

УДК 616.34-089.86

Хирургическая реабилитация пациентов с двуствольными кишечными стомами

В.И. Помазкин, Ю.В. Мансуров

(ГУ «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области, Екатеринбург)

Surgical rehabilitation of patients with double-barrel intestinal stomas

V.I. Pomazkin, Ju.V. Mansurov

Цель исследования. Проведение анализа результатов восстановительных операций при двуствольных илео- и колостомах.

Материал и методы. В исследование включен 161 больной. Из них 80 пациентам вмешательство выполнено только на стомированном участке толстой кишки (1-я группа). У 81 больного осуществляли как устранение заболевания, приведшего к необходимости формирования стомы, так и ее одновременную ликвидацию (2-я группа).

Результаты. Послеоперационная летальность в 1-й группе составила 1,25%, во 2-й группе отсутствовала. Несостоятельность межкишечного анастомоза (у 3 пациентов 1-й группы) развилась только при попытке сохранения задней стенки стомы. Общее количество раневых осложнений в месте существования стомы составило 4,9%.

Выводы. Выполнение одномоментного вмешательства с устранением заболевания, приведшего к формированию стомы, с ее одновременной ликвидацией достаточно безопасно. Более предпочтительным является метод ликвидации двуствольной стомы с резекцией стомированной кишки и наложением циркулярного межкишечного анастомоза. Возможны одновременная коррекция апоневротического дефекта в месте стомы и формирование послеоперационного рубца с хорошим косметическим эффектом.

Ключевые слова: двуствольная стома, реабилитация, восстановительные операции.

Aim of investigation. To analyze results of the reconstructive surgery at double-barrel ileo-and colostomas.

Stuff and methods. Overall 161 patient were enrolled to original study. Of them 80 patients surgery was limited to the stoma part of the large intestine (1st group). For 81 patients elimination of the disease resulted in stoma formation was combined to concurrent liquidation of the stoma (2nd group).

Results. Postoperative mortality in the 1st group was 1,25%, and zero in the 2-nd group. The incompetence of interintestinal anastomosis (in 3 patients of the 1st group) has developed only at attempt to preserve the back wall of stoma. The total rate of wound-related complications in the site of stoma was 4,9%.

Conclusions. Simultaneous intervention with elimination of the disease, that caused development of a stoma, with its simultaneous liquidation is safe enough. The method of liquidation of double-barrel stoma with resection of stomated intestine and formation of circular interintestinal anastomosis is more preferable. Simultaneous correction of aponeurotic defect in the site of stoma and formation of postoperative scar with good cosmetic effect is also possible.

Key words: double-barrel stoma, rehabilitation, reduction operations.

Формирование двуствольной коло- или илеостомы является основным вмешательством при необходимости прервать поток содержимого по толстой кишке. Показания к этой операции возникают как в экстренных ситуациях с целью разрешения кишечной непроходимости или при нарушении целостности толстой кишки, так и при плановых вмешательствах — необходимость

защиты илео- или колоректальных анастомозов при повышенном риске их несостоятельности.

Несмотря на кажущуюся относительную простоту операций, направленных на ликвидацию двуствольной кишечной стомы и восстановление непрерывности кишечного тракта, некоторые аспекты таких вмешательств являются дискуссионными. Так, неоднозначно рассматривается

возможность одномоментного устранения основного патологического процесса, обусловившего необходимость формирования стомы, и ее ликвидации при этапных операциях на толстой кишке. Вызывает споры выбор оптимального способа восстановительного вмешательства при двустольных стомах. Наконец, остается дискуссионной возможность первичного заживления раны в месте существования стомы с приемлемым функциональным и косметическим результатом.

Целью настоящей работы было улучшение результатов хирургической реабилитации больных с временными двустольными кишечными стомами. В задачи исследования входило: 1) изучение результатов выполнения радикального оперативного вмешательства на толстой кишке с одномоментной ликвидацией проксимально расположенной стомы; 2) оценка результатов внутрибрюшного метода закрытия двустольных кишечных стом; 3) анализ осложнений со стороны раны брюшной стенки в месте существования стомы с обоснованием возможности одновременной коррекции апоневротических дефектов и формирования послеоперационного рубца с хорошим косметическим видом.

Материал и методы исследования

С 2002 по 2007 г. в Свердловской областной клинической больнице № 1 Екатеринбурга проведено оперативное лечение с ликвидацией дву-

ствольной илео- или колостомы у 161 больного. Все включенные в исследование были разделены на две группы. В **1-ю группу** входили пациенты, у которых операцию выполняли только непосредственно на участке кишки в месте существования двустольной стомы. **2-ю группу** составляли больные, нуждавшиеся в расширенном вмешательстве, связанном с устранением заболеваний толстой кишки, приведших к необходимости формирования стомы, в сочетании с ее одновременной ликвидацией.

