

*Ладутько И.М.1, Хрыщанович В.Я.2, Пищуленок А.Г.3,
Короленя Е.А.3, Домаренок Е.П.1,3*

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОСТОМ

*¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
³УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность: несмотря на достижения современной хирургии неотложные оперативные вмешательства при ряде заболеваний толстой кишки и их осложнениях нередко заканчиваются формированием колостом. В большинстве случаев указанные операции выполняются по жизненным показаниям, когда невозможно поступить иначе, а формирование первичного анастомоза сопряжено с высоким риском его несостоятельности. В связи с неуклонным ростом подобных вмешательств, количество стомированных пациентов и, связанных с ними гнойных параколомостомических осложнений, во всем мире увеличивается. В настоящее время разработано более 200 методик формирования колостом, однако ни одна из них не является идеальной из-за большого числа осложнений, возникающих как в раннем послеоперационном периоде, так и в более поздние сроки. По данным разных авторов, их частота колеблется от 6,5 до 90,9%. Развитие гнойных интраабдоминальных и параколомостомических осложнений оказывает существенное негативное влияние на непосредственный исход оперативного вмешательства и значительно ухудшает отдаленные результаты лечения, а также требует выполнения повторных операций, которые часто приводят к летальному исходу.

Цель работы: изучить частоту и причины возникновения гнойных интраабдоминальных и параколомостомических осложнений после хирургического лечения пациентов с осложненной патологией толстой кишки и выведения колостомы, а также оценить результаты их лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 168 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г. Минска и оперированных в период с 2017 по 2019 гг. по поводу осложненной патологии толстой кишки. Основное количество пациентов (92%) было оперировано по поводу осложненного течения (обтурационной толстокишечной непроходимостью, перфорацией) рака ректосигмоидной локализации (87%) и прочих отделов толстой кишки (13%). Другая патология, которая потребовала формирования колостомы (перфорация дивертикула левого

фланга толстой кишки, мезентериальный тромбоз, некротический колит) встретилась в 8% случаев. Женщин было 95 (56,5%), мужчин – 73 (43,5%). Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 18,4$ лет (от 41 до 92 лет).

Результаты и обсуждение: из 168 пациентов петлевая сигмостома была сформирована в 24 случаях, концевая сигмостома – в 84, петлевая трансверзостома – в 20 и концевая трансверзостома – в 40 наблюдениях. Если концевые колостомы были сформированы после выполнения левосторонней гемиколэктомии или операции Гартмана, то петлевые – при распространении опухолевого процесса на соседние органы и наличии отдаленных метастазов, то есть при невозможности выполнения радикального оперативного вмешательства или тяжелом общем состоянии пациента и коморбидностью.

При возникших интраабдоминальных осложнениях было выполнено 5 релапаротомий по поводу продолжающегося перитонита с нагноением послеоперационной раны и развитием эвентрации, 2 – по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, 4 – с целью дренирования межкишечного, двух тазовых и одного поддиафрагмального абсцессов. Еще в одном случае потребовалась релапаротомия вследствие прогрессирования мезентериального тромбоза. В одном наблюдении выполнялось 6 программированных релапаротомий с установкой и заменой VAC-системы.

У двадцати (11,9%) оперированных пациентов развились параколостомические осложнения: несостоятельность швов колостомы с ретракцией ее в брюшную полость за счет недостаточной мобилизации и дефектов ее фиксации в 4 случаях, несостоятельность швов колостомы с выпадением петель тонкой кишки в параколостомическую рану вследствие широкого разреза и недостаточной декомпрессии кишки во время операции – в 2, эвагинация с выворотом кишки наружу ввиду длинной культи кишки – в 2, некроз колостомы в результате избыточной мобилизации кишки и нарушения ее кровоснабжения – в 4, несостоятельность швов колостомы с нагноением параколостомической раны и развитием флегмоны передней брюшной стенки – в 6, перфорации престомального отдела толстой кишки – в 2 наблюдениях. Все эти пациенты были оперированы повторно. Им выполняли релапаротомию с дополнительной мобилизацией кишки и ее фиксацией в прежнее место (в 10 случаях), релапаротомию с дополнительной мобилизацией и выведением стомы во вновь сформированное отверстие на коже при наличии выраженной воспалительной реакции кожи и подкожной клетчатки с ее флегмоной (в 6 случаях), релапаротомию с устранением эвентрации с повторной фиксацией стомы в прежнее место (в 2 случаях), релапаротомию с дополнительной резекцией кишки с некрозом и выведением стомы в прежнее отверстие (в 2 случаях). Летальный исход наступил у 42 (25%) оперированных и у 8 (40%) пациентов с параколостомическими

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

осложнениями от прогрессирования раковой интоксикации и полиорганной недостаточности.

Выводы: 1. Основными причинами возникновения гнойных осложнений в области колостомы являются технические недостатки некоторых методик формирования колостом, а также инфицирование параколостомических тканей.

2. Для профилактики развития параколостомических осложнений следует избегать сквозного прошивания стенки кишки при ее фиксации, натяжения брыжейки выводимой кишки с ее излишней мобилизацией, формирования излишне широкого или узкого отверстия в передней брюшной стенке.