

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования  
«Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)



## **ПРОТИВОЕСТЕСТВЕННЫЙ ЗАДНИЙ ПРОХОД И КОЛОСТОМА**

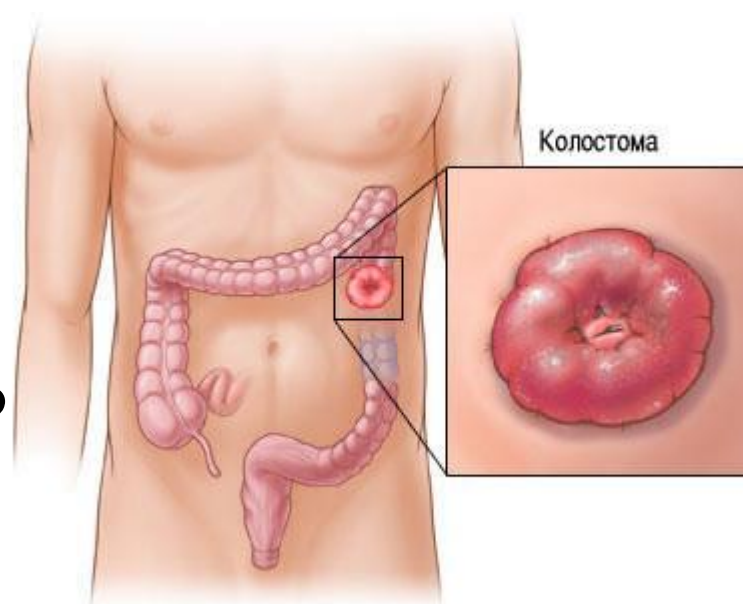
**Выполнил студент 406 группы  
Лечебного факультета  
Бобров А.Д.**

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Колостома - это искусственно выведенная часть толстого кишечника на переднюю брюшную стенку после операции на нижних отделах кишечника.

Наружный кишечный свищ имеет наружное кожное устье, различной длины канал и внутреннее устье, соединяющееся с кишкой.

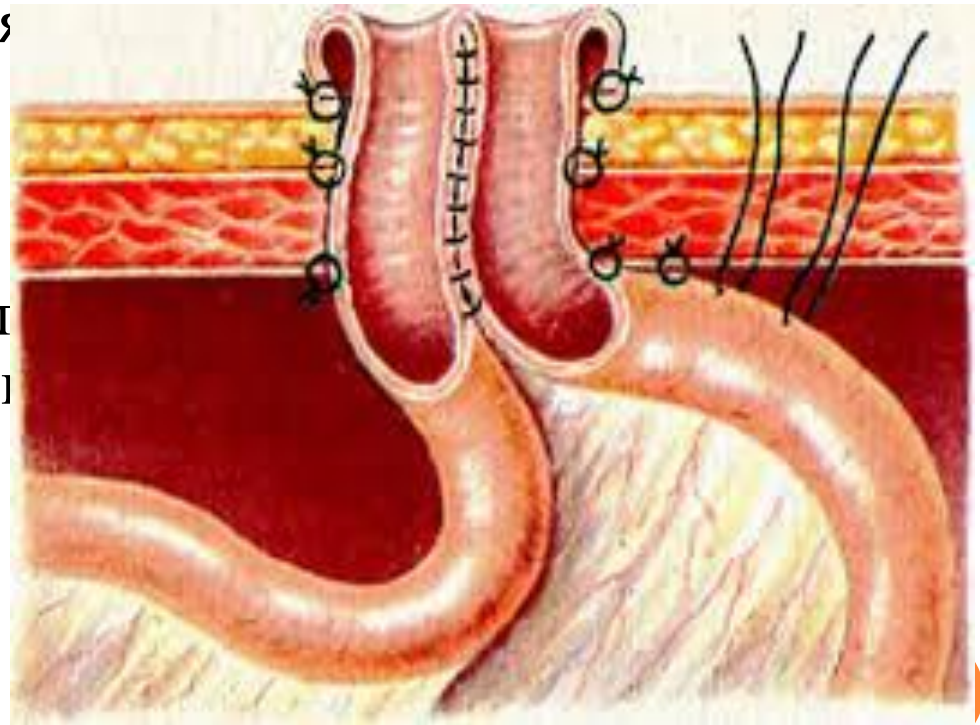
При операции наложения калового свища кишечное содержимое может выходить не только через сделанное отверстие, но и поступать в дистально расположенный отдел кишечника.



## Anus praeternaturalis

(противоестественный задний проход) — это созданный оперативным путем искусственный свищ толстой кишки, через который выделяются каловые массы; операция его наложения — колостомия.

При этой операции поступление содержимого отдел, расположенный ниже места операции, исключается.



# ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ

- травмы кишечника;
- недержание кала прямой кишкой;
- аномалии выходного кишечного отдела врожденного характера;
- опухоли неоперабельного типа;
- радикальное удаление онкологических новообразований прямой кишки, а также постлучевые проктосигмоидиты;
- непроходимость кишечника;
- наличие кишечно-влагалищных свищей или свищей кишечно-пузырчатого типа;
- несостоятельность наиболее раннего анастомоза;
- ранения и травмы промежности;
- язвенный колит и дивертикулит, осложненный кровотечением или перфорацией кишечника.



# ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ПРОТИВОЕСТЕСТВЕННОГО ЗАДНЕГО ПРОХОДА

- различные заболевания прямой кишки и промежности (неоперабельный рак прямой кишки, травма, стриктура, ректовезикальные, ректовагинальные и ректоуретральные свищи и др.);
- некроз или перфорация стенки толстой кишки в неподвижной ее части, когда резекцию этого участка по каким-либо причинам выполнить невозможно;
- повреждения или перфорации нисходящей ободочной кишки, когда первичную резекцию ободочной кишки с наложением анастомоза произвести невозможно;
- кишечная непроходимость, вызванная опухолью левой половины толстой кишки, когда состояние больного не позволяет одномоментно произвести радикальную операцию.



# ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА

- первичный осмотр лечащим врачом;
- очистительная клизма;
- флюорография;
- общий анализ крови и общий анализ мочи;
- электрокардиограмма;
- коагулограмма;
- анализ на биохимию крови;
- анализы на инфекционные маркеры;
- ирригоскопия и колоноскопия.

В особо тяжелых случаях может потребоваться предоперационное переливание крови или плазмы, восполнение водно-электролитного баланса.

