

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ

Проф. Б. М. ДАЦЕНКО, А. В. КИРИЛЛОВ, С. Д. ПОДПОРИНОВ

SURGICAL REHABILITATION OF COLOSTOMY PATIENTS

B. M. DATSENKO, A. V. KIRILLOV, S. D. PODPORINOV

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Проанализированы результаты хирургической реабилитации больных с колостомами. Показано, что предметом хирургической реабилитации пожизненно стомированных пациентов является лечение возникающих осложнений, связанных с колостомой, предметом реабилитации временно стомированных больных — восстановление кишечной непрерывности путем выполнения им реконструктивно-восстановительных операций. Подчеркивается, что только медицинская реабилитация не может решить весь круг проблем больных с колостомами — необходима государственная поддержка в обеспечении их современным стомийным оборудованием.

Ключевые слова: больные с колостомами, хирургическая реабилитация.

The outcomes of surgical rehabilitation of colostomy patients are analyzed. The object of surgical rehabilitation in the patients with a life-long stoma was shown to be treatment of the complications associated with the colostomy. The object of rehabilitation of the patients with temporary colostomy is restoration of intestinal continuity by means of reconstructive-restorative surgery. Only medical rehabilitation is emphasized to be able to solve the whole range of the problems in colostomy patients. The state support in supply of the modern stoma equipment is necessary.

Key words: colostomy patients, surgical rehabilitation.

Хирургическая реабилитация больных с колостомами является элементом их общей медико-социальной реабилитации, медицинскую часть которой (наряду с хирургической помощью) составляет комплекс психотерапевтических мероприятий, а также предметное обучение пациентов уходу за стомой с использованием современных средств. Целью медицинской реабилитации стомированных больных является восстановление и компенсация с помощью медицинских и других методов их функциональных возможностей, нарушенных вследствие перенесенной операции, завершённой выведением колостомы. Эффективность комплекса медицинских мероприятий определяет возможность социальной реабилитации больных, под которой понимается их реинтеграция в общество и рациональное трудоустройство. Решение этих задач возможно лишь при условии гарантированного государством обеспечения стомированных больных, в том числе и современным стомийным оборудованием, что существенно влияет на качество их жизни в современных условиях [1, 2]. В Украине до настоящего времени отсутствует государственная система медико-социальной реабилитации стомированных больных, помощь которым оказывается в форме хирургического и психотерапевтического лечения [3–5].

Хирургическая реабилитация больных с колостомами является сложной клинической проблемой, многие аспекты которой окончательно не решены [1, 6]. Стандартизация показаний к хирур-

гической реабилитации стомированных пациентов затруднена вследствие ряда объективных причин. Так, характер и объём хирургической помощи пожизненно стомированных пациентов кардинально отличаются от методов оперативного лечения больных с временной колостомой. Не меньшее влияние на выбор способа хирургической реабилитации оказывает вид формирования колостом, которые с этих позиций классифицируются на двухствольные (петлевые или раздельные), одноствольные (концевые) и пристеночные (чаще — цекостома). О значимости указанных факторов, определяющих выбор метода хирургической реабилитации больных с колостомами, убедительно свидетельствуют материалы проведенных нами клинических исследований.

За пятилетие (2000–2004 гг.) в клинике по поводу различного рода заболеваний толстой кишки было прооперировано около 500 больных, подавляющее большинство которых (463) страдали колоректальным раком. У 162 человек оперативное вмешательство было завершено формированием наружного кишечного свища.

Двухствольные колостоми (петлевые или раздельные) были наложены 73 больным (трансверзостомы — 32 и сигмостомы — 41), в том числе 9 больным — в качестве разгрузочного свища выше первичного межкишечного анастомоза. У 89 больных операция была завершена формированием концевой (одноствольной) колостомы после выполнения промежностно-брюшной экстирпации

прямой кишки 51 больному и обструктивной резекции толстой кишки по Гартману — 38.

Показанием к оперативному лечению пожизненно стомированных пациентов служит возникновение у них осложнений, чаще всего связанных с колостомой. Более редкими являются другие поздние осложнения — послеоперационные вентральные грыжи или спаечная непроходимость.

