

А.А. Захарченко, А.Э. Штоппель, Ю.В. Бугаева

НЕОБХОДИМОСТЬ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ СТОМИЙНОЙ СЛУЖБЫ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ: ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ*НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Красноярск ОАО «РЖД»» (Красноярск)*

Ежегодно в связи с ростом заболеваемости колоректальным раком, язвенным колитом, болезнью Крона, дивертикулярной болезнью, травматизма прогрессивно увеличивается число больных с энтеро- и колостомами.

Несмотря на значительные успехи достигнутые за последние 30 лет в медико-социальной реабилитации стомированных пациентов (в т.ч. и хирургической) актуальность этой проблемы не снижается (Воробей А.В., 2003).

К настоящему времени как в большинстве регионов России, так и в Красноярском крае до конца не разработаны организационные основы государственной системы реабилитации стомированных больных, отсутствует четкая система диспансеризации, регистр этих пациентов, не создана методология оценки качества их жизни, страдает система бесплатного снабжения инвалидов современными средствами ухода за стомами.

Вместе с тем, недостаточно изучена проблема улучшения качества жизни инвалидов со стомами и роль в этом хирургической реабилитации. О значимости проблемы реконструктивно-восстановительных вмешательств у стомированных больных (в т.ч. и первичных одномоментных) свидетельствует особое внимание, уделяемое этим вопросам на всех научных форумах по колоректальной хирургии. Важное место в программе 1-го Всероссийского съезда колопроктологов (Самара, 2003) заняли вопросы реабилитации стомированных больных, в частности, создание в регионах стомийной службы и организации ассоциаций стомированных пациентов. При этом особое внимание было обращено на необходимость дальнейшего совершенствования хирургической реабилитации, пластических и реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

Установлено (Еропкин П.В., 1990), что наиболее часто после абдоминального стомирования возникает депрессия, которая зависит от самого факта наличия стомы на брюшной стенке и ее вида. У четверти этих больных она может длиться на протяжении года и более после операции. Инвалидность стомированных пациентов определяется не только анатомо-функциональными нарушениями, но и различными проявлениями психогенной депрессии (Wade B., 1990; Tung C., 1995).

Появившееся вслед за терапевтическими дисциплинами в хирургии и онкологии понятие качество жизни (КЖ) включает в себя физические, психологические, социальные и экономические

аспекты личности и подразумевает ее способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни (Блинов Н.Н., 1996).

В связи с этим, реабилитация стомированного пациента должна заключаться в восстановлении и компенсации его функциональных возможностей, которые были нарушены вследствие врожденного дефекта, перенесенных заболеваний, операций или травм медицинскими (в т.ч. и хирургическими) методами. Эффективная медицинская реабилитация пациента обеспечивает успех социальной. Последняя предусматривает реинтеграцию больного в общество и семью, его рациональное трудоустройство, общественную полезность. Эти положения особенно актуальны для инвалидов со стомами, которые являются одной из самых дезадаптированных групп инвалидов.

Наиболее полная реабилитация стомированного пациента возможна только при отказе от абдоминальной стомы. Этот факт вызывает необходимость поиска и разработки новых принципов и возможностей реконструктивно-восстановительных вмешательств после операционной утраты прямой кишки и ее запирающего аппарата — создания колопластических тазовых резервуаров (неоректум), запирающего аппарата (гладкомышечного или имплантации искусственного жома), частичного сохранения запирающего аппарата (наружного жома) и формирования промежностной колостомы (неоануса на привычном месте для больного).

Вместе с тем, до настоящего времени полностью не определена возможность первичной одномоментной хирургической реабилитации больных с операционной утратой прямой кишки с запирающим аппаратом, не изучена возможность и технические аспекты формирования тазовых колопластических резервуаров без наложения преентивной проксимальной абдоминальной стомы, особенно в условиях субкомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости. Требуется дальнейшего изучения и отработка в клинике дооперационной ангиографической оценки надежности кровоснабжения колотрансплантатов низводимых в таз.

Нельзя считать решенной проблему подготовки толстой кишки к формированию тазовых резервуаров. Полностью не решены технические аспекты их формирования, требует дальнейшей разработки комплекс профилактических мероп-

приятий по снижению риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и схема послеоперационного ведения больных.

Необходима систематизация функциональных нарушений опорожнения толстой кишки и изучение качества жизни у больных с промежностными колостомами, разработка медицинских мероприятий, направленных на улучшение качества их жизни.

Получение ответов на поставленные вопросы и наш опыт (исследования и организационная работа продолжаются) позволит внести определенный вклад в развитие службы реабилитации ин-

валидов с абдоминальными стомами (в т.ч. и хирургической) на региональном уровне, способствовать созданию комплексной государственной программы медико-социальной реабилитации стомированных больных.

Не вызывает сомнения, что концентрация стомированных пациентов региона на базе одного ЛПУ положительно скажется на реабилитационном процессе, позволит создать стомийную службу в Красноярском крае, значительно улучшить результаты хирургической реабилитации инвалидов с абдоминальными стомами.