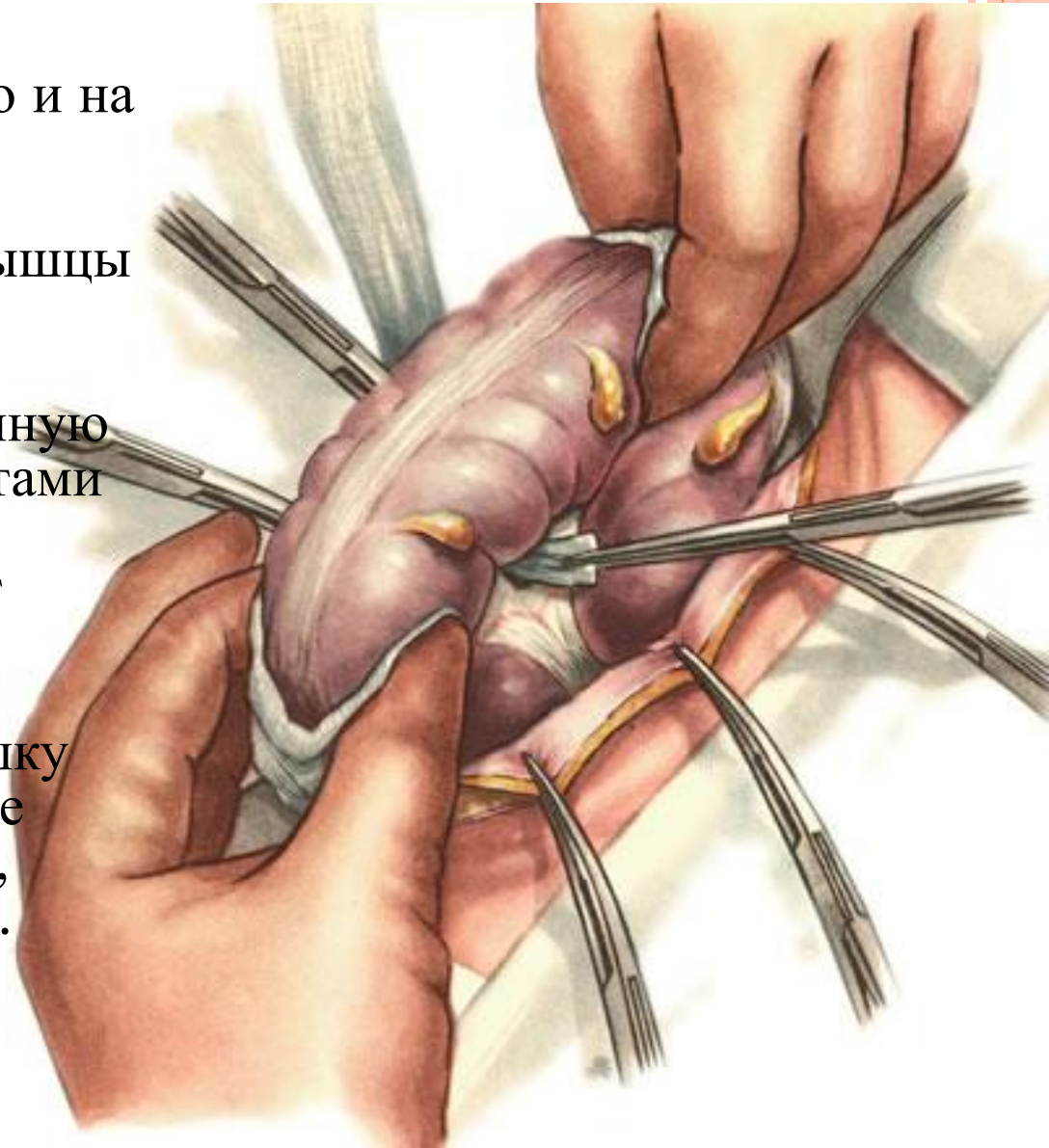
Очень часто колостому накладывают в экстренном порядке, например, при острой кишечной непроходимости. Тогда необходима лишь минимальная подготовка, чтобы как можно скорее устранить явление непроходимости. При тяжелом состоянии пациента врачи откладывают основную операцию по устранению кишечной непроходимости до улучшения состояния пациента, но колостомию проводят в срочном порядке, накладывая колостому немного выше места закупорки.



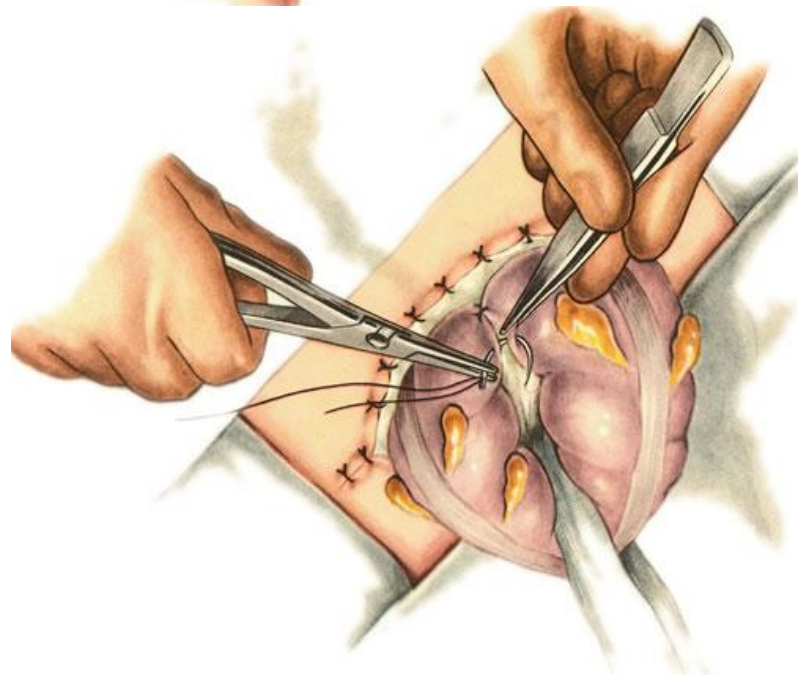
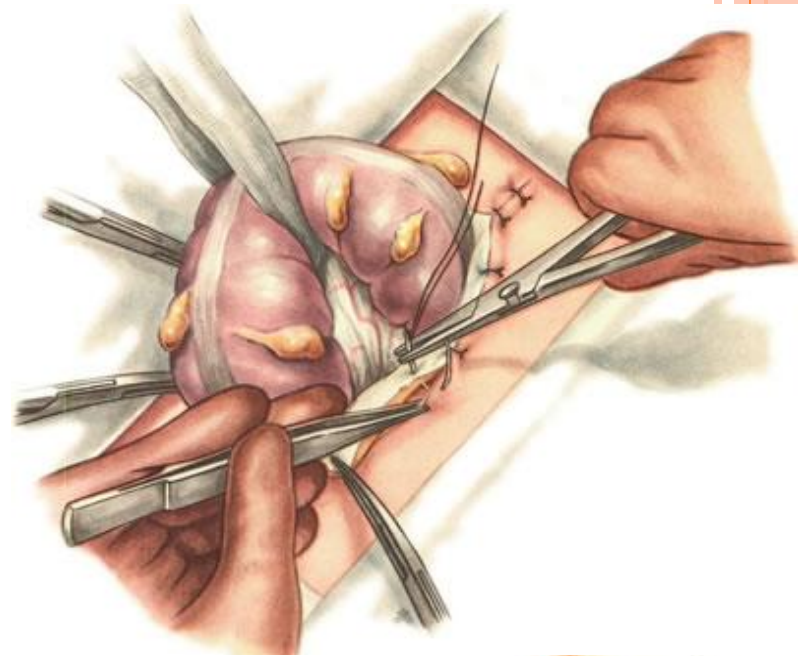


# СОЗДАНИЕ ВРЕМЕННОГО ANUS PRAETER NATURALIS ПО СПОСОБУ МАЙДЛЯ.

Разрез кожи проводят длиной 10—16 см слева, параллельно и на 2 поперечных пальца выше паховой связки. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота. По ходу волокон разделяют или рассекают внутреннюю косую и поперечную мышцы. Между двумя пинцетами рассекают брюшину. Рану брюшной стенки растягивают крючками и извлекают из брюшной полости петлю сигмовидной кишки. Под кишку через отверстие в ее брыжейке проводят марлевую держалку, которую фиксируют зажимом.



