

На правах рукописи

Васильев Василий Васильевич

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С ВРЕМЕННЫМИ КОЛОСТОМАМИ**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа-Югры»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук профессор Дарвин Владимир Васильевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук профессор Глушков Николай Иванович

Доктор медицинских наук профессор Афанасьев Александр Николаевич

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова».

Защита диссертации состоится «__» _____ 2009 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.208.089.02 при Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». (191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная д.41).

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (195196, Санкт-Петербург, ул. Заневский пр., д. 1/82).

Автореферат разослан «__» _____ 2008г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, доцент

Г.Н. Горбунов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Одной из актуальных проблем современной хирургии является реабилитация стомированных больных. По оценке ГНЦ колопроктологии Росздрава, число стомированных больных в Российской Федерации составляет от 100 000 до 120 000, из них 38,2 – 50,8% - больных трудоспособного возраста (Воробьев Г.И., Саламов К.Н. и др., 1991; Калашникова И.А., 2007).

Частота выполнения оперативных вмешательств на толстой кишке, которые завершаются формированием колостомы достигает 60% от всех пациентов, оперированных в экстренном порядке на толстой кишке. Наибольшее число из них – больные с осложнениями рака толстой кишки. Связано это с увеличением числа больных раком толстой кишки, прирост заболеваемости которым на 100000 населения за 2000 г., по данным Г.И. Воробьева (2003), составил 2,57%. Немалая доля стомированных больных представлена пациентами, оперированными в связи с осложнениями неопухолевых заболеваний толстой кишки: дивертикулезом, долихосигмой, травмой толстой кишки и др. (Ханевич М. Д., Смирнов А. Б., 2002.; Воробьев Г.И., Жученко А. П., Болихов К. В., и др, 2003; Игнатъев В. Г., Михайлова В. М., Тарасова А. А., 2005; Saric D., Tudor M., et al., 2001).

При реабилитации стомированных больных медико-социальные проблемы связаны с наличием колостомы, что значительно затрудняет нормальное существование человека в обществе, ограничивает трудоспособность, приводит к инвалидизации и психологическому дискомфорту. В связи с этим основным условием повышения качества жизни стомированного больного является восстановление непрерывности пищеварительного тракта (Васильев С. В., Михайлов В. А., Григорян В. В., и др., 2001; Воробьев Г. И., Царьков П. И., 2002).

Несмотря на появление современных средств по уходу за колостомой и калоприемников, самым значительным эффектом на этапах реабилитации стомированных больных является проведение восстановительной операции. В современной хирургической практике широко обсуждаются сроки проведения восстановительного хирургического лечения. Ряд авторов допускают выполнение ранней восстановительной операции в срок до 3 месяцев (Bozzetti F., Nava M., Bufalano R., et al. 1983). Большинство хирургов считают возможным восстановление непрерывности ободочной кишки через 3-6 месяцев (Васютков В. Я., Панков С. М., Блохин В. Н., 2000; Гаврина С. Е., и др., 2002; Salim G., Thomas

G., et al., 1999). Часть авторов утверждают, что проведение восстановительных операций возможно только спустя 10-12 месяцев после проведения первичной операции (Федоров В. Д., Воробьев Г. И., 1994; Яицкий Н. А., Седов В. М., 1995). Сроки выполнения восстановительного хирургического лечения подвергаются ревизии в связи с длительным реабилитационным периодом, который не устраивает по ряду причин ни пациентов, ни хирургов. Поиск путей раннего хирургического лечения без увеличения риска развития осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде и является предметом поиска специалистов, занимающихся реабилитацией стомированных больных.

Не менее актуальной проблемой при проведении операций на толстой кишке являются осложнения раннего послеоперационного периода. Так, несостоятельность швов анастомоза достигает 6-25%, нагноение послеоперационной раны 26-60%, летальность, связанная с развитием осложнений - 5,2%. (Афанасьев А.Н. 1989; Земляной А. Г., Глушков Н.И., 1992; Васютков В. Я., Панков С. М., Блохин В. Н., 2000; Rullier E., Le Toux N., Laurent C., et al., 2001).

До настоящего времени остается актуальным, недостаточно решенным вопрос определения оптимальных сроков выполнения восстановительных операций. Недостаточно изучены факторы риска, влияющие на возможные исходы оперативного вмешательства, методы их профилактики, а также сохраняется необходимость разработки и поиска новых методов восстановительных операций.

Цель работы: улучшение результатов хирургической реабилитации больных с временными колостомами путем оптимизации сроков выбора восстановительных операций, разработки и внедрения комплексной программы профилактики послеоперационных осложнений.

Задачи исследования

1. Провести ретроспективный анализ результатов восстановительных операций, выполненных в сроки через 2 и более месяцев больным с колостомами.

2. Изучить качество жизни стомированных больных до и после выполнения восстановительных операций.

3. Изучить динамику внутрикишечного давления и морфологической картины проксимальных отделов толстой кишки в раннем послеоперационном периоде (в сроки до 14 суток после формирования стомы).

4. Разработать показания к выполнению ранних восстановительных операций (через 7-14 суток) больным с временными колостомами.

5. Изучить экономическую эффективность хирургической реабилитации колостомированных больных в зависимости от сроков выполнения восстановительных операций.

