doi: 10.17116/hirurgia2015454-57

Специализированная помощь больным после экстренной обструктивной резекции толстой кишки

К.м.н. И.А. МАТВЕЕВ

Областная клиническая больница №1, Тюмень

Specialized care in patients after urgent obstructive colon resection

I.A. MATVEEV

Regional Clinical Hospital №1, Tyumen

Проведен анализ организации и работы специализированной службы по оказанию помощи больным после экстренной обструктивной резекции толстой кишки в Тюменском регионе в период с 2007 по 2013 г. Организация помощи имеет функциональный характер — специализация определенного числа врачей по проведению восстановительных операций, создание потока больных со всей территории субъекта федерации, использование материально-технической и лечебно-диагностической базы многопрофильной клиники с современным уровнем оснащения. Создание такой службы обусловлено сложностью восстановления непрерывности толстой кишки, дефицитом колопроктологических коек в регионе, необходимостью их рационального использования, а также невысоким уровнем заболеваемости. Разработанная форма помощи колостомированным больным доказала свою устойчивость, необходимость и эффективность длительностью существования и достигнутыми результатами, обеспечила потребность населения в этом виде медицинской услуги.

Ключевые слова: концевая колостома, восстановительные операции, специализированная помощь.

It was analyzed the work of the specialized service to assist patients after obstructive colon resection in Tyumen region for the period 2007—2013. Aid organization has functional character including definite number of physician's specialization in reconstructive surgery, attraction of patients from the entire subject of the federation, use of material, technical, medical and diagnostic basis of multifield hospital with current equipment. Such service is created due to the difficult restoring continuity of the colon, deficit of coloproctological beds in the region, need for their efficient use, as well as low morbidity. Developed form of aid proved its stability, need and efficiency by duration of existence and achieved results. It provided population's need for this type of healthcare.

Keywords: end colostomy, recovery operations, specialized care.

Введение

Восстановительные операции у больных с концевой колостомой относятся к наиболее сложным, сопровождающимся высоким показателем осложнений и летальности [2, 8, 9, 10]. Одним из направлений в улучшении результатов хирургической реабилитации этих пациентов является организационное оказание специализированной помощи [2, 3]. Если на амбулаторно-поликлиническом этапе помощь колостомированным пациентам оказывает длительно существующая стоматерапевтическая служба, то на стационарном уровне специализированная помощь и формы ее организации, прежде всего в масштабе субъекта федерации, не нашли своего решения. Этот тезис подтверждает статистика восстановительных операций из различных клиник, в которых количество реконструктивных вмешательств часто не превышает 5—10 в год [4, 8, 9].

В современных условиях одной из форм организации специализированной службы является функциональная, получены положительные результаты ее применения при оказании помощи больным с такими распространенными заболеваниями, как геморрой и анальная трещина [7]. Применение в регионе определенной модели организации помощи колостомированным больным имеет свои особенности, которые требуют всестороннего изучения и анализа.

Существуют проблемы в работе поликлинического звена, заключающиеся в том, что стомакабинеты «остаются работать на бумаге» [6]. За терапевтической направленностью деятельности стомакабинета оказывается «в тени» подготовка больного к восстановительной операции — это одна из причин низкого уровня хирургической реабилитации больных.

© И.А. Матвеев, 2015

**Матвеев И.А.* — канд. мед. наук, доц. кафедры факультетской хирургии с курсом урологии ТюмГМА Минздрава России; 625023 Тюмень, ул. Одесская, д.54; e-mail: matveevia@mail.ru

В связи с этим проведен анализ организации и работы специализированной службы по оказанию помощи стомированным пациентам после экстренных обструктивных резекций в Областной клинической больнице №1 (ОКБ №1).

Форма и методы организации службы. С целью улучшения качества оказания медико-социальной помощи пациентам с различными видами стомы на базе консультативной поликлиники областной больницы в декабре 2006 г. на основании приказа главного внештатного хирурга Департамента здравоохранения Тюменской области создан стомакабинет. На федеральном уровне отсутствует единая стомийная служба, что приводит к формированию ее в регионах с учетом местных особенностей материальной базы здравоохранения, приоритетных направлений его развития, уровня заболеваемости населения. Стомакабинет создан на базе и в структуре колопроктологического кабинета консультативной поликлиники ОКБ №1. Подобная организация стоматерапевтической службы существует и на других территориях РФ [5]. Врач-стоматерапевт одновременно является лечащим врачом колостомированных больных в стационаре.