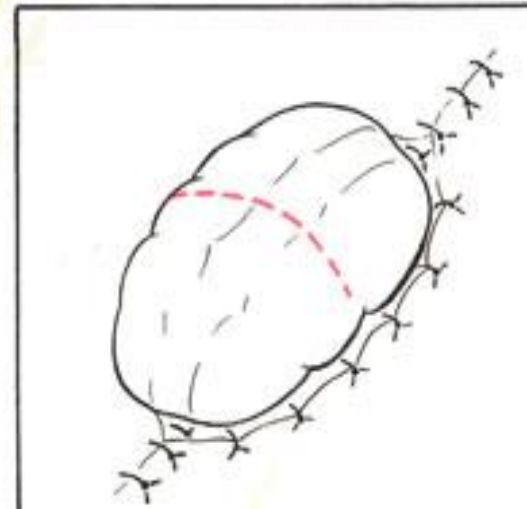
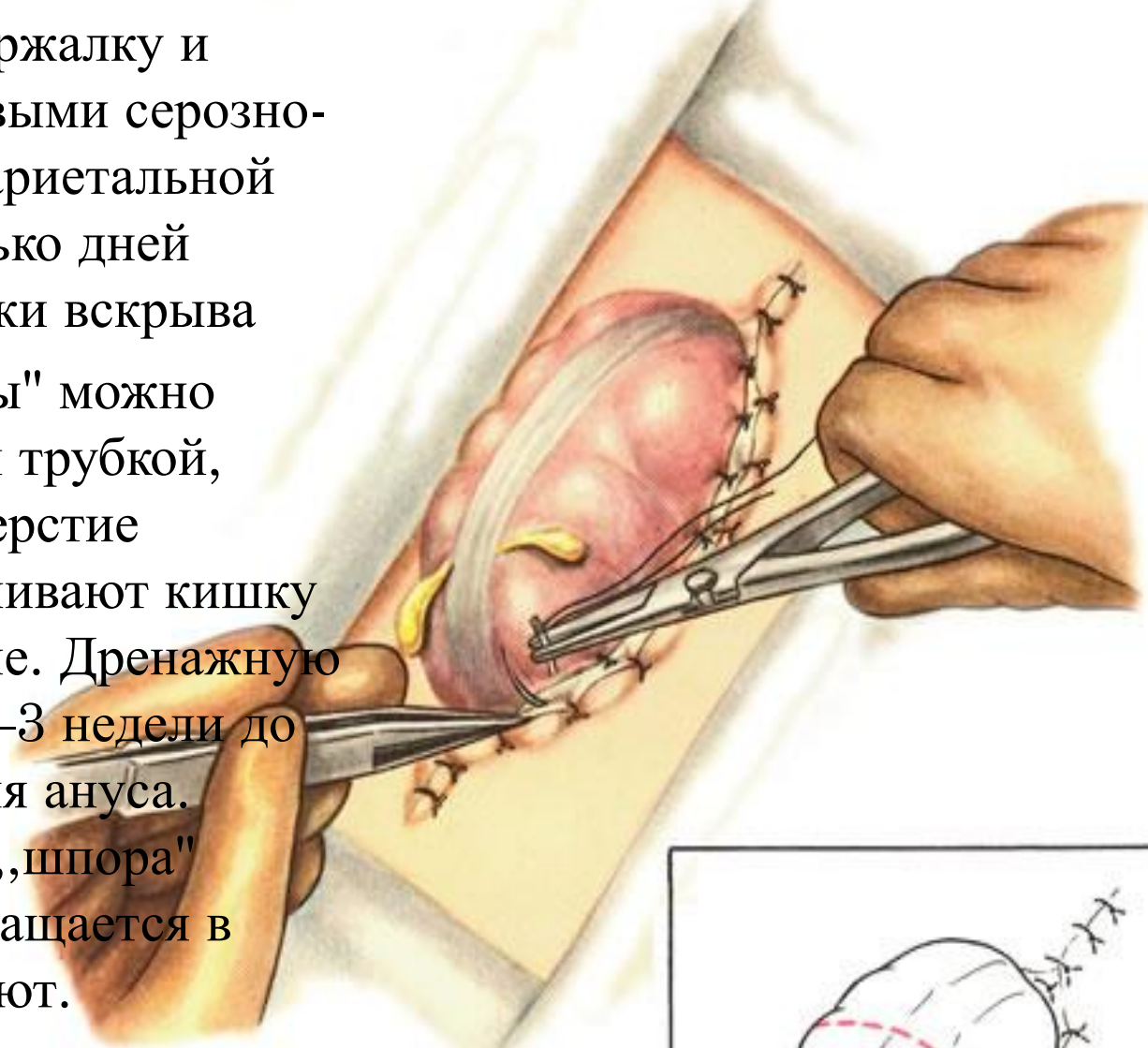
- Затем рядом узловых швов подшивают париетальную брюшину к коже по краям операционного разреза и приступают к образованию „шпоры“.
- Для этого приводящее и отводящее колена петли на протяжении 4—5 см сшивают рядом узловых серозно-мышечных швов





Извлекают марлевую держалку и кишку подшивают узловыми серозно-мышечными швами к париетальной брюшине. Через несколько дней выведенную петлю кишки вскрыва