6. Провести сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных с колостомами при выполнении восстановительных операций в ранние сроки и в отдаленном периоде.

Научная новизна исследования

Установлено, что у больных с концевыми и петлевыми колостомами, оперированных по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости, уровень внутрикишечного давления снижается до физиологических цифр к 3-4 послеоперационным суткам.

При исследовании динамики морфологических изменений в стенке толстой кишки проксимальнее выведенной колостомы показано, что к 10-14 суткам отмечается выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки толстой кишки и восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой оболочки, приближающегося по гистологической характеристике к слизистой оболочке неизменной стенке толстой кишки.

Патогенетически обоснована возможность выполнения ранних восстановительных операций (в сроки 7-14 суток) больным с временными колостомами.

Разработана модификация международного опросника (Колопласт) бальной оценки качества жизни больных, на основании которого установлено, что у стомированных больных происходит снижение уровня качества жизни до 54,7 баллов, восстановление непрерывности толстой кишки приводит к повышению уровня качества жизни до 79 баллов из 100 возможных.

Практическая значимость полученных результатов

Определены показания к проведению восстановительных операций стомированным больным в ранние сроки после первичного вмешательства.

Разработан и внедрен в клиническую практику способ формирования толстокишечного анастомоза, отличающегося высокой механической прочностью и биологической герметичностью.

Доказана клиническая целесообразность и экономическая эффективность смещения сроков выполнения восстановительных операций.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В сроки 7-14 суток после первичного оперативного вмешательства отмечается нормализация внутрикишечного давления в проксимальном сегменте ободочной кишки, нивелируются морфологические изменения стенки кишки, обусловленные воздействием внутрикишечной гипертензии, что является основанием, определяющим возможность выполнения ранних восстановительных операций.

2. Разработанный толстокишечный анастомоз с применением пластины ТахоКомб характеризуется высокой биологической герметичностью, механической прочностью и низкой частотой послеоперационных осложнений.

3. При выполнении восстановительных операций в ранние сроки по объективно обоснованным показаниям частота послеоперационных осложнений составляет 11,1% и не превышает аналогичный показатель при выполнении восстановительных операций в общепринятые сроки.

4. Наибольший экономический ущерб приносит выплата стомированным больным пособий по временной нетрудоспособности, а также потери в связи с не произведенной продукцией, при этом сумма затрат при выполнении операций в ранние сроки снижается на 74,5 %.

Личное участие автора в проведении исследования. Личное участие автора выразилось в определении основной идеи исследования, выработке единой методологии его выполнения, клинических исследований, статистической обработке и анализа результатов. При участии автора было оперировано большинство больных, включенных в исследование.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Нижневартовск, 2007г.); на II съезде колопроктологов России с международным участием «Актуальные вопросы колопроктологии» (Уфа, 2007г.); на III Международном хирургическом конгрессе «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России» (Москва, 2008г.); на конференции, посвященной 60-летию Ю.С. Винника «Актуальные вопросы современной хирургии» (Красноярск, 2008г.); на XII центральноевропейском конгрессе колопроктологов (Москва, 2008г.); на I

международной конференции по торако-абдоминальной хирургии (Москва, 2008г.).

Внедрение результатов работы. Основные положения работы внедрены в практику Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», МУЗ «Клиническая городская больница №1», хирургического отделения Учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружная больница Травматологический центр», в учебно-педагогический процесс кафедры госпитальной хирургии Сургутского государственного университета.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 2 статьи в журнале, рецензируемом ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 153 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 258 источников, из них 112 – иностранных авторов. Работа иллюстрирована 20 таблицами и 23 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В связи с тем, что многоэтапные операции остаются наиболее распространенными в лечении непроходимости толстой кишки, актуальной и сложной остается и проблема восстановительных операций, что связано с высоким риском осложнений и летальности. Наличие колостомы ухудшает качество жизни больных, приводит к инвалидности. Медицинская реабилитация таких больных является сложной задачей, в связи с чем необходима дальнейшая разработка реконструктивных и реконструктивно-восстановительных операций, что является одной из важнейшей задачей в системе реабилитации больных с колостомой.

В клинической части работы обобщены результаты лечения 88 больных с временными колостомами, перенесших этап восстановления непрерывности ободочной кишки, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в ЛПУ г. Сургута с 2000 по 2007 гг.

Среди пациентов женщин было 46 (52,3 %), мужчин – 42 (47,7 %). Возрастной состав больных колебался от 21 до 73 лет. Из 88 пациентов 64 (72,7%) к моменту исследования были в трудоспособном возрасте, 24 (27,3 %) - пенсионного возраста.

Алгоритм обследования включал общеклинические обследования, лучевые методы (рентгенография грудной клетки, проктосигмографию, ирригоскопию), эндоскопические методики (колоноскопию, RRS, биопсию) с одномоментным морфологическим исследованием, УЗИ и КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, виртуальную колоноскопию.