За указанный период (2000–2004 гг.) в клинике были оперированы 36 больных по поводу осложнений, связанных с постоянными колостомами: по поводу параколостомической грыжи — 8, пролапса слизистой через колостому — 4, ретракции колостомы — 5 и стриктуры колостомы — 19 больных.

Рубцовые стриктуры колостомы являются самым частым показанием к хирургической реабилитации пожизненно стомированных больных. Из 19 человек этой группы у трех оперативное вмешательство ограничивалось рассечением рубцовых тканей, стенозирующих просвет стомы. У всех этих больных возник рецидив стриктуры в течение первых 6 мес после операции. У 13 больных для устранения стриктуры колостомы была произведена ее «местная» реконструкция, суть которой состояла в мобилизации концевой сегмента кишки путем циркулярного иссечения всех рубцовых тканей и подшивании его после тракции кнаружи к неизменной коже.

Отличие примененной нами методики от традиционного способа коррекции стриктуры колостомы состояло в том, что после поэтапного иссечения уходящей вглубь рубцовой «трубки» (вначале — на уровне кожи, затем — апоневроза и, наконец, брюшины) выделенный таким образом из сращений концевой сегмент толстой кишки подтягивается до уровня кожи и в этом положении вновь фиксируется узловыми швами к брюшине и апоневрозу наружной косой мышцы живота. Края кишки после отсечения ее концевой «избытка» подшиваются к коже отдельными швами, формируя плоскую колостому. Используемая нами модификация коррекции стриктуры колостомы исключает главную причину неудач традиционного способа — натяжения швов, которое приводит к ретракции колостомы, нагноению раны и рецидиву стриктуры.

У трех больных для устранения стриктуры была произведена ее реконструкция по описанной модификации с перемещением колостомы на вышележащий неизменный участок передней брюшной стенки. Причиной в одном случае было сочетание стриктуры с параколостомической грыжей, в двух других — короткая «культя» мобилизованной из местного доступа кишки, чем исключалась возможность ее смещения кнаружи через имеющееся в брюшной стенке отверстие.

Целью хирургической реабилитации временно стомированных больных является восстановление кишечной непрерывности путем выполнения реконструктивно-восстановительных операций, позволяющих вернуть больных к обычной жизни. За тот же период с 2000 по 2004 г. в клинике такого рода вмешательства были произведены 62 больным,

из которых трем — путем оперативного закрытия пристеночной колостомы, 23 — двухствольной и 36 — путем ликвидации концевой колостомы.

Для закрытия пристеночной колостомы выполняли окружающую свищ циркулярную резекцию кишки вместе с окаймляющей кишку полоской кожи, что удавалось произвести внебрюшинным доступом у 2 больных. В одном случае возникла необходимость в циркулярной резекции кишки со свищем из внутрибрюшного доступа. Герметизм кишечной трубки обеспечивался наложением ручного двухрядного шва.

Восстановление кишечной непрерывности 23 больным с двухствольными колостомами проводили в сроки от 2 до 6 мес после первой операции. У 16 больных вмешательство было выполнено из местного внутрибрюшного доступа в условиях общей анестезии. У 10 из них операция ограничилась иссечением свища с окружающей его полоской кожи и подлежащими рубцовыми тканями и формированием анастомоза на 3/4 по Мельникову. У 6 больных произведена резекция кишки со стомой с наложением циркуляторного анастомоза конец в конец двухрядным швом.

У 7 больных закрытие двухствольной колостомы выполнялось из срединной лапаротомии. В 2 наблюдениях необходимость такого доступа была обусловлена наличием у больных клиники хронической спаечной кишечной непроходимости на почве механического препятствия в постстомальном сегменте толстой кишки. Операция состояла в разделении спаек, после чего производили резекцию петли, несущей свищ, восстанавливая непрерывность кишки сшиванием ее концов двухрядным швом. У 5 больных показанием к срединной лапаротомии явилось наличие колоректального рака, который не был удален при первичной операции, ограниченной формированием колостомы. Причиной этого явилась крайняя тяжесть состояния пациентов, обусловленная острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза. При повторной операции у двух из этих больных был выявлен канцероматоз брюшины, в связи с чем после ликвидации колостомы им был наложен обходной анастомоз. У остальных трех человек закрытие колостомы путем резекции кишки, несущей свищ, сочеталось с радикальным удалением опухоли.