В 1-ю группу включены 80 больных (табл. 1), у которых патология толстой кишки дистальнее стомы была устранена на предыдущих этапах лечения. Мужчин было 46, женщин 34, средний возраст 45,5 года. У 31 (38,8%) больного стома была наложена вследствие открытых и закрытых травм толстой кишки и сфинктерного аппарата прямой кишки, у 27 (33,8%) — для защиты коло- и илеоректальных анастомозов или лечения их возникшей несостоятельности. Ликвидация стомы как заключительный этап при трехэтапном оперативном лечении обтурационной кишечной непроходимости осуществлялась у 22 (27,4%) пациентов.

У 32 (40%) больных данной группы была трансверзостома, у 31 (38,7%) — сигмостома, у 16 (20,0%) — илеостома, у 1 (1,3%) — асцендостома. Все пациенты имели кишечную стому с четко выраженной «шпорой». Сроки от момента формирования стомы до ее ликвидации составляли от

Таблица 1

Характеристика групп пациентов, включенных в исследование

Параметры	Стомы с устраненной патологией толстой кишки n=80	Стомы с неустраненной патологией толстой кишки n=81
Возраст, лет	45,5	58,9
Соотношение мужчины/женщины	46/34	34/47
Виды стом, n (%):		
илеостома	16 (20,0)	14 (17,3)
асцендостома	1 (1,3)	6 (7,4)
трансверзостома	32 (40,0)	41 (50,6)
сигмостома	31 (38,7)	20 (24,7)
Средний срок существования стомы, мес	3,5	2,3
Виды вмешательства, n (%):		
внутрибрюшное закрытие стомы из локального доступа с сохранением ее задней стенки	10 (12,5)	—
внутрибрюшное закрытие стомы из локального доступа с циркулярной резекцией стомированной кишки	70 (87,5)	—
правосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стомы	—	15 (18,5)
левосторонняя гемиколэктомия с ликвидацией стомы	—	51 (63,0)
резекция прямой и сигмовидной кишки с ликвидацией стомы	—	12 (14,8)
субтотальная колэктомия с ликвидацией стомы	—	3 (3,7)

2 до 7,5 мес (в среднем 3,5 мес). Обязательными условиями для восстановительного оперативного лечения были свободная проходимость толстой кишки с отсутствием ее патологических изменений ниже уровня стомы, а также полное восстановление целостности кишечной трубки и восстановление удерживающей функции анального канала к моменту операции. Особенностью оперативного вмешательства была ликвидация стомы из локального доступа в месте ее существования. Для достижения косметического результата использовали эллипсовидное иссечение окружающей стому кожи и подкожной клетчатки с учетом расположения стомы на брюшной стенке.

В этой группе применяли два типа вмешательств. У 70 (87,5%) больных осуществляли внутрибрюшное закрытие стомы с полным выделением из сращений и мобилизацию стомированной кишки до пределов достижения неизменной рубцово-воспалительным процессом ее стенки. После мобилизации кишки проводили циркулярную резекцию несущего стому участка кишки и наложение ручного межкишечного анастомоза «конец в конец» 2-рядными швами. У 10 (12,5%) пациентов (все со сигмостомами) оперативное вмешательство заключалось в ликвидации стомы с сохранением ее задней стенки, минимальной мобилизацией и иссечением краев стомы, наложением анастомоза в $\frac{2}{3}$ или $\frac{3}{4}$ окружности кишки по Мельникову.

У 15 (18,8%) больных в этой группе потребовалось выполнить пластику апоневроза местными тканями вследствие наличия парастомальных грыж. Во всех случаях рану брюшной стенки в месте существования стомы зашивали наглухо с наложением внутрикожного шва.

Во 2-ю группу пациентов с двустольными стомами был включен 81 больной при наличии неустраненной к моменту восстановительной операции патологии толстой кишки (см. табл. 1). Мужчин было 34, женщин 47, средний возраст 58,9 года. Основным показанием к формированию двустольной стомы у 60 (74,0%) больных явился стенозирующий рак толстой кишки, вызвавший ее непроходимость. Оперативное лечение на первом этапе у этих пациентов предусматривало либо формирование стомы из локального доступа, либо наложение ее при среднесрединной лапаротомии. У 16 (19,8%) больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной перфорацией, предыдущее вмешательство заключалось в выведении участка кишки в месте перфорации в виде стомы. У 5 (6,2%) пациентов стома была сформирована при осложнениях болезни Крона. В этой группе у 41 (50,6%) больного имелась трансверзостомы, у 20 (24,7%) — сигмостомы, у 14 (17,3%) — илеостомы и у 6 (7,4%) — асцендостомы. Сроки операции от первичного вмешательства составляли от 14 дней до 6 мес (в среднем 2,3 мес).