Большинство больных (47 – 53,4 %) оперированы первично по поводу рака толстой кишки различных локализаций. Из них у 45 (95,7 %) оперативное вмешательство проводилось в экстренном порядке в связи с осложнениями рака толстой кишки – острой обтурационной толстокишечной непроходимостью – 42 (47,7 %), кровотечением – двое (2,3 %), перфорацией опухоли – один (1,1 %). Двое пациентов (4,3 %) изначально были оперированы по поводу опухоли прямой кишки в плановом порядке. Обоим пациентам была произведена передняя резекция прямой кишки. В связи с несостоятельностью ректосигмоидного анастомоза последние были разобщены, и операция закончилась выведением одноствольной сигмостомы.

Большую группу – 41 человек (46,6 %) составили больные, подвергшиеся оперативному вмешательству с выведением толстокишечных стом при осложненных формах доброкачественных заболеваний, травмах и огнестрельных ранениях.

Осложнения дивертикулов имели место у 13 пациентов (перфорация дивертикула – у восьми, дивертикулит – у четырех, кровотечение из дивертикула сигмовидной кишки – у одного); острый сегментарный некроз ободочной кишки имел место у 9 больных (в результате заворота сигмовидной кишки – у семи, мезентериального тромбоза – у двоих); острая спаечная кишечная непроходимость – у двоих больных; рубцовый стеноз толстокишечного анастомоза также у двоих больных; некроз жирового подвеса сигмовидной кишки – у одного пациента; травмы толстой кишки имели место у 14 пострадавших (огнестрельные раны – у шести, колото-резанные раны – у двоих, закрытые повреждения толстой кишки – у четырех, перфорация толстой кишки инородным телом и инородное тело прямой кишки – у двоих пациентов). В данной группе 39 (95%) пациентов были оперированы в экстренном порядке, двое больных (5%) – в отсроченном порядке в связи с рубцовым стенозом ранее наложенного толстокишечного анастомоза.

В зависимости от характера заболевания и объема оперативного вмешательства были сформированы различные варианты колостом (табл. 1).

По типу толстокишечных свищей больные распределились следующим образом. Одноствольные стомы имели место у 68 больных (77,3 %), двухствольные петлевые и отдельные – у 19 больных (21,6 %). Одному больному (1,1 %) была наложена пристеночная цекостома. По виду толстокишечного одноствольного свища в группе стомированных больных преобладают сигмостомы – у 52 (59,1 %) больных, у 15 (17,0 %) больных имелась одноствольная концевая трансверзостома, и у одного (1,1%) больного – концевая илеостома. Больные с двухствольными стомами распределились следующим образом: отдельная двухствольная сигмостома – у шести (6,8 %) больных, петлевая сигмостома – у четырех (4,5 %), сочетание трансверзо-и сигмостомы – у шести (6,8 %) и петлевая трансверзостома – у трех (3,4 %) больных.

Таблица 1

Разновидность колостом, выведенных на переднюю брюшную стенку

Вид стомы	Количество больных
Одноствольная концевая сигмостома	52 (59,1 %)
Одноствольная концевая трансверзостома	15 (17,0 %)
Отдельная двухствольная сигмостома	6 (6,8 %)
Одноствольные отдельные трансверзо-и сигмостома	6 (6,8 %)
Петлевая сигмостома	4 (4,5 %)
Петлевая трансверзостома	3 (3,4 %)
Илеостома	1 (1,2 %)
Цекостома	1 (1,2 %)
Всего	88 (100 %)

Результаты исследования

Все стомированные больные, которым предполагалось восстановление целостности кишечной трубки, условно были разделены на две группы в зависимости от времени, прошедшего с момента первой операции до восстановительной операции: до двух недель – группа раннего восстановления, через 2 и более месяцев – группа позднего восстановления.

В предоперационном периоде проводили активную корректирующую терапию с использованием средств, направленных на возмещение

энергетических затрат, солевых препаратов, а при необходимости белковых препаратов и гемотрансфузию, согласуя лечение с анестезиологом и проводя его под лабораторным контролем. При риске тромбоэмболических осложнений применяем низкомолекулярные антикоагулянты по схеме, эластическую компрессию нижних конечностей. Для профилактики раневых осложнений периоперационно проводили антибиотикопрофилактику, за один час до разреза кожи внутримышечно вводились цефалоспорины третьего поколения или аминогликозиды, по показаниям продолжали антибиотикопрофилактику после операции в течение семи суток, дополнительно внутривенно вводили метронидазол. Перед операцией также проводили ряд мероприятий, облегчающих выполнение оперативных вмешательств и упреждающих возникновение некоторых осложнений. В первую очередь выполняли катетеризацию перидурального пространства. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливали назогастральный зонд, с обязательной катетеризацией мочевого пузыря катетером Фолея.

