

УДК 616.352-06-085.847.8-085.849-084

АНАТОМО-МОРФОЛОГІЧНЕ ТА ФІЗІОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОСТІЙНИХ КОЛОСТОМ

В.П. Сулима

Дніпропетровська державна медична академія

Реферат. В наш час найбільш поширеними при хірургічних втручаннях на ободовій та прямій кишках бувають постійні кінцеві колостоми, як результат черевно-промежинної екстирпації прямої кишки (радикальні операції) та сигмо- і трансверзостомі двостовбурні (паліативні операції). Це призводить до значного погіршення якості життя хворого, не зважаючи на існуючі сучасні засоби по догляду за колостомами. Погіршення якості життя після лікування – головний привід до перегляду існуючих методів хірургічного втручання та післяопераційного ведення хворого з постійною колостою. Потрібне обговорення та обґрунтування можливостей підвищення якості життя хворих при лікуванні без формування постійних колостом.

Ключові слова: підгрунття, анатоמו-морфологічне та фізіологічне, постійна колостома, попередження.

При формуванні різного виду колостом у хворих з неспецифічним виразковим колітом, хворобою Крона, на рак прямої та сигмовидної кишки, з ушкодженнями прямої кишки, ректо-вагінальними норицями та недостатністю анального сфінктеру, хірурги створюють специфічну рану зі шкіряно-кишковими швами, що постійно забруднюється калом, а це сприяє розвитку інфекції та призводить до гнійно-запальних параколомостомічних ускладнень, які затягують час лікування хворих в післяопераційному періоді, а в деяких випадках закінчуються летально. В віддаленому післяопераційному періоді біля колостоми може утворитися параколомостомічна грижа, стриктура стоми або проляпс стомованої кишки. Внаслідок цього, як правило, виникає потреба хірургічного лікування вже віддалених ускладнень [3-5].

М е т а

Стан стомованих хворих, а тим більше, з параколомостомічними ускладненнями, негативно впливає на можливість їх медично-соціальної реабілітації, викликає розвиток морально-психологічних проблем на роботі, серед оточуючих та в родині.

Вищезгадані негаразди мають тимчасовий характер у стомованих хворих, яким заплановані реконструктивні операції по відновленню проходження кишкового вмісту природнім шляхом, і лише на деякий час знижують якість їх життя, що згодом буде значно поліпшена.

Цього ніяк не можна казати про хворих з постійними колостомами, які приречені на ка-

ліцтво довічно, внаслідок того або іншого захворювання та хірургічного втручання, що призводить до значного зниження якості їх життя.

Саме наявність оперативних методик, що закінчуються формуванням постійної колостоми (черевно-промежинна екстирпація прямої кишки – радикальна операція і двохстовбурні цеко-, трансверзо- та сигмостоми – паліативні операції), і утворюють багато медично-реабілітаційних проблем хворим, викликала необхідність теоретичного обґрунтування, розробки та практичного застосування нового напрямку хірургії товстої кишки для запобігання утворенню постійних колостом – безшовного анального анастомозу [1-2].

М а т е р і а л т а м е т о д и

Ободова кишка (colon), що містить в собі висхідну ободову кишку (colon ascendens), її правий вигин (flexura coli dextra), навперечну ободову кишку (colon transversum), її лівий вигин (flexura coli sinistra), низхідну ободову кишку (colon descendens), сигмовидну кишку (colon sigmoideum), разом зі сліпою кишкою (caecum) та прямою кишкою (rectum), входить до складу товстої кишки (intestinum crassum).

При описуванні фіксації ободової кишки до задньої стінки черева треба враховувати співвідношення її відділів з очеревиною: при мезоперітонеальній фіксації вона з трьох боків вкрита очеревиною, і лише її задня стінка на одну чверть кола очеревиною не вкрита; тоді як при інтраперітонеальній фіксації ширина позаочеревинної частини кишки ззаду менше чверті кола.

Розміщення ободової кишки у череві обумовлено її формою та довжиною, а також залежить від розмірів брижі відповідного відділу кишки. Якщо брижа широка та висока, то довжина і рухомість цього відділу кишки більша.

