

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Р.Р. Булатов,
Р.Т. Ибатуллин

АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)
Городской центр колопроктологии (г. Уфа)

История хирургии кишечных стом переступила 200-летний рубеж. Началом данного направления в хирургии принято считать первую успешно выполненную колостомию в 1793 г. французским профессором Дюре ребенку с атрезией заднего прохода. Хирургами всего мира накоплен огромный опыт выполнения данной операции в различных модификациях, в зависимости от вида и локализации патологии. Многие авторы, непосредственно занимавшиеся данной проблемой, неоднократно проводили анализ неудовлетворительных результатов с практическими рекомендациями.

Проблема оказания медико-социальной помощи стомированным больным в РФ в настоящее время является приоритетной. Основные усилия направлены не только на усовершенствование хирургической техники в лечении основного заболевания, но и на социальную реабилитацию стомированных больных. Удельный вес больных с IV стадией колоректального рака на протяжении многих лет остается на высоких цифрах — 25 % (Воробьев Г.И. 2005), следовательно, количество больных с пожизненной стомой, к сожалению, будет только увеличиваться.

Организация кабинетов реабилитации стомированных больных дала возможность более детально изучить ближайшие и отдаленные результаты стомирующих операций выполненных не только на базе специализированных, но и отделений общехирургического профиля.

Проведенный анализ позволил выявить пациентов со стомами, функционирование которых не полностью выполняет возложенных на нее функций, а также стомами непригодными для использования калоприемника, такие стомы мы назвали дефектными. По нашим данным, их частота составила 8,3 %.

Около 40 % наложенных стом, по нашим данным, приходится на экстренные операции, которая выполняется в отделениях общехирургического профиля. Это исключает возможность выполнения предоперационной разметки для наиболее оптимального места выведения стомы на передней брюшной стенке, в зависимости от конституции и индивидуальных особенностей пациента. Наибольшее внимание при выполнении такой операции уделяется выполнению основного этапа операции — резекция кишки и т.д., а выведение стомы рассматривается как второстепенный. Тогда как для стомированного пациента первостепенное значение приобретает качество жизни со стомой, и то, насколько новые условия позволят адаптироваться в жизни. Нет сомнений, что невозможность использования калоприемника значительно затрудняет реабилитацию такого больного.

Причинами, приведшими к образованию дефектных стом, мы считаем дефект техники наложения стом, ранние и поздние послеоперационные осложнения стомы.

Современные подходы формирования стомы подробно изложены во многих руководствах. Устаревший стереотипный подход к наложению стомы, а именно сшивание кожи с брюшиной, особенно при выраженной подкожной жировой клетчатке приводит к образованию воронкообразного углубления кожи вокруг стомы. Втянутая стома является наиболее частой причиной трудности или невозможности использования калоприемника 72 %. Кроме того, меньшая площадь соприкосновения выведенной кишки с передней брюшной стенкой может стать одной из причин развития ретракции кишки, а в последующем развитием стриктуры стомы. Поэтому мы являемся сторонниками формирования стомы без подшивания брюшины к коже.

Развитие гнойных параколостомических осложнений в раннем послеоперационном периоде приводит к рубцовой деформации вокруг стомы, по нашим данным в 19% случаев. Уменьшить количество таких осложнений возможно при правильном выполнении всех этапов формирования стомы и проведении адекватной предоперационной подготовки включая антибиотикопрофилактику, наблюдение и комплексное лечение больного в послеоперационном периоде, контроль за состоянием самой стомы и окружающих тканей.

С целью улучшения качества лечения стомированных больных нами ведется работа в следующих направлениях:

1. В программу обучения по специальности хирургия включены занятия по основам хирургии кишечных стом, в соответствии с рекомендациями ГНЦ колопроктологии.

2. Концентрация данной категории больных в специализированных отделениях города.

3. Наблюдение всех пациентов со стомой в кабинете реабилитации стомированных больных. Для оценки результатов лечения таких пациентов создана компьютерная база, где имеется подробное описание стомы, ее функция, наличие парастомальных осложнений и дефектность.

4. У пациентов с дефектной стомой, выведенной пожизненно при отсутствии противопоказаний, проводится хирургическая коррекция стомы: реконструкция, пластика грыжи и др.