Наиболее сложными и травматичными являются реконструктивно-восстановительные вмешательства по поводу концевых колостом после операции Гартмана или разобщения первичного анастомоза при его несостоятельности. Обязательной является предварительная подготовка отключенной кишки с помощью клизм и пенных аэрозолей. Перед операций для очистки кишечника используется методика его ортоградного промывания раствором полиэтиленоксида или препаратом «Фортранс». Условиями успеха является обеспечение при операции хорошего кровоснабжения сшиваемых концов кишки и отсутствие натяжения их в зоне анастомоза.

Производится срединная лапаротомия под интубационным наркозом. Вначале выделяется

культя прямой или сигмовидной кишки, затем отсекается колостома и выполняется (при наличии диастаза между концами толстой кишки) мобилизация левых отделов ободочной кишки. Низведение мобилизованного сегмента толстой кишки позволяет сформировать анастомоз без натяжения. У 16 из 36 больных с концевой колостомой выделенная культя сигмовидной кишки имела достаточную длину, что позволило анастомозировать ее с концом отсеченного от стомы приводящего сегмента толстой кишки без ее предварительной мобилизации. Остальным 20 больным, у которых был обнаружен значительный диастаз между мобилизованными концами толстой кишки, произведена мобилизация левых отделов ободочной кишки, низведение которых позволило сформировать анастомоз без натяжения тканей.

Трудности оперативно-технического плана возрастают, если восстановление кишечной непрерывности приходится выполнять после обширных резекций ободочной кишки, особенно в сочетании с короткой культей прямой кишки. Трудности также возникают в случаях, когда первая операция осложнялась гнойно-воспалительным процессом в малом тазу с последующим формированием рубцово-спаечного конгломерата из культы кишки, мочеточников, влагалища и мочевого пузыря.

При выполнении восстановительных операций по ликвидации концевой колостомы у 9 больных была обнаружена крайне короткая культя прямой кишки, локализуемая в промежности ниже брюшины тазового дна. В этих случаях формирование колоректального анастомоза ручным швом крайне сложно. Поэтому у 5 больных соединение выделенной короткой культы прямой кишки с низведенной ободочной произведено циркулярным степлерным швом с помощью сшивающих аппаратов одноразового использования фирмы «Ethikon» или «Auto-Suture». Осложнений не было, однако высокая стоимость степлерного анастомоза препятствует широкому внедрению метода в клиническую хирургию.

У 4 больных для восстановления непрерывности толстой кишки использован разработанный нами инвагинационный способ формирования колоректального анастомоза. Его начальный этап состоит в том (рис. 1), что на «основание» предварительно мобилизованной культы прямой кишки, чаще всего — в зоне прикрепления к ней леваторов тазового дна, накладываем 4 лигатуры-держалки. Подтягивая ими культю прямой кишки, отсекаем ее рубцово измененную «верхушку» и на образовавшийся благодаря этому циркулярный край кишки накладываем обвивной кетгуттовый шов. После этого со стороны промежности через культю прямой кишки проводим толстый (1,3–1,4 см) зонд и вводим его на глубину 12–15 см в приводящий сегмент толстой кишки, отсеченный от колостомы. Зонд фиксируем в этом положении лигатурой, наложенной на кишку, отступя от ее края на 0,3–0,4 см. Выше лигатуры, отступя от нее на 1,3–1,5 см, на кишку накладываются 4 сва-

держалки, соответственно 4 лигатурам, аналогично наложенным ранее на культю прямой кишки.

Вторым (промежуточным) этапом операции является низведение ободочной кишки в культю прямой кишки путем подтягивания зонда книзу. Приводящая кишка низводится в культю прямой настолько, чтобы лигатура, наложенная на край ободочной кишки, погрузилась в просвет прямой. Таким образом, длина отрезка ободочной кишки, погруженного в культю прямой, составляет около 1 см (рис. 2). После этого затягивают обвивной кетгуттовый шов, фиксируя низведенную кишку в культю прямой.