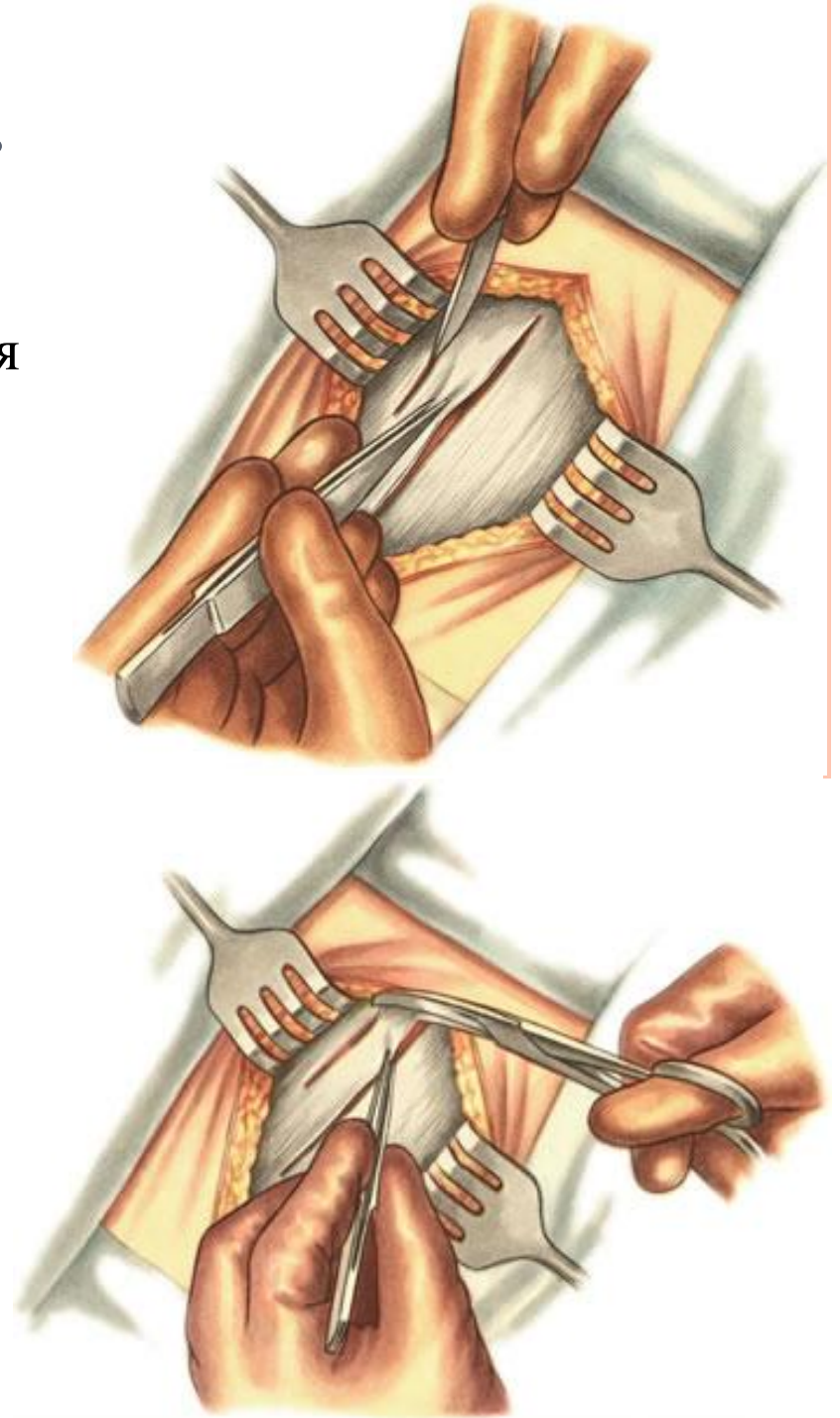
Для образования „шпоры" можно пользоваться дренажной трубкой, которую проводят в отверстие брыжейки, а затем подшивают кишку к париетальной брюшине. Дренажную трубку оставляют на 2—3 недели до окончания формирования ануса. После удаления трубки „шпора" опускается и анус превращается в обычный каловый свищот.



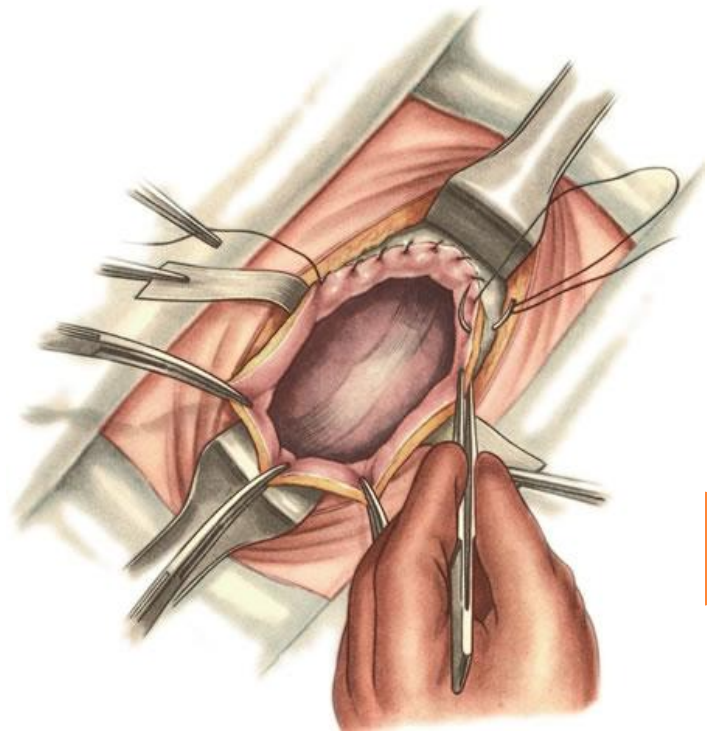
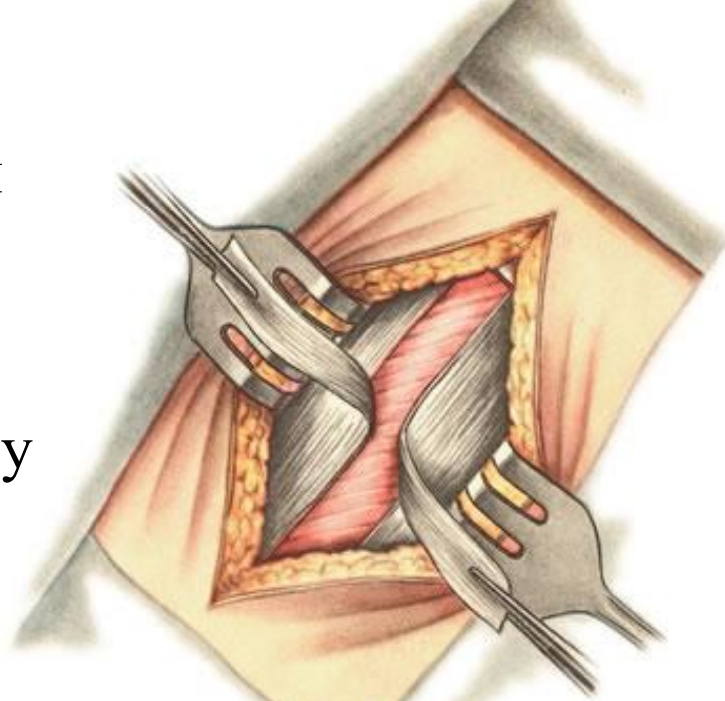
## Способ Р. А. Гирдаладзе.

Этот способ применяют для наложения противоестественного заднего прохода на длительное время (2—3 месяца).