Методом выбора обезболивания был эндотрахеальный наркоз. Положение больных на операционном столе обычное, на спине, а при короткой длине культы прямой кишки и планируемом использовании аппаратного анастомоза – в положении Трендленбурга. При планировании хода операции каждому больному выбирали оптимальный способ и доступ оперативного вмешательства. Операционный доступ выбирали индивидуально в зависимости от основного заболевания, наличия осложнений, выраженности спаечного процесса и вида планируемого вмешательства. Нижняя срединная лапаротомия произведена у 81 (92 %) пациента, и трансректальный доступ с иссечением колостомы – у семерых (8 %) больных. Нижняя срединная лапаротомия позволяла произвести полноценную ревизию органов брюшной полости, мобилизовать на всем протяжении ободочную кишку, культю прямой кишки. Трансректальный доступ применяли при ликвидации петлевой колостомы в $\frac{3}{4}$ по Мельникову и у одного больного при ликвидации пристеночной цекостомы. У больных, которым оперативное вмешательство производили в течение 2 недель после первичной операции, спаечный процесс был выражен слабо, спайки были рыхлые и легко устранялись. Для уменьшения спаечного процесса в области оперативного вмешательства при завершении последнего применяли гель «Линтекс – Мезогель» по 200 мл внутривнутрибрюшинно, однократно, который обладает рассасывающим и противоспаечным действием. Данную методику использовали у 11(12,5 %)

пациентов, при повторных хирургических вмешательствах выраженного спаечного процесса не отмечено.

Результаты операции зависят от многих факторов, среди которых наибольшее значение имеет надежность анастомоза, которая определяется в свою очередь способом анастомозирования, расположением анастомоза, видом кишечного шва и шовного материала.

В своей работе мы использовали современное техническое обеспечение операций: гармонический ультразвуковой скальпель Ultra Cision (Eticon-Johnson&Johnson), генератор для электролигирования сосудов Liga Sure (Vessel Sealing System, Valleylab, Tyco healthcare, USA), электротомы: ELEKTROTOME^R – 621 (Berchold Holding, GmbH) и Erbotom ICC 350 (ERBE Elektromedizin, GmbH). Для наложения швов при анастомозировании применены линейные степлеры и циркулярные сшивающие аппараты CDH/SDH Proximat, (Ethicon-Surgery, inc. & Johnson&Johnson, USA).

В зависимости от условий при проведении восстановительных операций (вид стомы, длина дистальной культи ободочной кишки, техническая оснащённость и т.д.) были применены три вида анастомоза: ручным однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом по разработанной в клинике методике, при помощи циркулярных и линейных аппаратов фирмы Ethicon или Proximat и традиционным ручным двухрядным узловым швом.

Таблица 2

Виды кишечных анастомозов при различных способах восстановления непрерывности пищеварительного тракта

Виды анастомозов	Способы восстановления			Всего
	Ручной	Разработанный в клинике	Аппаратный	
Сигморектоанастомоз	–	5	33	38
Сигмосигмоанастомоз	7	17	–	24
Ликвидация сигмостомы по Мельникову	3	–	–	3
Трансверзосигмоанастомоз	1	5	–	6
Трансверзоректоанастомоз	3	2	7	12
Ликвидация трансверзостомы по	3	–	–	3

Мельникову				
Илеотрансверзоанастомоз	–	–	1	1
Ликвидация цекостомы по Мельникову	1	–	–	1
Всего	18 (20,5 %)	29 (33 %)	41 (46,5 %)	88 (100 %)

Сущность разработанной оригинальной методики толстокишечного анастомоза заключается в том, что его формирование осуществляли по типу «конец в конец» однорядными атравматическими узловыми серозно-мышечно-подслизистыми швами без захвата слизистой оболочки. В качестве шовного материала использовали синтетическую нить – дексон – на основе полигликолиевой кислоты диаметром 3/0, 4/0. После завершения ручного шва линия последнего циркулярно укрывали пластиной ТахоКомб, пропитанной раствором антибиотика (амикацин), с внешней фиксацией последней на поверхности кишки влажным тампоном в течение 3-5 минут.

Толстокишечный анастомоз, сформированный однорядными узловыми швами без захвата слизистой оболочки, не нарушает кровообращения в анастомозируемых сегментах, обеспечивает послойное сопоставление краев, что не приводит к рубцовому сужению и деформации зоны анастомоза и лежит в основе заживления первичным натяжением. Кроме того, захват подслизистого слоя обеспечивает высокую механическую прочность анастомоза (патент на изобретение № 51535).

В группу раннего восстановления вошли 27 (30,7 %) пациентов, из них 17 (19,3 %) первично оперированы по поводу осложненного рака толстой кишки, 10 (11,4 %) – с осложнениями доброкачественных заболеваний ободочной кишки.

Для проведения ранних реконструктивных операций были разработаны критерии, к которым мы отнесли возраст больного до 60 лет, распространение первичной опухоли T₁₋₃,N₀,M₀, радикальность первичной операции, отсутствие ранних параколостомических и общехирургических осложнений как со стороны брюшной стенки, так и со стороны брюшной полости, отсутствие сопутствующей патологии либо патологического процесса, значительно снижающего репаративные и адаптационные возможности организма, нормализацию к сроку выполнения восстановительной операции показателей

клинико-биохимических анализов крови, характеризующих степень эндогенной интоксикации и активность воспалительного процесса.

С целью определения возможности выполнения ранних восстановительных операций (первые 14 послеоперационных сут.) у стомированных больных нами дана комплексная оценка местных условий, определяющих перспективу заживления толстокишечного анастомоза:

а) изучена динамика внутрикишечного давления (ВКД) проксимальнее устья стомы толстой кишки на 5 и 15-30 см в ранние сроки у больных, оперированных по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости;

б) исследованы особенности морфологических изменений стенки толстой кишки в сегменте проксимальнее устья колостомы на 1-14 сутки после первичной операции.