Завершающим этапом операции являются инвагинация культы прямой кишки вместе с фиксированным в ней концом ободочной кишки в просвет анального канала путем повторного подтягивания зонда и фиксация его в этом положении путем связывания 4 лигатур, провизорно наложенных как на культю прямой кишки, так и на сигму (рис. 3).

Преимуществом предложенного способа формирования колоректального анастомоза является то, что он не требует применения ручного шва, который трудно выполним в промежуточной ране при короткой культю прямой кишки.

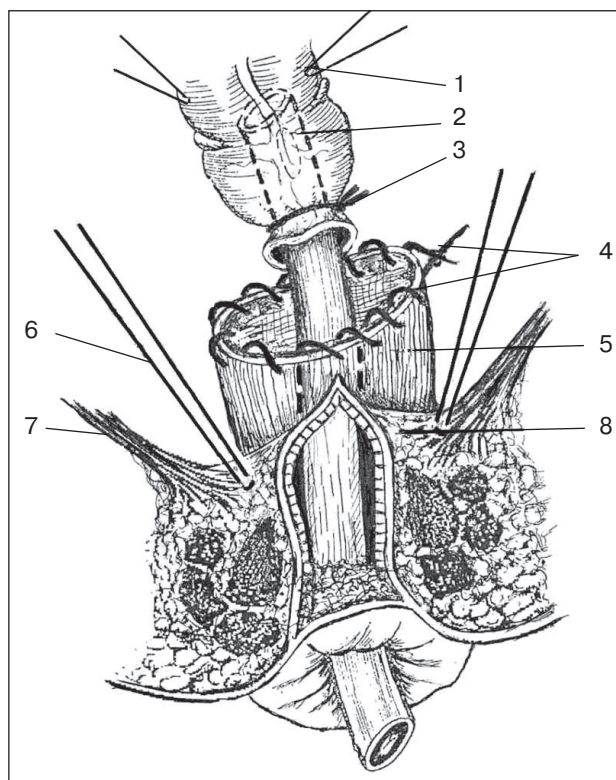


Рис. 1. Начальный этап формирования низкого сигморектального анастомоза:

- 1 — отсеченный от колостомы «приводящий» конец толстой кишки (сигмы или ободочной) с провизорно наложенными на него швами-держалками; 2 — зонд;
- 3 — лигатура, фиксирующая зонд; 4 — кисетный шов;
- 5 — культя прямой кишки; 6 — лигатуры-держалки, наложенные на культю прямой кишки; 7 — леваторы;
- 8 — параректальная клетчатка.

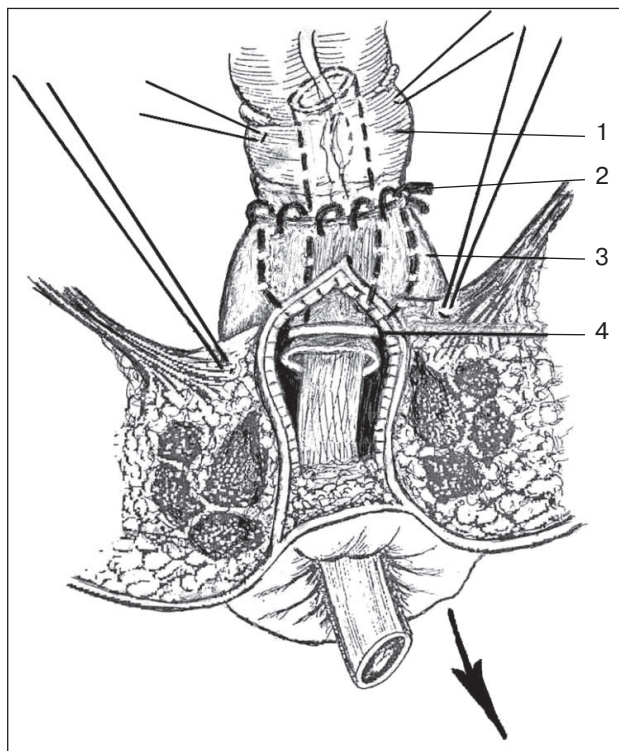


Рис. 2. Промежуточный этап формирования низкого сигморектального анастомоза:

