

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

Коновалов С.В., Ханевич М.Д., Синенченко Г.И.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова, Городской клиниче-
ский онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Проблема создания хорошо функционирующей колостомы с минимальным числом осложнений при хирургическом лечении заболеваний и травм толстой кишки давно привлекает внимание хирургов. Частота осложнений в области колостомы, по данным разных авторов, колеблется от 6,5 до 90,9%. Развитие осложнений не только оказывает существенное влияние на непосредственный исход хирургических вмешательств, но и значительно ухудшает отдалённые результаты лечения. Осложнения колостомии являются одной из основных причин выраженных функциональных нарушений деятельности кишечника, они затрудняют медицинскую и социальную реабилитацию колостомированных больных.

Цель работы заключалась в изучении интраоперационных факторов, влияющих на частоту развития ранних осложнений колостомы.

Материалы и методы. В работе анализируется клинический материал, касающийся колостомированных больных, которые находились на лечении в городской больнице № 20 г. Санкт-Петербурга с 1 января 1989 г. по 31 декабря 2000 г. В группу первичных больных вошли 658 пациентов, перенесших операции с наложением колостомы.

Результаты исследования. Профилактика параколостомических осложнений начинается с выбора места наложения колостомы, направления и длины разреза брюшной стенки при формировании различных типов колостом.

Так, двухствольная петлевая колостома накладывается на подвижные отделы ободочной кишки, покрытые брюшиной со всех сторон – на сигмовидную и поперечную ободочную кишку. Наложение колостомы на отделы толстой кишки, расположенные мезоперитонеально (восходящая ободочная, печеночный изгиб, селезеночный изгиб, нисходящая ободочная кишка), следует признать ошибкой. Именно в таких случаях формирования «нестандартной» колостомы частота некроза выведенной кишки и ретракции колостомы резко повышается. Выведение колостомы в срединную лапаротомную рану мы считаем недопустимым, т.к. при этом частота ранних параколостомических осложнений, по нашим данным, достигает 78,9%, а летальность вследствие прогрессирования этих осложнений составляет 13,1%.

Для создания двуствольной петлевой колостомы направление разреза брюшной стенки должно соответствовать продольной оси выводимой петли кишки: в косом направлении параллельно и выше левой паховой связки при формировании сигмостомы, в поперечном направлении наружу от латерального края прямой мышцы живота (слева или справа) между пупком и мечевидным отростком при создании трансверзостомы. Длина раны должна соответствовать двум диаметрам кишечной трубки - 8 см. Меньшая длина разреза может привести к сужению и сдавлению кишки, излишняя длина приводит к необходимости наложения дополнительных швов.

При наложении колостомы следует учитывать еще одно правило – она должна располагаться на расстоянии 4-5 см от костных выступов (передняя верхняя подвздошная ость, реберная дуга), чтобы не затруднять пользование калоприемником после операции.

По нашим данным, ранние параколостомические осложнения у больных, оперированных с нарушением указанных принципов, возникают в два раза чаще, чем у больных с технически правильно наложенными колостомами и соблюдением топографо-анатомических взаимоотношений (27,2 и 11,3% соответственно).

К интраоперационным методам профилактики ранних параколостомических осложнений мы относим применение таких методов колостомии, при которых частота возникновения осложнений минимальна. Так, у 135 больных использована методика наложения одноствольной чрезбрюшинной плоской колостомы (Снешко Л.И., Топузов Э.Г., 1969). К несомненным преимуществам плоской колостомы нужно отнести следующее: анус можно открыть сразу после операции; кишка не выступает над уровнем кожи, вследствие чего она не травмируется; кожа вокруг колостомы не мацерируется; кишка срастается с толщей брюшной стенки на большом протяжении, благодаря чему уменьшается опасность ее эвагинации; уход за плоской колостомой достаточно прост.

У 19 больных использован способ формирования забрюшинной плоской колостомы в асептических условиях, предложенный сотрудниками Государственного научного центра колопроктологии МЗ РФ (Еропкин П.В., 1994). После циркулярного рассечения выведенной культи кишки до слизистой на уровне кожи ее фиксируют за серозно-мышечную оболочку к краю кожи отдельными швами тонким хромированным кетгутом. Только после этого отсекают избыток слизистой на уровне кожи и вскрывают просвет кишки. Таким образом, кожно-серозно-мышечный шов накладывается в асептических условиях. В результате применения данных методик формирования одноствольной плоской колостомы ранние параколостомиче-

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

ские осложнения развиваются значительно реже, чем после выполнения других методов колостомии - в 5,2-7,4% случаев.

Выводы. Таким образом, во время операции методы профилактики ранних осложнений колостомы заключаются, главным образом, в соблюдении правил наложения различных типов колостом и в применении современных методик формирования плоской колостомы.