Проводят косой разрез кожи и подкожной клетчатки на 4—6 см кнаружи от левой верхней передней ости подвздошной кости. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота. С обоих краев рассеченного апоневроза выкраивают два лоскута шириной 0,5—1 см так, чтобы основания их располагались посредине раны



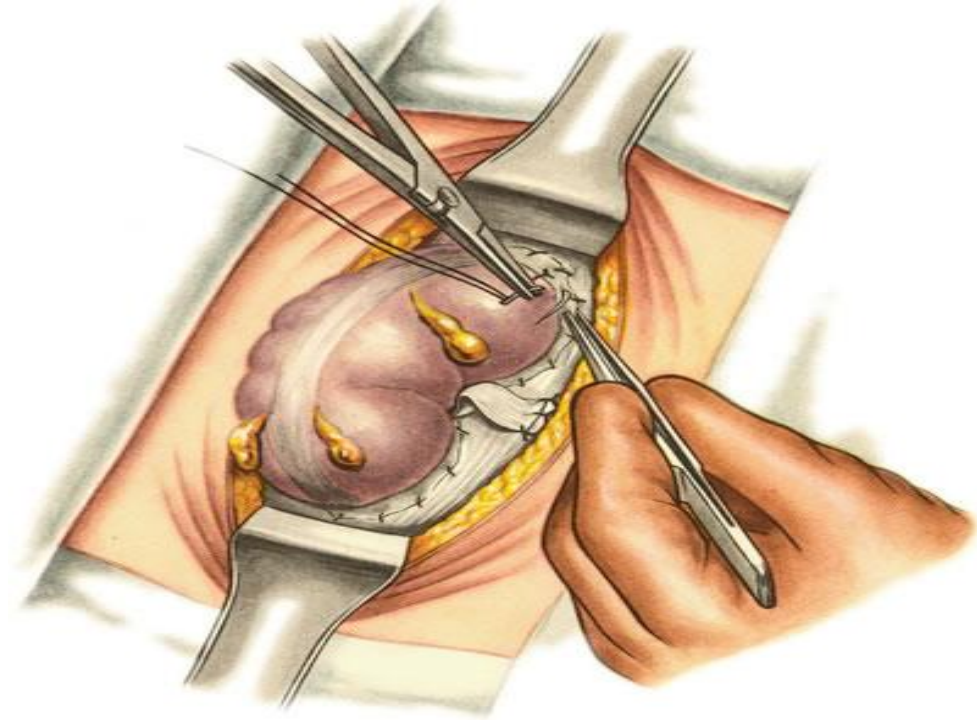
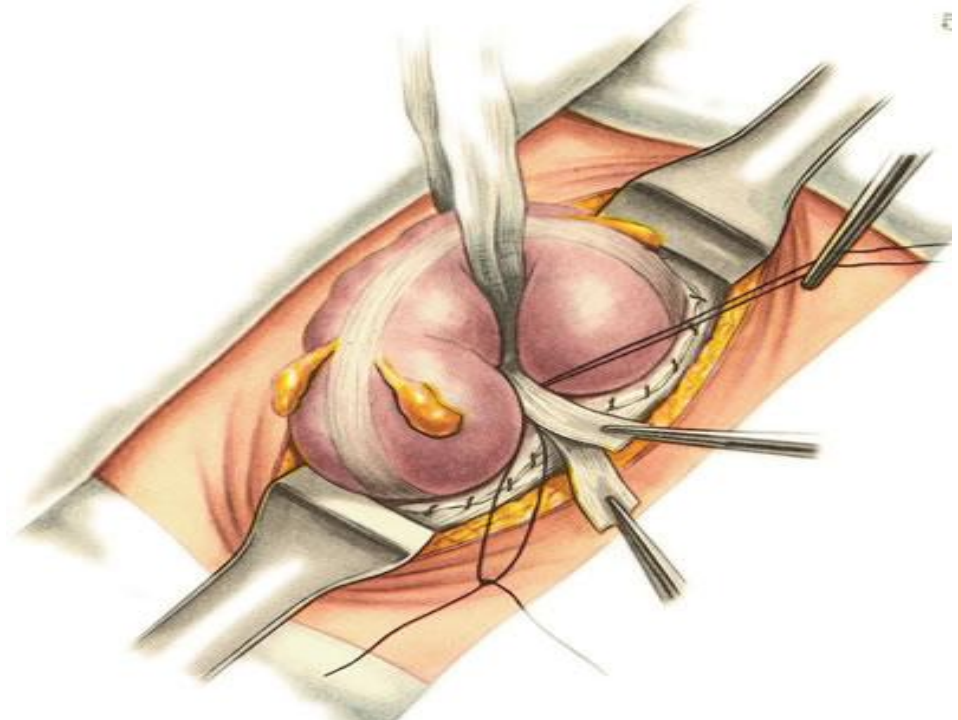
- Края лоскутов захватывают зажимами и отводят в стороны . Внутреннюю косую и поперечную мышцы живота рассекают по ходу волокон, растягивают их крючками и вскрывают брюшину. Последнюю подшивают непрерывным кетгутовым швом к краям апоневроза и мышечным волокнам наружной косой мышцы живота .



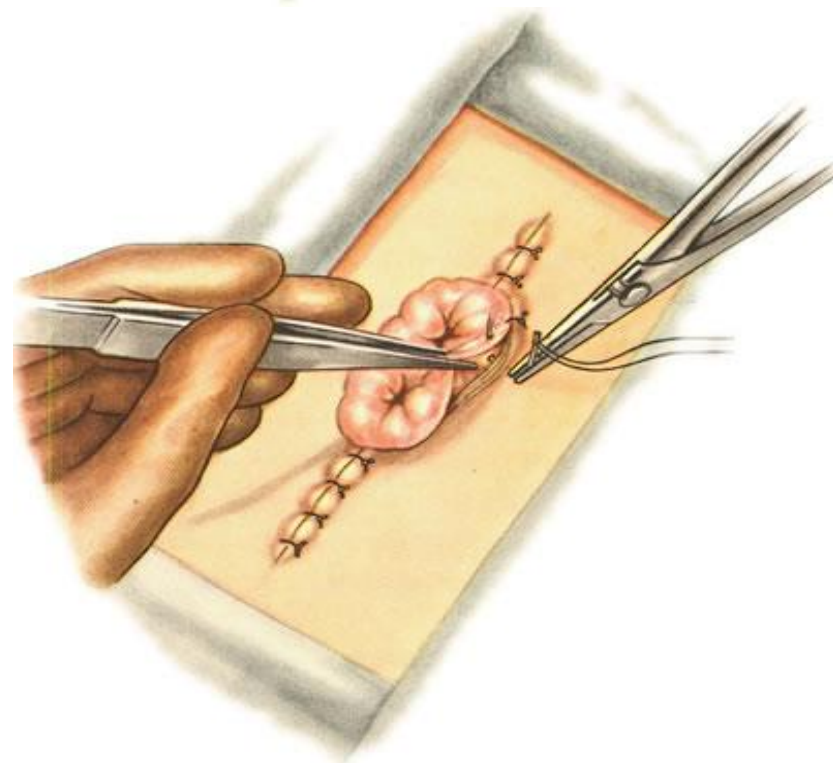
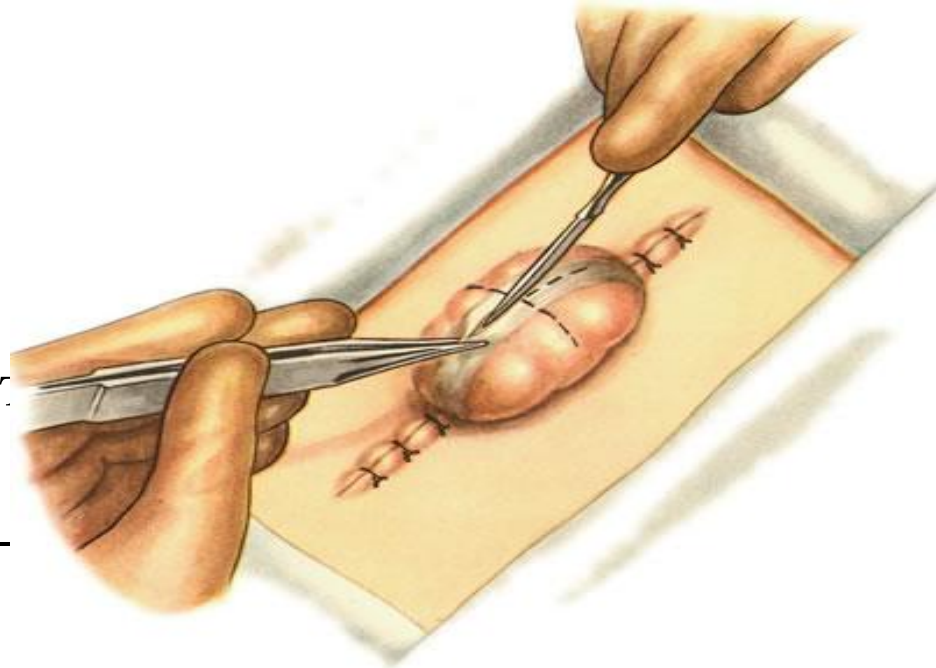


