

Алгоритм выполнения операций по закрытию колостом

С.А.АФЕНДУЛОВ, В.С.ВВЕДЕНСКИЙ, А.С.МИШИН

Performance algorithm in closure colostomy operation

S.A.AFENDULOV, V.S.VVEDENSKY, A.S.MISHIN

Тамбовский государственный университет им. Р.Г.Державина; центральная городская клиническая больница, г. Липецк; городская клиническая больница им. Архиепископа Луки, г. Тамбов

В статье представлены рекомендации оптимальной подготовки больного к тому или иному способу выполнения операции по закрытию колостомы. Приведены основные принципы выполнения операций по закрытию стом на толстой кишке и критерии оценки результатов операций по восстановлению естественного пассажа. Проведен сравнительный анализ послеоперационных осложнений в зависимости от операционного доступа. Представлены данные и результаты операций у 161 пациента с колостомами. Применение разработанных подходов позволило улучшить результаты лечения данной категории больных и свести к минимуму количество тяжелых осложнений.

Ключевые слова: колостома, реабилитация, этап, доступ, осложнения

The article presents the recommendations of optimal preparation algorithm for way and method of performing closure colostomy operation, individual way and method of operation. Basic principles of performing closure colostomy operations as well as criteria of data monitoring with respect to natural passage rehabilitation are considered. One can see comparison of after effects depending on the method of operational access. The data and results of operation on 161 patients with colostomy are given. Good and satisfactory results were obtained in treating this category of patients, with minimum complications in treating patients with severe colostomy.

Key words: colostomy, rehabilitation, stage, access, complication

Реконструктивно-восстановительные вмешательства на толстой кишке по закрытию колостом дают наиболее наглядный реабилитационный эффект и зачастую являются заключительным медико-социальным этапом в реабилитации пациентов в семье и обществе [1, 3]. При этом окончательные результаты хирургического лечения колостом зависят в основном от выбора хирургической тактики при выполнении оперативного пособия [2, 4-6]. Алгоритмом действий при выполнении операций по закрытию колостом считаем последовательное выполнение диагностических и лечебных мероприятий как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах лечения.

Догоспитальный этап лечения начинается с момента выписки из стационара, где была произведена обструктивная операция с формированием колостомы. Данный этап включает – инструктирование приемам ухода за стомой и защите парастомальных тканей от содержимого с целью профилактики осложнений, правильному ношению калоприемника. При этом, считаем обязательным компонентом психологическую подготовку пациента, так как наличие колостомы, в основном, психологически угнетает больных. Существенное значение для успешного выполнения восста-

новительного этапа операции имеет подготовка отключенного отдела кишки, т. к. вследствие нефункционирования он атрофируется, что способствует развитию недостаточности анального сфинктера, дистрофии всех стенок культи. Для устранения процессов дистрофии всем пациентам назначаем лечебные микроклизмы с отваром лечебных трав, трансанальным ведением пенного аэрозоля «Олазоль», «Гипозоль», «Пантенол», что, помимо местного лечебного воздействия на слизистую культи толстой кишки, осуществляет её пневмомассаж, а также назначаем тренинг анального сфинктера путем волевого сокращения последнего, удержания введенных с лечебной целью жидкостей в отключенный из пассажа отдел толстой кишки.

Госпитальный этап включает: пальцевое исследование прямой кишки, аноскопию и ректороманоскопию, колоноскопию и ирригоскопию через стому, проктографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства на предмет выявления сопутствующей патологии и наличия отдаленных метастазов или рецидива рака, гистологическое и цитологическое исследования слизистой дистальных отделов толстой кишки. Целью этого

этапа является определение границ резекции толстой кишки, оценка функционального состояния оставшихся отделов толстой кишки, изучение их четкого топического расположения, целесообразность и возможность их дислокации в другие отделы брюшной полости, подготовку к наложению анастомоза, выбор оптимального способа его формирования и протекции, оценка состояния созданных анатомо-функциональных, в том числе резервуарных конструкций ампулы прямой кишки, прогнозирование, профилактику, лечение возможных послеоперационных осложнений, изучение и оценку функциональных результатов лечения. В предоперационном периоде проводится активная инфузионная, корригирующая терапия с использованием препаратов для возмещения энергетических затрат, солевых растворов, а при необходимости проводится переливание компонентов крови. Предоперационная подготовка согласовывается с анестезиологом и проводится с учетом лабораторных данных. При необходимости осуществляются консультации смежных специалистов (терапевта, кардиолога, нефролога, пульмонолога, эндокринолога) и с учетом их рекомендаций корригируется сопутствующая патология.

