительная характеристика нами исследованных 397 пациентов больше всего консервативное лечение проводились во второй группе 30% это было связано с проведением оптимизации хирургической реабилитации, второе место занимает третья группа 22,5% так же проводились подготовительные лечения для следующего этапа операции. Особенностью первой группы пациентов отмечается в том, что, после проведения 4 пациентам признаки кишечной непроходимости разрешились.

Преимущественным методом хирургического лечения является наложение кишечных 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 у 4 (3 %), во второй группе у 40 (30 %), в третьей группе у 30 (23 %), то есть - 74 (19 %) пациентам из числа всех исследованных (табл. 3.).

Таблица 3.

Общие показатели проведения лечения пациентов группах, n=397

1 группа n=131			2 группа n=133			3 группа n=133		Итого	
Название лечение	**n**	**%**	**Название лечение**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Наложение одноствольной стомы	8	6,1	Закрытие одноствольной стомы с наложением анастомозов	15	11,3	26	19,5	49	12,3
Наложение двуствольной стомы	35	26,7	Закрытие двуствольной стомы с наложением анастомозов	35	26,3	38	28,6	108	27,2
Наложение кишечного анастомоза	78	59,5	Наложение кишечного анастомоза при функционирующих стомах	28	21,1	24	18,0	130	32,7
Реконструктивные операции кишечника	6	4,6	Реконструктивные операции кишечника при функционирующих стомах	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**

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

В наших наблюдениях 397 пациентов поле операционные осложнения наблюдались во всех исследуемых группах.

В первой группе пациентам из-за различных осложнений в первичном обращении в стационар вынуждены были наложить стомы превентивно: наложение одноствольной стомы – 8 (6,1%) и наложение двуствольной стомы – 35 (26,7%) общее количество - 42 (32,8%) из общего числа пациентов. В наших исследованиях интерпретационные осложнения наблюдались – 2 (1,5%) пациентов. Общее количество осложнений в первой группе пациентов составило – 44 (34,3%) наблюдений.

Во второй группе исследованных пациентов наложение анастомозов при функционирующей стоме – 28 (21,1%) реконструктивные операции при функционирующей стоме – 15 (11,3%) случаях из-за осложнений вынуждены были оставить функционирующих стом и число достигло - 43 (26,4%) наблюдений. В этих исследованиях пациенты получившие консервативные лечения – 40 (30,1%) также из-за осложнений различного генеза были отложены хирургические вмешательства. По мимо этого интерпретационные осложнения наблюдались – 4 (3,0%) случаях. Таким образом, общее количество осложнений в третьей группе составило – 87 (59,5%) случаев.

В третьей группе пациентам произведены наложения анастомозов при функционирующей стоме – 24 (18,0%) и реконструктивные операции при функционирующей стоме – 15 (11,3%) из-за невозможности закрытия стом одномоментно и консервативное лечение получили – 30 (22.6%) пациентов по разным причинам не были проведены операции по восстановлению целостности кишечника. Только в одном случае - 0,8% наблюдался интерпретационное осложнение. Всего в исследованиях третьей группы пациентов осложнений – 70 (52,7%) наблюдений (талб.4).

Таблица 4.

Показатели пациентов, имеющие после операционные осложнения n=397

№	Количество пациентов	Количество интерпретационных осложнений	%
1-группа	131	44	34,3
2-группа	133	87	59,5
3-группа	133	70	52,7
Итого:	397	201	50,6

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

Исследование мировой литературы указывает что, после операционные осложнения с формированием стомы являются большой проблемой для многих пациентов. Согласно исследованиям, проведённым в разных странах мира, до 71% пациентов с илеостомой и 43% пациентов с колостомой страдают осложнениями.

В наших исследованиях с применением оптимизации хирургической реабилитации стомированных пациентов были получены следующие результаты: общее количество осложнений в первой группе пациентов составило – 44 (34,3%) наблюдений; в третьей группе составило – 87 (59,5%) случаев в исследованиях третьей группы осложнений – 70 (52,7%) наблюдений.

В результаты полученных данных нашего исследования доказывают, что применение оптимизации в хирургической реабилитации пациентов со стомами на 7 % улучшает исход лечения.

В наших исследованиях анализ полученных данных результатов хирургического лечения во всех трёх группах выглядели в следующим образом, для наглядности приводим таблицу (талб.5).

Таблица 5.

Показателей пациентов после хирургического лечения n=397

	Результаты хирургического лечения	Группы						Итого в группах	
		1 группа		2 группа		3 группа			
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Значительное улучшение	84	64,2	50	37,6	64	48,1	198	49,9
2	Улучшение	45	34,3	79	59,4	68	51,2	192	48,4
3	Незначительное улучшение	2	1,5	4	3,1	1	0,7	7	1,7
	Итого:	131	100	133	100	133	100	397	100

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

В наших исследованиях 397 пациентов отмечался значительное улучшение у 198 (49,9%) это означало что целостность кишечника восстановлено больше хирургическое вмешательство не требовалось. Улучшение отмечено у 192 (48,9%) пациентов с функционирующими стомами они наблюдались у проктолога в ожидание следующего этапа хирургического лечения. С незначительным улучшением наблюдались - 7 (1,7%) пациентов с хроническим рецидивирующим течением основного заболевания. В наших исследованиях сопутствующая соматическая патология сильное влияние на течение основного заболевания не оказывало.

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 хирургического лечения (табл. 6-7).

Таблица 6.

Показатели опросника Euro Qul-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

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

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 7.

Показатели опросника Euro Qul-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

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

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

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.8).

Таблица 8.

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

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

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.9).

Таблица 9.

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

Примечание: *отличия показателей статистически достоверны (P <0,001)*

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

2. В наших исследованиях 397 сопутствующие соматические патологии наблюдались у 100 (25,2%) пациентов. Сопутствующие соматические патологии в наших исследованиях особое влияние на течение основного заболевания не оказывали.

3. В наших исследованиях с применением оптимизации хирургической реабилитации стомированных пациентов были получены следующие результаты: общее количество осложнений в первой группе пациентов составило – 44 (34,3%) наблюдений; в третьей группе составило – 87 (59,5%) случаев в исследованиях третьей группы осложнений – 70 (52,7%) наблюдений.

4. В результаты полученных данных нашего исследования доказывают, что применение оптимизации в хирургической реабилитации пациентов со стомами на 7 % улучшает исход лечения.

5. 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 %.

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

7. 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

33. 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.

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

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

36. Помазкин В. И. / Результаты восстановительных операций при модифицированном способе формирования временных двуствольных кишечных стом: научное издание // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. - СПб.,2015. - Том 174 N2. - С. 89-92.

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

38. 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.

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

40. Cressey BD, Belum VR, Scheinman P, Silvestri D, McEntee N, Livingston V, Lacouture ME, Zippin JH. / Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. // Contact Dermatitis. 2017 Jan; 76(1):27-33.

41. 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.

42. 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.

43. Li L.T., Hicks S.C., Davila J.A. [et al.] / Circular closure is associated with the lowest rate of surgical site infection following stoma reversal:a systematic review and multiple treatment meta–analysis // Colorectal Dis. –2014. –Vol.16. –P.406-416.

44. Manterola C, Flores P, Otzen T. / Floating stoma: An alternative strategy in the context of damage control surgery. // J Visc Surg. 2016 Dec; 153(6):419-424.