5. Консервативная реабилитация, включающая подбор средств для ухода за дефектной стомой: паста для заполнения неровностей, калоприемник для втянутых стом и др.

А.А. Ибатуллин, М.В. Тимербулатов, Ф.М. Гайнутдинов, А.В. Куляпин, Р.М. Хафизов

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕОСТОМОЙ

**ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Уфа)
Городская клиническая больница № 21 (г. Уфа)**

Удельный вес пациентов с илеостомой составляет порядка 5–6 % среди больных с кишечными стомами, по нашим данным 4,9 %. За 3 года функционирования городского кабинета стомированных больных было зарегистрировано 45 больных с илеостомой. Средний возраст больных составил 58,9 лет, с преобладанием пациентов старшей возрастной группы. Женщин было 26 (58 %), мужчин 19 (42 %).

По виду — в 19 случаях (42,2 %) илеостома была одностольная, в 26 случаях — двустольная (57,8 %).

Среди заболеваний, потребовавших выведение илеостомы, на первом месте были рак ободочной кишки — 29 % (13 больных), в основном правого фланга (69 %, 9 человек), на втором язвенный колит — 24 % (11 больных), на третьем — спаечная болезнь брюшины — 9 % (4 больных) и рак другой локализации — 9 % (преимущественно рак органов малого таза) и на 4 месте — рак прямой, дивертикулез и кишечные свищи по 7 % (3 больных). Далее были болезнь Крона и травма по 4 % (2 больных).

На первом этапе оказания помощи стомированным больным нами была разработана компьютерная база данных, в которой имеется подробное описание диагноза, истории заболевания, название операции и т.д. Особый акцент делался на выявление осложнений стомы.

В данной работе обобщен опыт хирургической реабилитации больных с илеостомой по данным колопроктологического и общехирургического отделений ГКБ № 21 за 2004–2006 гг.

Анализируя полученные данные, нами был разработан алгоритм реабилитационных мероприятий ведения пациентов с илеостомой, который позволил систематизировать и упорядочить ведение таких больных уже с момента выставления показаний к наложению илеостомы и выбор ее вида.

Так больные, которым планировалось наложение илеостомы, были условно разделены на три группы, в зависимости от предполагаемого срока жизни с илеостомой:

- 1 группа, временная на короткий срок (от 2 до 16 нед.);
- 2 группа, временная на длительный срок (от 16 нед. до года и более);
- 3 группа, (условно) пожизненная;

В первой группе преобладали больные с общей хирургической патологией, такими как СББ, травма, перитонит и мезентериальный тромбоз. Данный контингент составил тяжелую группу больных, поступающих в стационар зачастую через несколько суток после начала заболевания или получения травмы с клиникой терминального перитонита. После выполненного хирургического вмешательства кроме проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения эти больные нуждались в выполнении многократных плановых санаций до 3 раз у одного больного. В последующем требовалось длительное время для стабилизации состояния больного и купирования явлений перитонита, после чего ставился вопрос о реконструктивно-восстановительной операции.

Огромное значение имел уровень выведенной илеостомы и протяженность оставшейся длины кишки. От этого зависело, в какой степени потребуется проведение нутритивной поддержки на период выведения илеостомы, особенно у больных с мезентериальным тромбозом. В данной группе оперировано 3 больных (21 %), у двоих из которых было резецировано более S тонкой и толстой кишки. В исследуемой группе 9 больных (64,3 %) были реабилитированы без выписки из стационара, исключение составили 5 человек (35,7 %) направленные на хирургическую реабилитацию из кабинета стомированных больных, оперированные в других стационарах города. Среднее время с момента выведения илеостомы до ее ликвидации в 1 группе составило 8,5 недель.

Закрытие петлевой илеостомы осуществлялось из местного либо срединного лапаротомного доступа, в зависимости от выраженности клинических проявлений спаечной болезни, при наличии последней выполнялось полный адгезиовисцеролиз.

Вторую группу наблюдения больных с илеостомой составили 16 пациентов с заболеваниями преимущественно толстой кишки, которым потребовалось наложение илеостомы на более длительный срок от 4 до 12 месяцев и более. Наибольшую группу составили больные с раком толстой кишки преимущественно правого фланга, которым ранее была выполнена радикальная операция и илеостомия на фоне