Пик уровня внутрикишечного давления в изучаемых сегментах толстой кишки отмечен через 72 часа, при этом его уровень в этот период составляет $5,4 \pm 0,8$ мм рт.ст., то есть менее 50% от максимально зарегистрированного в ободочной кишке при отсутствии колостомы. После 84 часов отмечено постепенное снижение уровня ВКД до оптимального – к 5 суткам ($2,1 \pm 0,3$ мм рт.ст.).

Динамика внутрикишечного давления у больных с петлевыми и концевыми колостомами и при отсутствии таковых отображена на рисунке 1.

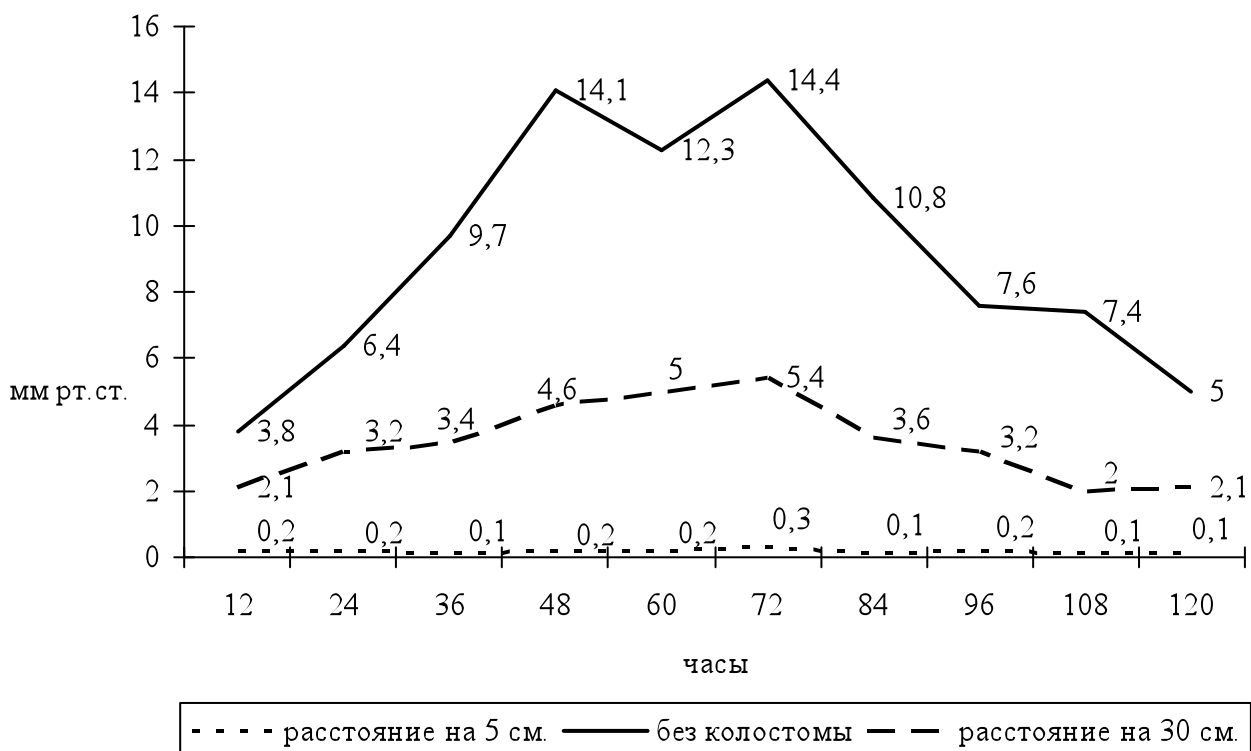


Рис. 1. Динамика внутрикишечного давления у больных с петлевыми и концевыми колостомами и при отсутствии кишечного свища.

То есть, изучение динамики внутрикишечного давления у больных с петлевыми и концевыми колостомами показало оптимальный декомпрессивный эффект колостом в раннем послеоперационном периоде (3–5 суток), что обеспечивало физиологический уровень внутрикишечного давления с 3-4 суток и являлось одним из факторов позволивших нам выполнять ранние восстановительные операции (7-14-е сутки).

Нами проведены морфологические исследования стенки толстой кишки у стомированных больных, оперированных по поводу толстокишечной непроходимости, в сроки 1-14 суток после операции по разрешению непроходимости с формированием колостомы. Материалом для морфологического исследования служили фрагменты приводящего отдела ободочной кишки, удаленные во время проведения восстановительных операций и взятые при ФКС.

На основании морфологических изменений можно сделать вывод о подостром характере течения воспалительного процесса в раннем послеоперационном периоде (первые 14 сут.). Преобладание в воспалительном инфильтрате лимфоцитарно-моноцитарных, а также фибробластических элементов свидетельствует в пользу текущих репаративных процессов в стенке толстой кишки. Атрофические изменения в эпителиальной выстилке слизистой

оболочки не выявлены. Отмечается некоторое усиление слизиобразующей функции реактивного характера. При отсутствии послеоперационных осложнений к 14-м суткам отмечается выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки толстой кишки и восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой оболочки, приближающейся по гистологической характеристике к слизистой оболочке неизменной стенки толстой кишки, что определяет возможность проведения восстановительных операций в ранние сроки.