Обследование, лечение, подготовка больного к восстановлению непрерывности кишки осуществляются на принципах преемственности в работе общего хирурга, оказывающего помощь больному по месту его жительства, и стоматерапевта ОКБ №1. Регламентация действий врача-хирурга лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) после выписки больного из стационара заключается в амбулаторном обследовании, проведении лечебных мероприятий и своевременном направлении его на прием в специализированный кабинет. Сроки направления определяются состоянием больного и местом его жительства. Больных, проживающих в отдаленной местности, консультируют в специализированном центре через 1—2 мес, жителей областного центра — в течение первых 2 нед после выписки из стационара. Это связано с особенностями территории региона. Большинство центральных районных больниц (ЦРБ) находится в 200—400 км от областного центра, поэтому поездка пациента в ранние сроки после операции нецелесообразна из-за его состояния. К путевке-направлению в консультативную поликлинику прилагаются выписной эпикриз, копия протокола операции и данные общеклинического обследования.

В наших условиях в отделении гнойной хирургии койки, предназначенные для колопроктологических больных (в соответствии с тем же приказом), используют для оказания помощи колостомированным больным из ЛПУ области. С целью освобождения коек для реабилитации больных часть пациентов с общепроктологическими заболеваниями направляют в другую клинику, имеющую штат опытных колопроктологов, но меньшую медико-техническую оснащенность.

Прежде всего был определен круг врачей, которые могут выполнять операции по восстановлению непрерывности толстой кишки. Это 3 хирурга: двое со стажем хирургической работы свыше 30 лет и врач-колопроктолог с 10-летним стажем работы, который являлся лечащим врачом стомированных пациентов и одновременно стоматерапевтом, обеспечивая преемственность работы поликлиники и стационара. Эти специалисты оказывают хирургическую помощь колостомированным больным по настоящее время. С внедрением лапароскопических методов восстановления непрерывности в группу включен ведущий эндоскопический хирург больницы. Специализация хирургов по проведению восстановительных операций позволила не только обеспечить приемлемый уровень послеоперационных осложнений и летальности, но и провести научный поиск выбора оптимальных методов оперативного лечения этой категории больных.

В лечебно-диагностическом процессе используются материально-техническая база больницы, потенциал реанимационно-анестезиологической службы — отделения реанимации и палаты интенсивной терапии. Обеспеченность койками позволяет оказывать реанимационную помощь и проводить интенсивную терапию в объеме полного восстановления жизненных функций, а также реабилитацию в стационаре. Врачи из 12 специализированных терапевтических служб оказывают своевременную и квалифицированную помощь больным при наличии у них сопутствующих заболеваний и отклонений в течении

Таблица 1. **Динамика количества восстановительных операций после обструктивных резекций ободочной и прямой кишки в 1999—2013 гг.**

Годы	Всего больных		Число пожилых пациентов	
	абс.	%	абс.	%
1999—2001	15	7,93	1	6,66
2002—2004	24	12,69	6	25
2005—2007	35	18,51	11	31,42
2008—2010	51	26,98	36	70,58
2011—2013	64	33,86	23	35,93
Итого	189	100	77	40,74

послеоперационного периода. Оснащение операционного блока современными сшивающими аппаратами, инструментарием и аппаратурой обеспечивает проведение вмешательств на современном уровне.

Создание специализированной службы позволило значительно увеличить количество реабилитированных больных. Динамика количества восстановительных операций по годам представлена в **табл. 1**.

Как видно из **табл. 1**, количество восстановительных операций из года в год увеличивается. Наибольший прирост их произошел за счет пожилых пациентов. Количество восстановительных операций, выполненных лицам пожилого и старческого возраста в 1999—2001 гг., составило 6,66%, в 2008—2010 гг. — 70,58%, в среднем за анализируемый период — 40,74%. Это определяет особенности работы колопроктолога: совместная работа с врачами-терапевтами различных специальностей для оценки состояния больного и подготовки его к проведению восстановительной операции. Стоматерапевт на заключительном этапе обследования определяет готовность больного к проведению восстановительной операции. С учетом того, что среди колостомированных пациентов велика доля лиц пожилого и старческого возраста, создание стомакабинета в структуре многопрофильной больницы является одним из важных организационных решений.