Материалы и методы

Реконструктивно-восстановительные операции произведены 161 больному, в том числе 95 (59%) мужчинам и 66 (41%) женщинам. Возраст больных варьировал в широких пределах – от 18 до 81 года, средний возраст пациентов составил 49,8 лет, в трудоспособном возрасте было 86 (53,4%) пациентов. Основным заболеванием, послужившим формированию колостомы у 82 (50,9%) пациентов был колоректальный рак; у 34 (21,1%) – осложненное течение дивертикулярной болезни; травмы различных отделов толстой кишки – у 31 (19,2%) больного; неспецифические заболевания толстой кишки с тяжелым или осложненным течением – у 4 (2,4%); прочие причины – у 10 (6,4%). В экстренном порядке, с формированием колостомы, оперирован 141 (87,5%) пациент. В плановом порядке колостомы сформированы у 20 (12,5%). В ходе первичных операций было сформировано одноствольных стом – 82 (51%); двухствольных петлевых и отдельных стом через единый разрез передней брюшной стенки – 75 (46,5%); двух стом в различных анатомических областях передней брюшной стенки – у 4 (2,5%) пациентов. Средняя лапаротомия использовалась в 45 (27,9%)

наблюдениях, причем при закрытии одноствольных концевых – у 30 (66,6%) пациентов, у 4 (8,8%) больных с колостомами в различных анатомических областях передней брюшной стенки, у 11 (24,6%) – при двухствольных колостомах.

Местным доступом оперировано 116 (72,1%) больных: из них по поводу 2-х ствольных колостом в одной анатомической зоне передней брюшной стенки – 64 (55,1%), одноствольной концевой колостоме – 52 (44,9%). Из данной категории пациентов 8 (6,8%) произведено закрытие колостом в лапароскопически ассистируемом варианте с использованием «руки помощи»: 5 (62,5%) – при одноствольной стоме, 3 (37,5%) – при двухствольной колостоме.

Формирование межкишечных анастомозов производилось 2-х рядным ручным способом конец-в-конец у 94 (58,4%) пациентов и с использованием циркулярных сшивающих степплеров ЕЕА, SEEА и СПТУ – у 67 (41,6%). Предпочтение при формировании колоректальных анастомозов отдаем механическому шву в связи с большей механической прочностью скобочного шва. Оценка результатов операций по восстановлению естественного пассажа оценивали на основании следующих критериев: 1) наличия позыва и управления актом дефекации, частота которого составляет не более 2-3 раз в сутки; 2) удовлетворительной функции сфинктерного аппарата; 3) наличия или отсутствия клинически значимых явлений колостазы, осложнений в области анастомоза, низведенного сегмента толстой кишки.

При выборе способа соединения проксимального и дистального отрезков кишки особое внимание уделяем особенностям кровоснабжения кишечного трансплантата, сшиваемых участков кишки; диаметру соединяемых частей кишки; технической сложности формирования анастомоза; функциональным особенностям создаваемого анастомоза.

В работе активно использовали сшивающие аппараты фирм «Auto Suture» и «Ethicon» из-за высокой прочности механического шва, а также возможности формирования анастомоза при разных диаметрах сшиваемых участков кишки. Наличие сшивающих циркулярных степплеров считаем необходимым при выполнении операции в мининвазивном варианте. При выполнении реконструктивно-восстановительных операций после обструктивных резекций по типу (или операции) Гартмана анастомоз формируем по типу конец проксимального участка кишки в бок куль-

ти прямой кишки через сформированную «площадку» культи прямой кишки, по передней или задней стенке. Достоинством данной методики является устранение разницы в диаметрах сшиваемых отрезков. Закрытие стомы методикой низведения проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал с избытком или с формированием первичного колоанального анастомоза не использовали ввиду развития, зачастую, неудовлетворительных функциональных результатов.

Профилактику несостоятельности анастомоза осуществляли за счет эффективной декомпрессии ободочной кишки путем промывания растворами антисептиков через трансанальный зонд с частотой до 2-3 раз в сутки.

Помимо общеизвестных принципов профилактики послеоперационных осложнений, был разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполнение которого способствует снижению частоты возникновения послеоперационных осложнений. Применение разработанного алгоритма в лечении данной категории пациентов как лапаротомным доступом, так и с применением лапароскопических технологий позволяет строго индивидуально подходить к лечению больного с колостомой, тем самым добиться удовлетворительных функциональных результатов хирургической реабилитации, уменьшить количество послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение

Накопленный опыт позволил нам разработать следующие принципы операций по закрытию стомы на толстой кишке: 1) обструктивная резекция толстой кишки по поводу её осложненных заболеваний и травм должна быть нацелена как на ликвидацию основной причины, так и, по мере возможности, на создание оптимальных анатомических условий в брюшной полости для выполнения реконструктивного этапа лечения с целью минимизации его травматического воздействия; 2) к методу анестезии, операционному доступу, способу восстановительного этапа необходимо подходить строго индивидуально, при этом учитывать причину колостомии, особенности первой операции, течение послеоперационного периода, анатомо-топографическое расположение проксимального и дистального отрезков кишки, наличие сопутствующей патологии.