Затем из брюшной полости извлекают петлю сигмовидной кишки и в брыжейке ее образуют отверстие, через которое проводят марлевую держалку.

Через это же отверстие зажимом захватывают край внутреннего лоскута апоневроза и протягивают его кнаружи. Концы нитей, наложенных у основания лоскутов, связывают, сближая края основной раны. Наружный лоскут апоневроза проводят под внутренним в противоположную сторону так, чтобы оба лоскута соприкасались внутренними поверхностями. Концы обоих лоскутов несколькими швами вшивают в разрез апоневроза на 1 см кнаружи от края раны. После этого оба колена кишки подшивают рядом узловых швов к париетальной брюшине, оставляя вне брюшной полости только небольшой участок стенки кишки.



- Края кожной раны ушивают вокруг выведенной кишечной петли. Через 2—3 дня кишку крестообразно пересекают
- Треугольные лоскуты кишки иссекают, стараясь придать отверстию овальную форму, и слизистую ее подшивают к коже



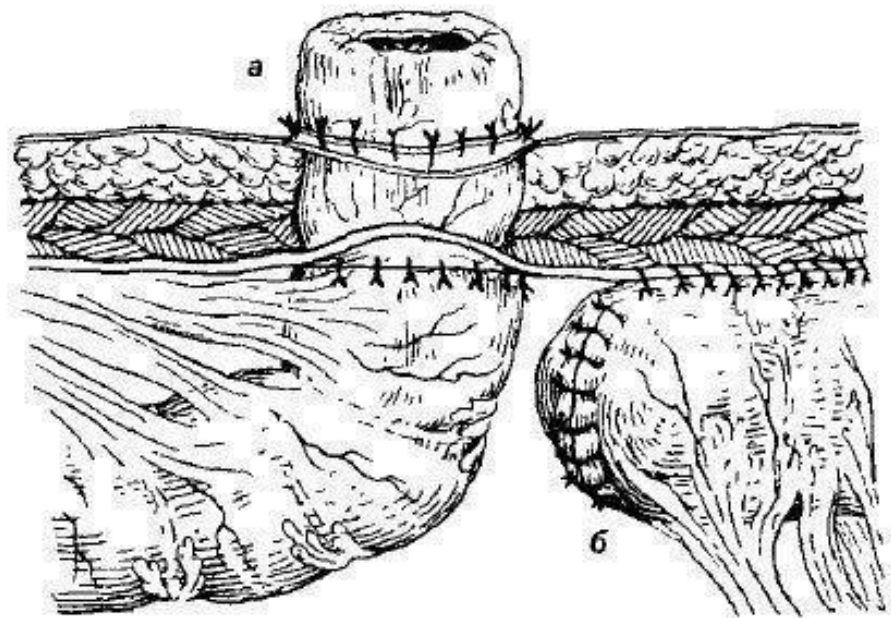
## ПОСТОЯННЫЙ ANUS PRAETER NATURALIS

- ▣ **Простой способ.** Разрез передней брюшной стенки производят так же, как и при наложении временного противоестественного заднего прохода. После вскрытия брюшной полости в операционную рану выводят петлю сигмовидной кишки. Приводящее и отводящее колена кишки сшивают рядом узловых серозно-мышечных швов с обеих сторон брыжейки, образуя двухстволку. Затем кишечную петлю подшивают к париетальной брюшине так же, как и при наложении временного противоестественного искусственного заднего прохода. Через 2—3 дня, когда образуются спайки между париетальной и висцеральной брюшиной, кишку пересекают поперечно. Края слизистой обоих концов кишки подшивают к коже рядом узловых швов.