Межею сліпої та висхідної ободової кишок буде сліпокишково-висхідний сфінктер, від якого йде висхідна ободова кишка до верхівки правого вигину, що позначений сфінктером Гірша. Від нього йде навперечна ободова кишка до рівня лівого вигину, що позначений сфінктером Пайра, після якого низхідна ободова кишка поступово переходить у сигмовидну ободову кишку на рівні низхідно-сигмовид-

ного сфінктеру (топографічно це буде відповідати гребінцю здухвинної кістки). Сигмовидну ободову та пряму кишки поділяє сигмовидно-прямокишковий сфінктер.

Розглядаючи ободову кишку треба акцентувати увагу на її кровопостачанні, при якому артеріальні судини мають свою побудову, зокрема, так звані “острови” Гіртля, анатомічні та хірургічні аркади, дугу Ріолані.

Закономірно при цьому, що чим більш рухома кишка, тим довжина артерій та їх звивистість і разголуженість аркад виразніші.

Лімфатичні судини ободової кишки здебільшого відповідають артеріальним судинам у брижі. Лімфатичні судини впадають у лімфатичні вузли, що закладені в mesocolon transversum, mesosigmoideum, частково у брижі тонкої кишки. Звідси лімфа потрапляє до вузлів, що розташовані біля кореня брижі тонкої кишки, від них – до truncus intestinalis та до cysterna chyli.

Результати та обговорення

При діагностичному дослідженні ободової кишки, а особливо при виконанні оперативних втручань, важливо враховувати елементи жмутів, якими вона, а також при допомозі брижі та очеревини, кріпиться до задньої стінки черева.

Доведено, що жмути ободової кишки разом з очеревиною мають захисний характер при запальних процесах в черевній порожнині, кишці або інших внутрішніх органах. Їх кількість тим більше, чим активніше рухомість тих чи інших відділів кишки. Серед основних жмутів ободової кишки необхідно виділити наступні: латеральний сліпокишковий жмут, висхідний ободово-латеральний жмут, жовчнотіхурово-ободовий жмут, печінково-ободовий жмут та низхідний ободово-латеральний жмут.

М'язовий апарат ободової кишки містить зовнішній поздовжній та внутрішній циркулярний прошарки. В сегментах кишки поздовжній прошарок складений з трьох пучків, що мають назву теній. При цьому, з циркулярного прошарку складена більшість м'язової стінки кишки, в якій є невеликі випинання, що роблять кишку чувалоподібною та утворюють гаустри.

Навперечний розмір брижової та сальникової поздовжніх смужок має тенденцію до скорочення по напрямку від сліпої кишки до сигмовидної, а зіставлення ширини усіх трьох смужок та проміжків між ними свідчить, що в відсотковому відношенні у всіх відділах кишки смужки займають меншу частку її периметру – 28-47%.

Треба відзначити, що в циркулярному прошарку ободової кишки виникають так звані “повільні” хвилі міоелектричної активності, тоді як в інших ділянках шлунково-кишкового тракту ці “повільні” хвилі виникають в поздовжньому прошарку. Це характерно для іннервації ободової кишки, що побудована на інтероцептивних та екстероцептивних нервах.

Ріст та диференціювання компонентів нервової системи ободової кишки закінчується до періоду полового зізрівання, а в людей похилого віку в нервовій системі ободової кишки відбуваються деякі структурно-хімічні зміни, що можуть призвести до функціональних порушень в органі - порушення всмоктування та рухової активності.

Знання виникаючих у похилому віці змін у стінці ободової кишки важливе, тому що більшість хворих, які підлягають формуванню постійних колостом, знаходяться саме в такому віці.