При данном ведении больных в послеоперационном периоде, осложнения возникли у 27 (16,7%) пациентов. Диагностировано 29 (18%) ос-

ложнений, причем сочетание нескольких осложнений отмечено у 2 (1,2%). Интраабдоминальных осложнений было 15 (9,3%), экстраабдоминальных – 8 (4,9%), со стороны послеоперационной раны – 6 (3,7%). Послеоперационную летальность наблюдали у 5 (3,1%) пациентов. Наиболее грозное осложнение – несостоятельность анастомоза – отмечено у 7 (4,3%) больных. Среди категории пациентов с несостоятельностью швов анастомоза умерло 3 (42,8%), причем всем этим пациентам выполнялись релапаротомии с целью устранения перитонита.

На патологоанатомическом вскрытии имел место продолжающийся перитонит у 1 больного, явления полиорганной недостаточности с двухсторонней прогрессирующей пневмонией у 2 пациентов. У 4 (57,2%) пациентов с диагностированной несостоятельностью анастомоза кишечное содержимое выделялось через дренаж или постдренажную рану и при проведении полного комплекса консервативных мероприятий на 5-8 сутки истечение кишечного отделяемого и выделение газов прекратилось. Один больной (76 лет) умер на 2-е сутки послеоперационного периода от острой сердечно-сосудистой недостаточности после закрытия 2-х ствольной раздельной стомы через парастомальный доступ.

Проведен анализ осложнений в зависимости от операционного доступа. При анализе количества послеоперационных осложнений выявлено, что после закрытия колостомы через срединный доступ количество осложнений составило 12 (26,6%), причем у 5 (11,1%) пациентов потребовалось выполнение повторных оперативных вмешательств с целью их устранения. После выполнения операций через местный доступ и с применением лапароскопических технологий диагностировано 17 (14,6%) осложнений, проведение повторных операций потребовалось у 3 (2,6%) больных.

Осложнений среди пациентов, в оперированных в лапароскопически ассистированном варианте, не было.

Вывод

При соблюдении всех моментов разработанного алгоритма и тактики ведения больных до и после выполнения реконструктивно-восстановительных операций по закрытию колостомы удалось добиться снижения количества всех послеоперационных осложнений до 18%, осложнений со стороны межкишечных анастомозов в виде несостоятельности – до 4,3%, с необходимостью

выполнения релапаротомий – до 1,8%; снизить послеоперационную летальность до 3,1%; увели-

чить показатель хороших и удовлетворительных отдаленных результатов до 89,3%.

Список литературы

1. Абуладзе Т.В., Шапатов К.В., Иванишвили Т.К. Принцип реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке после операции Гартмана. Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всерос. конф. Ростов н/Д 2001; 94-95.
2. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. Пластические реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии. Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всерос. конф. Ростов н/Д 2001; С. 5.
3. Афендулов С.А., Цхай Б.В. Реабилитация колостомированных больных // Актуальные проблемы современной хирургии: Тр. Междунар. хир. конгр. М. 2003. 113.
4. Оноприев В.И., Павленко С.Г., Ярзунин С.А. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с кишечными свищами. Актуальные проблемы колопроктологии: Тез. докл. 5-й Всерос. конф. Ростов н/Д 2001; С. 51-52.
5. Cuilleret J.G., Sepalia P.H. Retablissement de la continuite après operation de Hartmann. Lyon Chir. 1985; 81: 6: 395-398.
6. Goley T.F., O'Connell P.R., Waldron T. et al. Laparoscopically assisted reversal of Hartmann's procedure. Brit. J. Surg. 1993; 80: 109.

Поступила 05.06.2010 г.

Информация об авторах

1. Афендулов Сергей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии и анестезиологии Тамбовского государственного университета им. Р.Г.Державина, заслуженный врач Российской Федерации, e-mail: witus@pochta.ru
2. Введенский Виталий Сергеевич – ординатор отделения колопроктологии Центральной городской клинической больницы города Липецка, e-mail: dr_wws@mail.ru
3. Мишин Алексей Сергеевич – врач-ординатор хирургического отделения 2 Городской клинической больницы им. Архиепископа Луки города Тамбова, e-mail: mishinlexan@rambler.ru