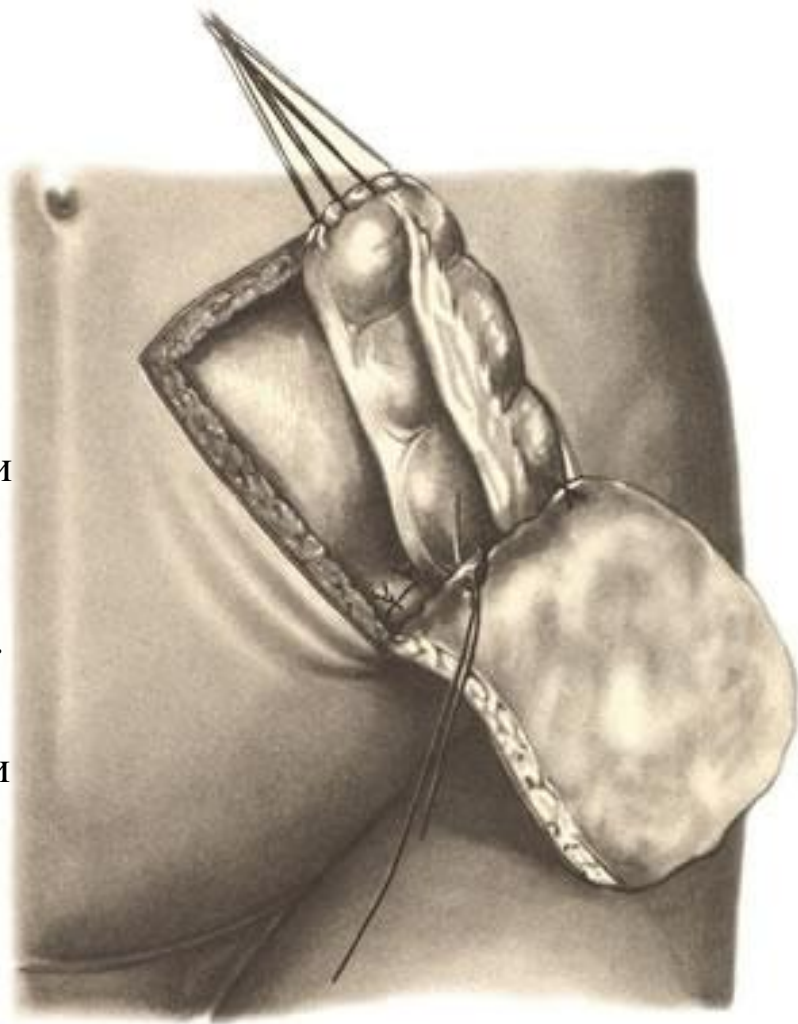




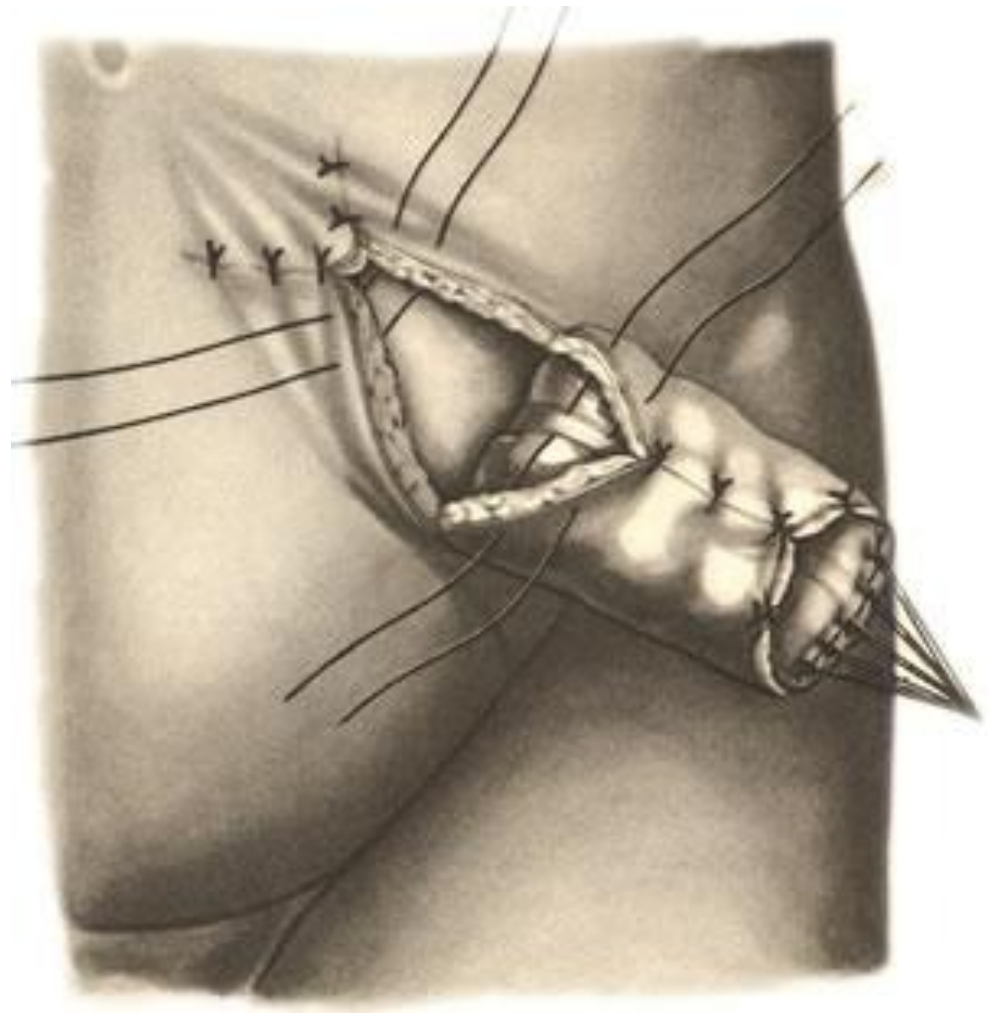
Иногда для наложения постоянного противоестественного искусственного заднего прохода применяют способ Маделунга. При этом способе сигмовидную кишку пересекают, дистальный конец ее зашивают наглухо, накладывают кисетный шов и погружают в брюшную полость, а проксимальный конец вшивают в рану передней брюшной стенки.



**Способ Ламбре (Lambret).** В левой паховой области выкраивают четырехугольный лоскут кожи размером 10х15 см с основанием, направленным к верхним двум третям паховой связки. Лоскут отсепаровывают и отворачивают книзу. У основания лоскута, параллельно и выше паховой связки, рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота. Тупо расслаивают внутреннюю косую и поперечную мышцы живота и вскрывают париетальную брюшину. В рану выводят петлю сигмовидной кишки, брыжейку которой перевязывают и пересекают. После этого между двумя зажимами пересекают кишку и оба конца ее зашивают двухрядным швом. Дистальный конец кишки погружают в брюшную полость, а проксимальный, длиной 10 см, выводят наружу. Рану брюшной стенки выше и ниже кишки послойно зашивают так, чтобы не был сдавлен просвет кишки. Кишку подшивают двумя швами к подкожной клетчатке и обертывают кожным лоскутом наподобие футляра, края которого сшивают узловыми кетгутowymi швами.