В группе стомированных больных восстановление непрерывности кишечной трубки в «ранние» сроки произведено у 27 больных, из них: через 7 суток от момента первичной операции выполнено у двух пациентов, через 10 суток – у пяти, через 12 суток – у шести, через 14 суток – у 14 пациентов. Аппаратный шов применен у 13 больных, традиционный шов – у семи, у семи больных использован шов по разработанной в клинике методике. Средняя продолжительность пребывания в стационаре пролеченных таким образом пациентов составила $29 \pm 2,0$ койко-дня.

Группу больных с поздним восстановлением непрерывности толстой кишки составили 61 пациент (69,3%). Для данной категории больных важным моментом является профессиональная подготовленность амбулаторно-поликлинического звена по ведению стомированных пациентов и подготовке к оперативному лечению. Одним из важных моментов является своевременное выявление и ликвидация воспалительных явлений в зоне колостомы. Для профилактики воспалительных явлений в параколостомической области применяли калоприемники фирмы «Колопласт» (Coloplast A/S).

Вследствие длительного нефункционирования отключенного отдела толстой кишки последний атрофируется, развивается слабость анального сфинктера, задержка каловых масс и слизи в культе сопровождается проктитом. Для предотвращения этих процессов больным проводили лечебные микроклизмы с отваром ромашки и зверобоя, тренировали анальный сфинктер путем волевого сокращения последнего и удержания вводимых в лечебных целях в культю прямой кишки жидкостей, проводился комплекс лечебной физкультуры для улучшения тонуса тазового дна и анального сфинктера.

В данной группе из 61 восстановительной операции у 11 больных был применен ручной традиционный двухрядный шов, у 22 случаях – шов, разработанный в клинике, у 28 – аппаратный.

После операции больные в течение 2-3 дней находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, где им проводили адекватную инфузионную терапию для коррекции водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса, адекватное обезболивание, антибиотикопрофилактику и профилактику тромбоэмболических осложнений.

После выполнения восстановительного этапа у пациентов обеих групп в послеоперационном периоде с целью повышения декомпрессионного эффекта зоны анастомоза производили проточный декомпрессивный лаваж через установленный интраоперационно трансанальный дренаж в первые пять суток. Также проводили раннюю активизацию больных: активные движения, массаж, вставание на вторые – третьи сутки. Со второго или третьего дня – энтеральный прием вазелинового масла по 10 – 15 мл. Питание разрешали при появлении перистальтики кишечника, как правило, на 3 – 4 сутки после операции, подключали высококалорийные бесшлаковые компоненты в виде пюре.

Оценка эффективности проведенного лечения и качества жизни больных проводилась в ближайшем послеоперационном периоде, а также спустя 6 и 12 месяцев.

Осложнения, выявленные у больных до выписки из стационара, после проведения восстановительных операций, мы относим к ранним. Послеоперационные осложнения после восстановительных операций имели место у десяти больных (11,4%).

В группе больных, оперированных в ранние сроки, послеоперационные осложнения имели место у трех (11,1%) пациентов: – нагноение послеоперационной раны – у одного, анастомозит – у одного, и у одного несостоятельность толстокишечного анастомоза. Повторного хирургического вмешательства не потребовалось. Консервативное лечение осложнений дало положительный эффект.

У семи больных с поздним восстановлением непрерывности толстой кишки имели место послеоперационные осложнения: у четырех больных – нагноение послеоперационной раны, анастомозит у одного, частичная несостоятельность толстокишечного анастомоза и формирование толстокишечного свища, не потребовавшего повторной операции – у одного пациента. Также у одного больного развилась острая ранняя спаечная непроходимость, потребовавшая повторного хирургического вмешательства. Летальных исходов в обеих группах не было.

Характер и частота осложнений в раннем и ближайшем
послеоперационном периоде в зависимости от сроков проведения
операции

Сроки ликви- дации коло- стомы	Всего опери- ровано	Число осложнений				Всего осложне- ний
		Частичная несостоя- тельность	Анаст- томо- зит	Нагное- ние п/о раны	Острая спаечная кишечная непроходи- мость	
7-14 сут	27	1	1	1	–	3 (11,1 %)
2 мес. и более	61	1	1	4	1	7 (11,5 %)
Всего:	88	2	2	5	1	10 (11,4 %)

Среднее пребывание в стационаре при проведении восстановительной операции в ранние сроки составило $29 \pm 2,0$ койко-дня, при операции в отдаленном периоде – $17 \pm 1,4$ койко-дня (с учетом двух госпитализаций $34 \pm 2,8$ койко-дня). Следует отметить, что при раннем закрытии сроки амбулаторного наблюдения пациентов составили $30,0 \pm 3,0$ дня, в то же время при позднем закрытии стомы данный период был значительно больше и составил $287,0 \pm 8,0$ дней (различия достоверны, при $p < 0,001$). Общие сроки нетрудоспособности при раннем восстановлении непрерывности толстой кишки существенно отличались и составили $59,0 \pm 2,5$, а при позднем – $321,0 \pm 5,0$ дней ($p < 0,001$).