В **табл. 2** приведены сравнительные данные о восстановительных операциях до и после образования стомакабинета за равный промежуток времени после резекции кишки в различных ЛПУ области.

Большинство больных до открытия стомакабинета были из центральных районных больниц и ОКБ №1 — соответственно 25 и 16. С его созданием количество пациентов из центральных районных больниц возросло на 52%. Это связано с расширением показаний к восстановительным операциям у больных с сопутствующими заболеваниями, направлением пациентов из межрайонных больниц, а не с увеличением количества стомирующих операций в районных больницах. Увеличение реабилитированных больных из ОКБ №1 на 25% также произошло за счет лиц пожилого возраста. Из многопрофильных больниц областного центра до образования стомакабинета оперированы 11 пациентов. При создании специализированной службы из ЛПУ областного центра оперированы 67 человек. Увеличение количества стомированных больных в 6 раз в первую очередь обусловлено изменением организации оказания помощи.

На основании обращаемости больных изучены заболеваемость и уровень реабилитации. С 2007 по 2012 г. в стомакабинет обратились 162 пациента с колостомой после обструктивной резекции кишки, реабилитированы 106 (65,43%) из них. Частота закрытия стом, по данным литературы [8—10], составляет в среднем 50—66%. Она во многом определяется первичным заболеванием, так, по нашим данным, количество реабилитированных среди оперированных по поводу рака толстой кишки составило 48,21%, среди пациентов с травмами — 100%. Из обратившихся для проведения восстановления непрерывности кишки 74,25% больных имели доброкачественное заболевание. Причинами отказа в проведении операции была декомпенсация сопутствующего заболевания, кроме того, прогрессирование основного заболевания у больных раком толстой кишки. Одиночные метастатические поражения органов брюшной полости не являлись противопоказанием к проведению вмешательства. В 9 наблюдениях при онкологических заболеваниях выполнены сочетанные восстановительные операции с радикальным устранением рецидивной опухоли брюшной полости, в том числе в 2 — при наличии одиночных метастазов в печень. Больных с обострением или декомпенсацией соматического заболевания направляли для лечения к профильным специалистам с последующим решением вопроса о возможности и сроке проведения операции. Не было отказов в хирургической реабилитации из-за технических сложностей проведения вмешательства, пациентов госпитализировали по мере подготовки их к оперативному лечению.

В связи со специализацией клиники по проведению восстановительных операций у больных с концевой колостомой число таких вмешательств в общехирургических стационарах Тюменской области уменьшилось; так, в 2013 г., по данным отчета главного внештатного специалиста Департамента здравоохранения, выполнены 4 операции по восстановлению непрерывности толстой кишки с одним летальным исходом.

Таблица 2. **Сравнительные данные о реабилитированных больных до и после образования стомакабинета**

Лечебно-профилактические учреждения, где сформирована стома	До образования стомакабинета 2000—2006 гг. (7 лет)	За время работы стомакабинета 2007—2013 гг. (7 лет)
Больницы районных центров	25	38
Многопрофильные больницы областного центра	11	67
ОКБ №1	16	20
Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город»	—	4
Лечебно-профилактические учреждения других областей	1	1
Всего	53	130

Разработана тактика снижения травматичности восстановительной операции путем выбора оптимального операционного доступа. До 2002 г. вмешательства выполнялись из срединной лапаротомии. В последующем внедрены операции из парастомальной лапаротомии и с лапароскопически-ассистированной мобилизацией объектов анастомозирования, которые менее инвазивны по сравнению со срединной лапаротомией [1]. Из срединного доступа выполнено 92 вмешательства, из парастомального — 77, лапароскопически-ассистированным методом — 20 вмешательств. При сложившейся тактике выбора операционного доступа в 2011—2013 гг. из 64 вмешательств в 23 непрерывность кишки восстановлена из срединной лапаротомии, в 20 — лапароскопически-ассистированным способом и в 21 — с использованием парастомального доступа. Внедрение менее инвазивных способов реабилитации позволило получить удовлетворительные результаты лечения. После операции от острой сердечной недостаточности умерла 1 (0,52%) больная, оперированная из срединной лапаротомии.