На сьогодні відомі три типи рухової активності ободової кишки: по-перше, ретроградний рух – скорочення, що починаються в навперечній ободовій кишці та переміщуються у напрямку до сліпої кишки, при цьому, рух вмісту ободової кишки вперед уповільнюється і на нього довше діятиме слизова оболонка кишки для повної абсорбції солі та води; по-друге, ритмічна сегментація – наявність ретроградних та антеградних рухів у окремому відділу кишки, а кишковий вміст проходить вперед завдяки пропульсивному скороченню, при цьому, в правій частині ободової кишки рух вмісту повільніший, ніж у навперечній та низхідній частинах; по-третє, переміщення вмісту – рух калового стовпа по довгому сегменту ободової кишки, що проходить декілька разів на день впродовж декількох секунд.

Рухи мають відносно постійний, а разом з тим щаблистий характер, що належить кожному з відділів ободової кишки окремо. Найбільш низькі вони у сліпій кишці, яка має особисту періодичку моторної діяльності: після короткого (5-7 хвилин) періоду рухової активності настає період відносного спокою (60-90 хвилин), а потім знову виникає скорочувальна хвиля. Схожий характер мають рухи і в інших відділах ободової кишки.

Кал утворюється завдяки фізіологічній особливості ободової кишки – функції абсорбції води та солі із рідкого кишкового вмісту, що потрапив до неї із тонкої кишки. Важливо, щоб здатність до усмоктування води та натрію була характерна для кожної частини слизової оболонки ободової кишки, що призведе до перетворення рідкого кишкового вмісту у щільний

кал. В відділках кишкової трубки з високою частотою скорочень проходить більш активна механічна обробка їжі та більш швидкий її рух до нижніх відділків, тоді як в відділках з меншою руховою активністю проходить значне всмоктування, що потребує часу.

В и с н о в к и

Головним висновком може бути те, що відділи кишки, які використовуються для формування різного виду колостом ні анатомо-морфологічно, ні функціонально не призначені для контрольованої затримки калового вмісту у порожнині кишки, а тому утворення постійних штучних анусів на відділах ободової кишки протиприродно.

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ КОЛОСТОМ

В.Ф. Сулима

Реферат. В наше время наиболее частыми при хирургических вмешательствах на ободочной и прямой кишках бывают постоянные концевые колостомы, как результат брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки (радикальная операция) и сигмо-трансверзостомы (паллиативные операции). Это приводит к значительному ухудшению качества жизни больного, не взирая на существующие современные способы по уходу за колостомами. Ухудшение качества жизни после лечения – главная причина пересмотра существующих методов хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больного с постоянной колостомой. Необходимо обсуждение и обоснование возможностей повышения качества жизни больных

при лечении без формирования постоянных колостом.

Ключевые слова: обоснование, анатомо-морфологическое и физиологическое, постоянная колостома, предупреждение.

ANATOMO-MORPHOLOGY AND PHYSIOLOGY BASED OF PREVENTION PERMANENT COLOSTOMY

V.P. Sulyma

Abstract. Presently the most frequent at surgical interventions on colon and rectum was permanent trailer colostomy, as result abdominal-perineum excision a recti (radical operation) and sigmo-transversostomy (palliative operations). It leads to significant deterioration of a life of the patient, not looking on existing modern ways on care colostomy. Deterioration of a life after treatment - the main reason of revision of existing methods of surgical intervention and postoperative conducting the patient from a permanent colostomy. Discussion and a substantiation of opportunities of improvement of quality of the life of patients is necessary at treatment without formation of permanent colostomy.

Key words: based, anatomico-morphology and physiology, a permanent colostomy, the prevention.

ЛІТЕРАТУРА

1. Оперативная хирургия. Под общ. ред. проф. И. Литманна. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии. – 1982. – С. 577-578.
2. Савчик А.Б., Аминев А.М., Качоровский Б.В., Лебедев Ю.А. Противоестественный анус. – К.: Здоров'я. – 1984. – 136 с.
3. Adloff M., Ollier J.-Cl. Les stomies digestives de l'adulte. – Paris: Springer-Verlag France, 1993. – 186 p.
4. Engemann R., Thiede A. Intestinal Anastomoses with Bioabsorbable Anastomosis Rings. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1993. – 97 p.
5. Schiessel R., Karner-Hanusch J., Herbst F. et al. Intersphincteric resection for low rectal tumours. – Br J Surg. – 1994. – № 9: – P. 1376-1378.