Сравнительный анализ эффективности применяемых анастомозов позволил установить, что использование ручного традиционного двухрядного шва сопровождалось осложнениями у 38,9 % больных, в то же время количество осложнений при выполнении анастомозов по разработанной методике, а также с использованием аппаратного шва было значительно меньше – 3,4 % и 4,9 % соответственно. Определение достоверности различий с использованием критерия χ^2 подтвердило данное отличие с доверительной вероятностью ($p < 0,05$).

Наиболее достоверным критерием эффективности разработанной и примененной тактики хирургического лечения стомированных больных

является оценка результатов в отдаленные сроки. Через 12 месяцев удалось обследовать 72 (81,9 %) больного. 16 (18,2 %) больных не были осмотрены по причине выезда из города, смены адреса. Обследованы все 27 пациентов, которым восстановление пищеварительного тракта было проведено в раннем послеоперационном периоде, и 45 больных, оперированных в течение первого полугодия с момента первичного вмешательства. Помимо физикальных и инструментальных методов обследования среди пациентов обеих групп было проведено анкетирование.

При объективном обследовании в группе с ранним восстановлением у одного больного через 8 месяцев имело место формирование лигатурного абсцесса передней брюшной стенки, в группе с поздним восстановительным этапом у одного больного сформировалась послеоперационная вентральная грыжа малых размеров LW₁R₀. Функциональные нарушения в виде анальной инконтиненции через 12 месяцев имели место у двух больных с низким толстокишечным анастомозом в группе с поздним восстановительным этапом.

С целью самооценки пациентами качества жизни проводилось анкетирование, которое позволило охарактеризовать состояние больных как хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное.

По оценке состояния больных получены следующие результаты. Хорошие результаты отмечены у 49 (68,1 %) больных, и они считают себя вполне здоровыми. Удовлетворительные результаты отмечены у 21 (29,2 %) больных. Неудовлетворительные результаты признаны у двоих (2,8 %) пациентов с имеющей место анальной инконтиненцией.

Оценка результатов лечения стомированных больных в обеих группах показана в таблице 4.

Таблица 4

Результаты лечения стомированных больных в обеих группах

Сроки восстановления ободочной кишки	Число больных с различными результатами лечения						
	n	хорошие		удовлетв.		неудовл.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа раннего закрытия	27	20	74	7	26	0	0
Группа позднего закрытия	45	29	64,5	14	31,1	2	4,4

Для оценки качества жизни больных с наличием кишечного свища и после проведения восстановительной операции пациентам из группы позднего восстановления также предлагалось ответить на вопросы анкеты.

Больные проходили анкетирование два раза. Первый в период стоманосительства, второй – после ликвидации колостомы. В оценочном исследовании участвовали 45 пациентов, оперированных в сроки от 2 до 12 месяцев после наложения колостомы. Изучение результатов анкетирования с использованием балльных оценок свидетельствовало о существенных различиях самооценки уровня качества жизни больных в период стоманосительства ($54,7 \pm 0,9$ балла) и после восстановления непрерывности толстой кишки – $79,3 \pm 0,7$ балла (при $p < 0,01$).

Немаловажным фактором, позволяющим оценить эффективность ранней ликвидации колостомы, является экономическая составляющая данной проблемы. Экономические затраты государства на хирургическую реабилитацию стомированных больных складывались из следующих расходов: по бюджету здравоохранения (стоимость лечения в стационаре и поликлинике); по бюджету социального страхования (выплата пособий по нетрудоспособности); потери национального дохода из-за невыходов на работу, инвалидности и смерти. Стационарная помощь больным с ранним закрытием оказывалась однократно и составляла $29,0 \pm 2,0$ койко-дня. При проведении восстановительных операций в отдаленном периоде пациенты госпитализировались два раза, и их общий койко-день составил $34,0 \pm 2,8$. Несмотря на то что больные в группе с поздним восстановительным этапом госпитализировались дважды, достоверного различия в сроках нахождения больных в стационаре в сравниваемых группах не отмечено ($p > 0,05$).

Для расчета средней стоимости одного случая амбулаторного лечения определяли: стоимость одного амбулаторного посещения; среднюю длительность амбулаторного лечения больного, перенесшего восстановительное оперативное лечение; число врачебных посещений в течение всего срока амбулаторного лечения. Общий срок нетрудоспособности больных в группе ранних восстановительных операций составил – $59,0 \pm 2,5$ дней, в группе при позднем восстановлении – $321,0 \pm 5,0$ дней. По совокупности затрат на лечение одного больного, при восстановлении непрерывности ободочной кишки в ранние сроки, экономическая польза для государства составляет 74,5%.

