

НОВЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ КОНЦЕВОЙ КОЛОСТОМЫ

Кузнецов В.Д., Грошилин В.С.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ростовский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность. Формирование концевой колостомы представляет собой важный этап хирургического лечения при патологии толстой кишки или её повреждении в результате механического воздействия (травмы). Несмотря на разнообразие техник формирования кишечных стом, высокий процент развития парастомальных осложнений остается актуальной проблемой. Согласно публикуемым данным современных исследований, количество как ранних, так и отдаленных осложнений колостом колеблется в интервале 13-40%.

Цель исследования – уменьшить количество параколостомических осложнений и повысить качество жизни пациентов, подвергшихся стомированию за счёт разработки комплекса профилактических мероприятий в пред- и интраоперационном периоде и индивидуального подхода к формированию стомы.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 52 пациентов, прооперированных по поводу: обструктивной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза (26), осложненного течения дивертикулярной болезни (17), травм живота (5), перфорации ободочной кишки (4). Дизайн исследования представлен двумя клиническими группами. В первой группе (основной, n=20) применялся комплексный алгоритм при наложении концевой колостомы, включающий учет и, при возможности, компенсацию коморбидной патологии, индивидуальных анатомических и функциональных особенностей пациентов, таких как строение передней брюшной стенки, топографию стомируемого участка кишки и васкуляризацию её стенки, длину мобилизованного участка кишки, соответствие диаметра кишки и отверстия на коже и апоневрозе. Вторая группа (контрольная, n=22) состояла из пациентов, у которых при формировании колостомы «столбиком» использовали традиционную хирургическую технику без предварительной разметки и без учета особенностей строения передней брюшной стенки и стомируемого участка кишки. Средний возраст больных составил $54,3 \pm 8,7$ лет. Основным отличием оригинального метода являлся учет топографо-анатомических особенности мышечных, фасциальных и апоневротических структур передней брюшной стенки пациента, а также морфологическое и функциональное состояние стенки стомируемого участка кишки. Для этого в предоперационном периоде больным выполняли колоноскопию, УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки с доплеровским картированием, а также производилась маркировка места формирования стомы с учетом антропометрических особенностей.

Результаты. Применение индивидуального подхода к методу формирования колостомы выявило значимые преимущества предложенного подхода. Это касается как снижения числа осложнений, так и сокращения сроков социальной и трудовой реабилитации. Несмотря на соблюдение в обеих группах основополагающих принципов формирования колостомы и оценки жизнеспособности стомируемой кишки, парастомальных осложнений избежать не удалось. Развитие ранних параколостомических осложнений в I группе зафиксировано только в 3-х случаях (15 %), что ощутимо меньше 9 пациентов (40 %) контрольной группы. При анализе результатов в послеоперационном периоде были отмечены следующие осложнения. Ишемия с очаговым некрозом стенки культи кишки была обнаружена у 1 пациента (5%) в I группе, у 3 пациентов (18,1%) во II группе. Недостаточное кровоснабжение колостомы у трех пациентов II клинической группы было связано не только с первичной ишемией, но и с механической компрессией кишки во внебрюшинном канале, возникшей из-за неправильного выбора места для формирования колостомы. Ретракция стомы наблюдалась у 3 пациентов (13,6%) во II группе. Данный факт был обусловлен ошибками в определении необходимой длины экстраабдоминального отрезка кишки, толщиной передней брюшной стенки и повышенным внутрибрюшным давлением. Нагноение зоны швов развилось у 1 пациента (5%) в I группе, у 3 пациентов (13,6%) во II группе. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде произошло у 2 пациентов (9%) во II группе, но не было зарегистрировано в I группе. Рестомирование потребовалось 3 пациентам контрольной группы, в основной группе благодаря адекватной санации области колостомы и использованию протективных средств (кремов и гелей), повторных оперативных вмешательств удалось избежать.

Поздние параколостомические осложнения развились у 5 (22,7%) пациентов контрольной группы и 2 (10%) – основной группы. Рубцовые стриктуры колостомы зафиксированы у 2 (9%) пациентов II группы. Прولاпс колостомы развился у 1 (5%) пациента в I группе и 1 (4,5%) пациента во II группе, что было интерпретировано как результат повышенного внутрибрюшного давления на фоне хронического бронхита; параколостомические грыжи в первый год после операции развились у 2 (9%) пациентов II группы и у одной пациентки I (5%) старше 70 лет, что связано с возрастными дегенеративно-дистрофическими изменениями тканей передней брюшной стенки. Основными факторами

Вывод. Внедрение индивидуализированного комплексного подхода при формировании концевой одноствольной колостомы, учитывающего анатомические особенности мышечно-апоневротического каракаса передней стенки живота, а также кровоснабжение и топографию участка кишечника, предназначенного для стомирования, характеризуется существенным уменьшением частоты возникновения как ранних, так и отсроченных параколостомических осложнений. Предложенный комплексный подход является перспективным в аспекте возможности снижения числа параколостомальных осложнений, а ее результаты требуют дальнейшего исследования.