

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ КОЛОСТОМ

¹Шотт В.А., ¹Ладутько И.М., ²Еремин В.Л., ²Пищуленок А.Г.,
²Домаренок Е.П., ¹Жура А.В., ²Брашевец Д.Н.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По данным литературы, от 20% до 65% операций на толстой кишке завершаются колостомией, которая в структуре всех абдоминальных хирургических вмешательств составляет до 7,5% (Нестеров И.В., 1995). Показаниями к формированию колостом являются: колоректальный рак, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью, перфорация опухоли и перитонит, осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки, неспецифического язвенного колита и болезни Крона, повреждения толстой кишки. 60-75% колостом формируют у пациентов с обтурационной

кишечной непроходимостью, у 50% пациентов – с осложнениями дивертикулярной болезни толстой кишки (Хмизов РА, 2015). Наиболее часто применяют одноствольную (концевую) колостому. Частота осложнений при этом увеличивается с 36,3% при плановых операциях до 63,2% при экстренных вмешательствах. Частота поздних послеоперационных осложнений концевых колостом (параколостомическая грыжа, пролапс, рубцовая стриктура стомы) достигает по литературным данным от 3,2-20% до 70,6-90% (С.А. Алиев и соавт., 2016). В последующем, при отсутствии противопоказаний, возникает необходимость в закрытии колостомы с восстановлением естественного пассажа по кишечнику, устранению возникших осложнений, а также для улучшения качества жизни у данной категории пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность применения оперативных вмешательств по закрытию колостом в хирургических отделениях УЗ ГКБСМП г. Минска.

Материал и методы. За период с января 2021 г. по сентябрь 2023 г. оперативные вмешательства по закрытию колостом выполнены 13 пациентам в возрасте от 44 до 75 лет (средний возраст составил 61 год). Мужчин было 8, женщин – 5. Тяжесть состояния пациентов с учетом сопутствующей патологии оценивали по шкале ASA. По данной классификации 4 пациента отнесены к группе 4, 7 – к группе 3, два пациента отнесены к группе 2. Показаниями к формированию стомы у 3 пациентов был острый дивертикулит, осложненный перфорацией и перитонитом, у 9 – рак различных отделов ободочной кишки, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. У одного пациента показанием к операции явился тромбоз нижней брыжеечной артерии, гангрена нисходящей ободочной кишки. Во всех наблюдениях при первичной операции формировали концевую колостому: у 6 пациентов – трансверзостому, у 6 – сигмостому, в одном наблюдении сформирована десцендостома. Из осложнений у 3 пациентов выявлена параколостомическая грыжа, из них у одного в сочетании с эвагинацией стомы; у одного пациента развилась стриктура десцендостомы. Сроки от первичной операции до операции закрытия стомы составили от 2,5 до 18 месяцев. Все вмешательства были выполнены в плановом порядке.

Результаты и обсуждение. Во время вмешательства у 11 пациентов в брюшной полости имел место умеренный и выраженный спаечный процесс, что потребовало выполнения тотального

адгезиолизиса. Во всех случаях проводили резекцию участка кишки, несущей свищ. Пройодимость кишки восстановлена формированием у 4 пациентов сигморектоанастомоза, у 2 – сигмосигмоанастомоза, у 2 – трансверзоректоанастомоза, у 4 – трансверзосигмоанастомоза, у одного пациента сформирован илеосигмоанастомоз. В 11 наблюдениях межкишечный анастомоз сформирован циркулярным механическим швом с укреплением последнего серозно-мышечными швами, в одном наблюдении линия механического шва укреплена клеем BioGlue. У двух пациентов анастомоз сформирован двухрядным ручным швом. В 11 наблюдениях сформирован терминологический анастомоз, в одном наблюдении – латеролатеральный и в одном – конец-в-конец. У 3 пациентов выполнена пластика дефекта в зоне нахождения свища и параколостомической грыжи местными тканями. В послеоперационном периоде у одного пациента отмечена подкожная эвентрация и нагноение послеоперационной раны, что потребовало дополнительного оперативного вмешательства. Летальных исходов не отмечено. В наших наблюдениях частота дооперационных осложнений составила 23%, а послеоперационных – 7,7%.

Выводы. Для выполнения подобных оперативных вмешательств при дистальной локализации планируемого межкишечного соустья рекомендуем использовать сшивающие аппараты циркулярного механического шва. Необходимо также во время вмешательства выполнять адгезиолизис с целью снижения вероятности послеоперационной спаечной кишечной непроходимости.