Следовательно, особенностью специализированной помощи стомированным больным в регионе является ее функциональный характер как на амбулаторном, так и на стационарном уровне. Были использованы ресурсы организационного плана: специализация хирургов, формирование потока больных, преемственность работы стационара и стомакабинета, задействована лечебно-диагностическая и материально-техническая база ОКБ №1. Несмотря на функциональный характер специализированной помощи, она доказала свою устойчивость, необходимость и эффективность длительностью существования и достигнутыми результатами, обеспечив потребности населения в этом виде оказания медицинской услуги на современном научно-практическом уровне. Создание функциональной модели специализированной помощи больным с концевой колостомой обусловлено прежде всего сложностью выполнения вмешательства, невысоким уровнем заболеваемости, дефицитом колопроктологических коек в больнице и регионе, необходимостью их рационального использования.

Таким образом, одной из форм специализированной помощи больным, перенесшим обструктивную резекцию толстой кишки, как на поликлиническом, так и стационарном уровне, может быть функциональный характер ее организации: специализация определенного числа врачей в этой области хирургии, формирование потока пациентов со всей территории региона в одном ЛПУ и использование современной лечебно-диагностической и материально-технической базы существующего медицинского учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афендулов С.А., Введенский В.С.* Пути улучшения результатов выполнения операций по закрытию колостом. Тезисы конференции «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». Вестн хир гастроэнтерол 2011; 3: 58.
2. *Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И.* Реконструктивно-восстановительные операции у больных с кишечными стомами. Медицинская реабилитация в колопроктологии: сборник материалов научно-практической конференции. Ставрополь: Изд-во СтГМА 2012; 12—15.
3. *Даценко Б.М., Даценко А.Б., Хмызов Р.А.* Основные задачи и пути медико-социальной реабилитации стомированных больных. Материалы 2-го съезда колопроктологов стран СНГ, 3-го съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса 2011; 253—254.
4. *Крот В.С., Шебушев Н.Г., Крот С.Я.* Восстановительные операции у стомированных больных. Материалы 2-го съезда колопроктологов стран СНГ, 3-го съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. Одесса 2011; 270—271.
5. *Пак В.Е., Тунгусова Н.В., Быстров М.Г, Чашкова Е.Ю., Нестеров И.В., Шеинская И.М.* Организация службы реабилитации стомированных больных в структуре многофункционального колопроктологического кабинета областной консультативно-диагностической поликлиники. Материалы 2-го съезда колопроктологов России с международным участием. Актуальные вопросы колопроктологии. Уфа 2007; 503—505.
6. *Попов А.В., Захарченко А.А., Винник Ю.С., Гульман М.И., Штоппель А.Э., Кузнецов М.Н., Лалетин И.А.* Организационные аспекты реабилитации стомированных пациентов в Красноярском крае. Медицинская реабилитация в колопроктологии: сборник материалов научно-практической конференции. Ставрополь: Изд-во СтГМА 2012; 160—162.
7. *Шелыгин Ю.А., Зайцев В.Г., Бойков А.В., Равич Л.Д., Веселов А.В., Артамонова П.Ю., Кучеренко О.В.* Организационно-функциональная модель стационарной колопроктологической помощи. Колопроктология 2012; 1: 39: 3—7.
8. *Audin H.N., Remzi F.N., Tekkis P.P., Fazio V.W.* Hartmanns Reversal Is Associated With High Postoperative Adverse Events. Dis Col Rectum 2005; 48: 11: 2117—2126.
9. *Banerjee S., Leather A.J., Rennie J.A., Samano N., Gonzalez J.G., Papagrigoriadis S.* Feasibility and morbidity of reversal of Hartmann's. Colorectal Disease 2005; 7: 5: 454—459.
10. *Coñoman S. Héctor, Nieto C. Isella, Reyes C. Daniela, Rojas B. Juan, Kauer O. Gustavo, Venegas V. Jorge*. Operación de Hartmann y reconstitución del tránsito después de la operación de Hartmann. Rev Chil Cir 2002; 54: 3: 269—276.