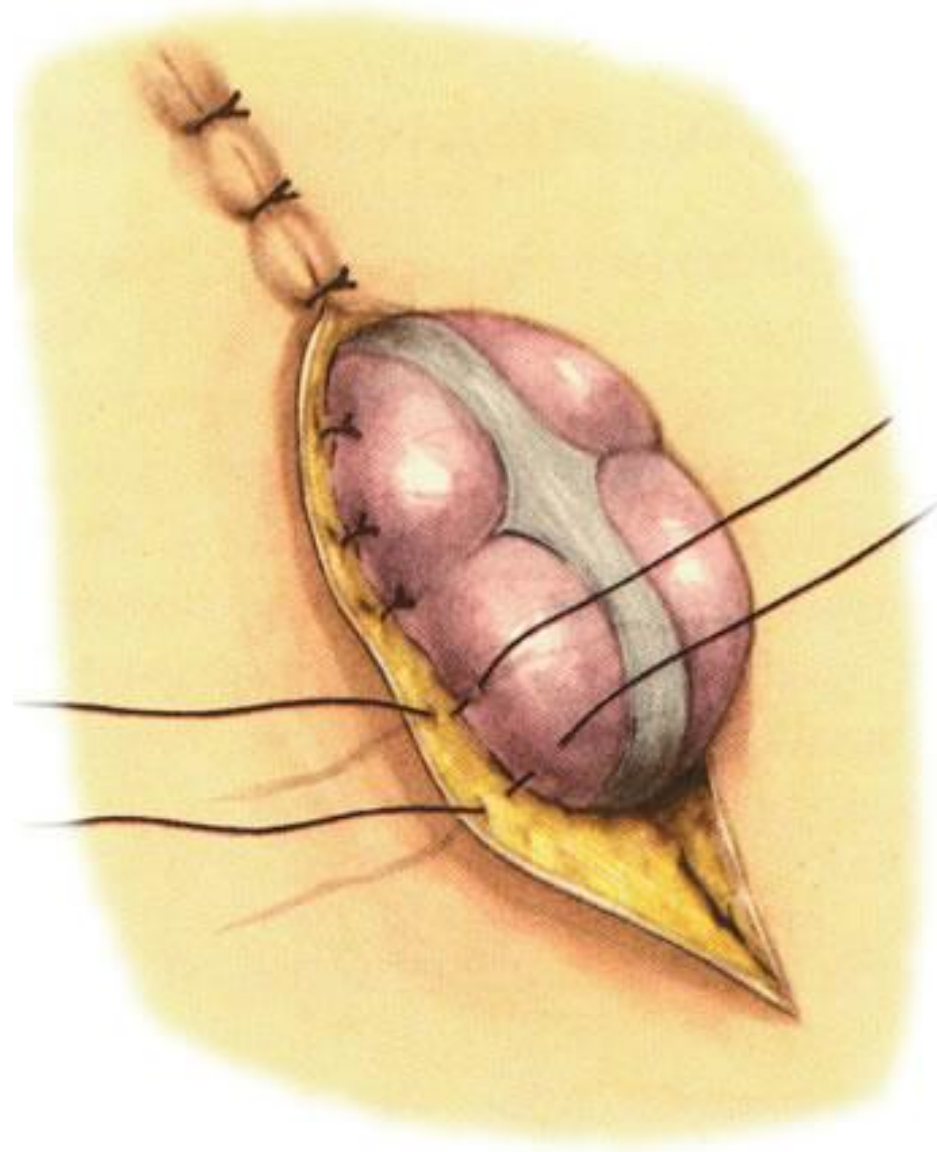


□ В эти швы на небольшом протяжении захватывают и серозную оболочку кишки. Затем рядом узловых швов подшивают верхний край кожного футляра к верхушке кишки. Дефект кожи на месте выкроенного лоскута зашивают, стягивая края кожной раны. Вскрытие кишки производят через 4—5 дней.



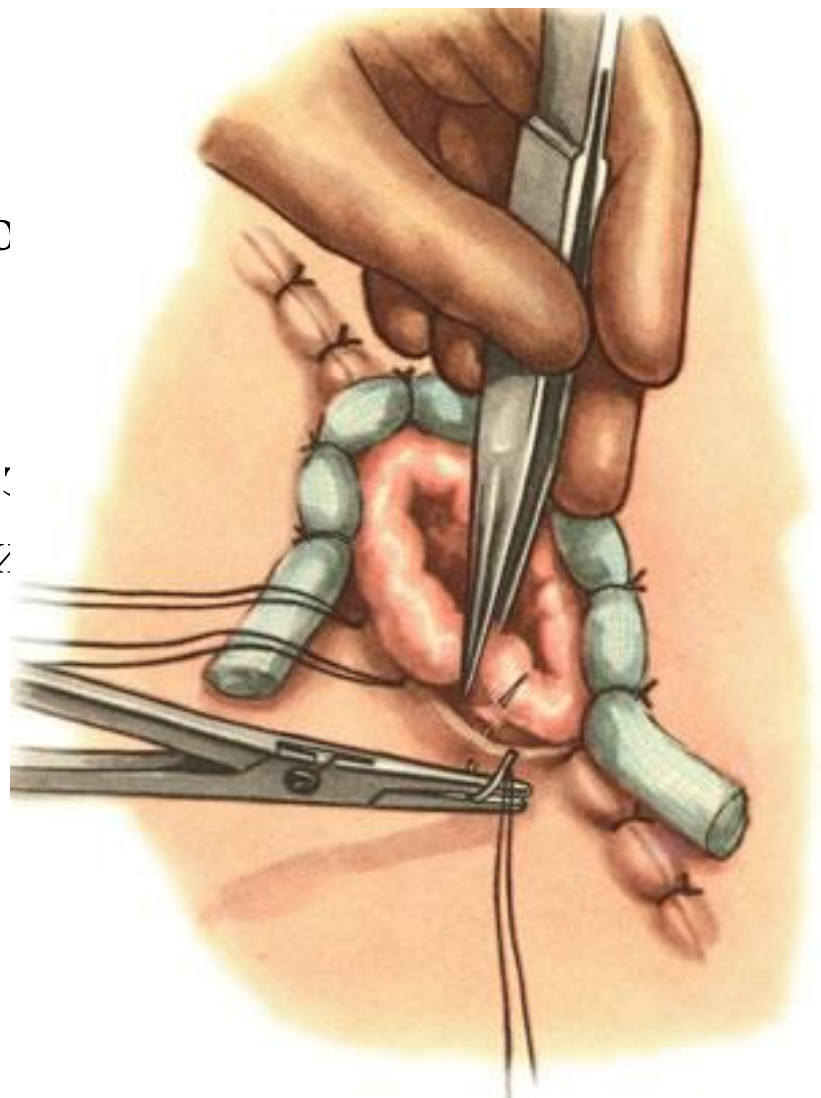
# КОЛОСТОМИЯ.

- После вскрытия брюшной полости в рану выводят кишку и стенку ее на протяжении 5—8 см подшивают рядом узловых швов к париетальной брюшине.
- Вторым рядом узловых швов подшивают стенку кишки к подкожной клетчатке так, чтобы оставался участок кишки размером 3 X 5 см. Рану брюшной стенки выше и ниже подшитой кишки зашивают послойно наглухо. Вскрытие кишки производят через 2—3 дня: после образования сращения между кишкой и париетальной брюшиной. Если операция производилась при явлениях кишечной непроходимости, то кишку вскрывают в конце операции. Перед вскрытием кишки производят пункцию ее троакаром и удаляют содержимое. Затем рассекают стенку кишки и подшивают узловыми швами к коже. Швы накладывают так, чтобы вкол иглы проходил со стороны кожи. Иглу при наложении этих швов необходимо каждый раз менять или обрабатывать йодом.





- К наложенным швам подвязываю марлевую полоску
- При этой операции кишечное содержимое выделяется как через наложенный каловый свищ, так и через задний проход.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Войленко В.Н., «Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости».
- <https://foodandhealth.ru/meduslugi/kolostomiya/#pokazaniya-k-provedeniyu-kolostomii> – Колостомия.
- [http://www.medical-enc.ru/1/anus\\_praeternaturalis.shtml](http://www.medical-enc.ru/1/anus_praeternaturalis.shtml) - Anus praeternaturalis.
- <http://fb.ru/article/185676/kolostoma---chto-eto-takoe-kolostoma-uhod-posle-operatsii> - Колостома - что это такое? Колостома: уход после операции.