Таким образом, проведенные морфологические, тонометрические исследования, отсутствие отличий в структуре и частоте осложнений раннего послеоперационного периода у больных с восстановлением толстой кишки в разные сроки, хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде после ранней ликвидации стомы, статистически достоверные различия в сроках нетрудоспособности пациентов с ранним и поздним восстановлением непрерывности толстой кишки, выраженный экономический эффект (сумма затрат снижается на 74,5%), а также более быстрое достижение высокого качества жизни больными с ранней ликвидацией колостомы обосновывают возможность проведения оперативного лечения стомированных больных в сроки от 7 до 14 дней.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных с заболеваниями ободочной кишки стомированные больные составляют 17,3 %, при этом в структуре патологии, послужившей основанием для завершения первичной операции колостомой, у 53,4 % больных является осложненный рак ободочной кишки.
2. Качество жизни стомированных больных, согласно модифицированному опроснику (Колопласт), составляет 54,7 балла из 100 возможных; восстановление непрерывности ЖКТ приводит к повышению среднего балла качества жизни более чем на 45%, что является хорошим условием для более быстрой адаптации.
3. Внутрикишечное давление в проксимальных сегментах ободочной кишки у колостомированных больных нормализуется примерно к 4 суткам, достигая уровня 2,1 мм рт.ст.
4. Морфологические изменения стенки толстой кишки, связанные с воздействием внутрикишечной гипертензии у больных с острой кишечной непроходимостью (в стадии компенсации и субкомпенсации), нивелируются после декомпрессии просвета, при этом к 7-14-м суткам отмечается выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки толстой кишки и восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой оболочки, приближающейся по гистологической характеристике к слизистой оболочке неизменной стенки толстой кишки.

5. У строго ограниченной категории стомированных больных (30,7 %) возможно выполнение ранних восстановительных операций на 7-14-е сутки.
6. Частота ранних послеоперационных осложнений при выполнении операции на 7-14-е сутки с момента первичного вмешательства составляет 11,1 %, при выполнении восстановительной операции в поздние сроки (более 2 месяцев) – 11,5 % ($p > 0,05$).
7. Наибольший экономический ущерб государству приносит выплата стомированным больным пособий по временной нетрудоспособности, а также потери в связи с произведенной продукцией, при этом сумма затрат при выполнении операций в ранние сроки снижается на 74,5%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При условиях нормализации внутрикишечного давления ($p = 2,1 \pm 0,8$ мм рт.ст.), возрасте больных до 60 лет, степени распространения первичной опухоли до $T_{1-3}N_0M_0$, радикальности первичной операции (при злокачественных новообразованиях), отсутствии ранних параколостомических и общехирургических осложнений, отсутствии сопутствующей патологии либо патологического процесса, значительно снижающего репаративные и адаптационные возможности организма, нормализации показателей клинико-биохимических анализов крови, характеризующих степень эндогенной интоксикации и активности воспалительного процесса, возможно выполнение восстановительной операции у стомированных больных в ранние сроки.
2. Оптимальным сроком для выполнения ранних восстановительных операций стомированным больным являются 7-14-е сутки, при этом лучшим доступом является нижняя срединная лапаротомия.
3. При проведении восстановительных операций, разработанный и внедренный в клиническую практику толстокишечный анастомоз с укреплением пластиной ТахоКомб характеризуется минимальной частотой послеоперационных осложнений (3,4 %) и может быть использован как альтернатива аппаратному и традиционному ручному шву.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Дарвин В.В. Современные подходы к формированию лечебно-диагностического алгоритма при острой обтурационной толстокишечной непроходимости / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, В.В. Васильев, С.В. Онищенко, М.М. Лысак // Актуальные вопросы хирургии: сборник материалов IV региональной научно-практической конференции.– Нижневартовск, 2007.– С. 25–27.
2. Ильканич А.Я. Лечебно-диагностический алгоритм у больных с осложнениями доброкачественных заболеваний ободочной кишки / А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, Н.В. Климова, В.В. Васильев // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием.– Уфа, 2007.– С. 408–409.
3. Дарвин В.В. Хирургическая реабилитация больных с колостомами: выбор сроков восстановительных операций / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, В.В. Васильев // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы II съезда колопроктологов России с международным участием.– Уфа, 2007.– С. 489–491.
4. Дарвин В.В. Профилактика гнойно-септических осложнений в восстановительной хирургии стомированных больных / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, В.В. Васильев, М.М. Лысак // Материалы III Международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России».– М., 2008.– С. 318.
5. Ильканич А.Я. Нарушения заживления толстокишечных швов: патогенез, профилактика / А.Я. Ильканич, В.В. Дарвин, В.В. Васильев // Актуальные вопросы современной хирургии. Сборник, посвященный 60-летию Ю.С.Винника.– Красноярск, 2008.– С. 211–214.
6. Дарвин В.В. Оптимизация технологии формирования швов толстой кишки / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, М.М. Лысак, В.В. Васильев // Медицинская наука и образование Урала.– 2008.– № 5(55).– С. 17–19.
7. Дарвин В.В. Принципы формирования лечебно-диагностической тактики при обтурационной толстокишечной непроходимости / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, В.В. Васильев, М.М. Лысак, С.В. Онищенко // Медицинская наука и образование Урала.– 2008.– № 5(55).– С. 20–21.
8. Дарвин В.В. Лапаростомия в лечении распространенных перитонитов / В.В. Дарвин, В.В. Васильев, А.А. Суоров // Материалы III Международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России».– М., 2008.– С. 318.

9. Дарвин В.В. Профилактика осложнений при хирургической реабилитации больных с колостомой / В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич, В.В. Васильев // I Международная конференция по торако-абдоминальной хирургии.– М., 2008.– С. 20.