1 — сигмовидная кишка; 2 — кيسетный шов; 3 — культя прямой кишки; 4 — лигатура, фиксирующий зонд

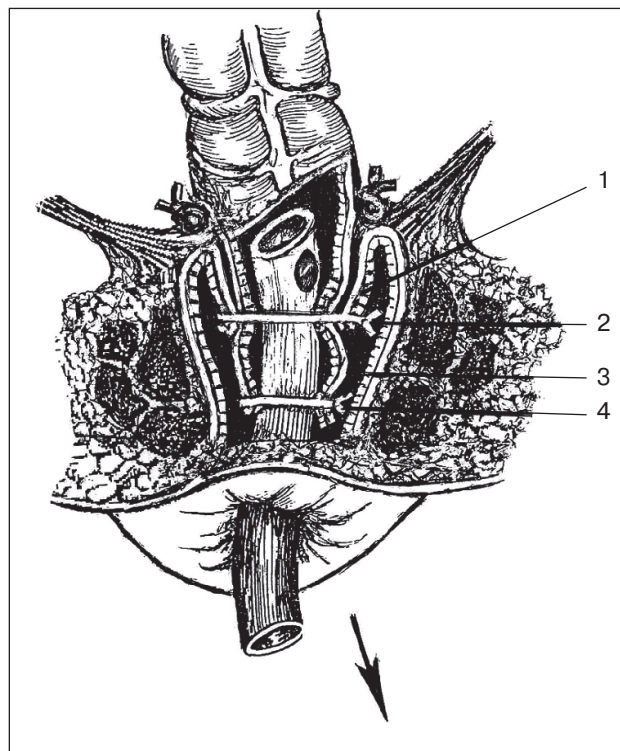


Рис. 3. Завершающий этап формирования низкого сигморектального анастомоза:

1 — инвагинированная стенка культы прямой кишки; 2 — затянутый кيسетный шов; 3 — просвет культы прямой кишки; 4 — лигатура, фиксирующая зонд

Представленные материалы свидетельствуют о перспективности этого направления, особенно при его сочетании с психотерапевтическим воздействием. К сожалению, только медицинская реабилитация не в состоянии решить весь круг проблем больных с колостомами; необходима государственная поддержка в обеспечении их современным стомийным оборудованием.

В целом опыт клиники по хирургической реабилитации стомированных больных позволяет сделать следующие выводы.

Хирургическая реабилитация больных с колостомами представляет собой элемент их общей медико-социальной реабилитации, медицинская часть которой включает комплекс психотерапевтических мероприятий, а также предметное обуче-

ние пациентов уходу за стомой с использованием современных средств.

Предметом хирургической реабилитации пожизненно стомированных пациентов является лечение возникающих осложнений, чаще всего связанных со колостомой.

Предметом хирургической реабилитации временно стомированных больных является восстановление кишечной непрерывности путем выполнения им реконструктивно-восстановительных операций, позволяющих вернуть больных к обычной жизни.

Только медицинская реабилитация не может решить весь круг проблем больных с колостомами, необходима государственная поддержка в обеспечении их современным стомийным оборудованием.

Литература

1. Воробей А. В., Гришин И. Н. Реабилитация стомированных больных.— Минск, «Белар. навука», 2003.— 190 с.
2. Szczepkowski Marek. Помощь стомированным больным в мире и в Польше // Болезни толстого кишечника: IV Республиканская конференция по проктологии.— Минск: БГУ, 2001.— С. 261–264.
3. Блинов Н. Н., Гулкова В. А. Роль психонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии.— 1996.— №5.— С. 86–89.

4. Воробьев Г. И., Царьков П. В. Кишечные стомы.— М.: МНПИ, 2001.— 90 с.
5. Жуковец Л. Г., Кохнюк В. Т. Применение психотерапии у больных раком прямой кишки // Проблемы реабилитации проктологических больных: Материалы 3-й междунар. конф.— Минск, 1998.— С. 125–126.
6. Стойко Ю. М., Коновалов С. В., Сиенченко Г. И. Результаты реконструктивных операций при стриктурах колостомы // Колопроктология.— 2004.— № 4 (10).— С. 46–48.

Поступила 18.01.2006