Оперативное лечение включало среднесрединную лапаротомию, резекцию патологически измененной толстой кишки и одновременно ликвидацию стомы с воссозданием непрерывности кишечного тракта. У 51 (63,0%) больного была проведена левосторонняя гемиколэктомия, у 15 (18,5%) — правосторонняя гемиколэктомия, у 12 (14,8%) — резекция прямой и сигмовидной кишки, у 3 (3,7%) — субтотальная колэктомия. При этом стома входила в удаляемую часть кишки у 66 (81,5%) пациентов. У 15 (18,5%) больных после удаления патологически измененной части толстой кишки стому ликвидировали отдельной циркулярной резекцией стомированного участка, формируя таким образом два толстокишечных анастомоза. У 7 (8,6%) пациентов со злокачественным поражением толстой кишки потребовалось удаление нескольких органов в связи с местно распространенным опухолевым процессом. У 8 (9,9%) больных была выполнена пластика дефектов брюшной стенки с устранением срединных послеоперационных вентральных грыж, у 17 (30,0%) — пластика апоневроза в связи с наличием парастомальных грыж. В этой группе пациентов стому из брюшной стенки выделяли из отдельного разреза также путем эллипсовидного иссечения прилежащих тканей и последующим ушиванием раны наглухо с использованием внутридермального шва.

Все операции проводили после подготовки кишки, под общим обезболиванием. Антибактериальная терапия, включавшая антибиотик цефалоспоринового ряда II, III поколения и метронидазол, начиналась интраоперационно и продолжалась в послеоперационном периоде в течение 5–7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе пациентов с изолированной ликвидацией двустольной кишечной стомы послеоперационная летальность составила 1,25% (табл. 2). Умер один больной, причиной смерти явился острый мезентериальный тромбоз с некрозом кишечника. Внутрибрюшные послеоперационные осложнения с частичной несостоятельностью межкишечного анастомоза развились у 3 (3,8%) пациентов. Всем им операция проводилась при сохранении задней стенки стомы с ограниченной резекцией ее краев и наложением анастомоза в $\frac{2}{3}$ или $\frac{3}{4}$ окружности кишки по Мельникову (у 3 из 10 больных). У этих пациентов сформировался наружный толстокишечный свищ без развития перитонита, что, видимо, было связано с отсутствием разрушения спаек вокруг стомированной кишки. В последующем кишечные свищи зажили при консервативном лечении. Еще у 2 больных из 10 при использовании указанной методики развилось нагноение раны. В связи с большим количе-

Таблица 2

Послеоперационные осложнения и летальность, абс. число (%)

	Стомы с устраненной патологией толстой кишки n=80	Стомы с неустраненной патологией толстой кишки n=81
Послеоперационная летальность	1 (1,2)	—
Внутрибрюшные осложнения:		
несостоятельность межкишечного анастомоза	3 (3,8)	—
послеоперационная кишечная непроходимость	1 (1,25)	—
перфорация тонкой кишки	—	1 (1,2)
внутрибрюшное кровотечение	—	1 (1,2)
Гнойные раневые осложнения	4 (5,0)	6 (7,4)

ством осложнений при данном способе ликвидации стомы попытка проведения сравнительного рандомизированного исследования оперативных вмешательств в этой группе пациентов по этическим соображениям была прекращена и все последующие операции выполнялись с циркулярной резекцией стомированной кишки и наложением анастомоза «конец в конец».

При этом способе ликвидации двустольной стомы случаев несостоятельности анастомоза не отмечено. У 1 (1,25%) больного потребовалась релапаротомия в связи со спаечной послеоперационной кишечной непроходимостью. У 2 (2,5%) пациентов развилось нагноение раны в месте существования стомы.

В группе больных с неустраненной патологией толстой кишки, потребовавшей ее резекции с одномоментной ликвидацией стомы, летальных исходов не было. У 1 (1,2%) пациентки выполнена релапаротомия в связи с послеоперационной перфорацией десерозированного участка тонкой кишки. В 1 (1,2%) случае релапаротомия потребовалась вследствие диффузного послеоперационного кровотечения из множественных спаек брюшной полости после адгезиолизиса.

Раневые гнойные осложнения развились у 6 (7,4%) пациентов. У 2 (2,5%) из них отмечено ограниченное нагноение срединной лапаротомной раны, еще у 4 (5,0%) рана нагноилась в месте наложенной стомы. Общее количество раневых гнойных осложнений в месте существования стомы в обеих группах составило 4,9%. При ретроспективном анализе этих осложнений основным фактором их развития было наличие выраженного перистомального дерматита, не полностью купированного к моменту восстановительной операции, что было отмечено у 7 из 8 этих пациентов. У остальных больных в итоге первичного заживления раны сформировался рубец с косметически хорошим видом, с полноценным заживлением дефекта апоневроза.

Несмотря на большое количество публикаций об успешных первично-восстановительных опе-

рациях на толстой кишке, использование двустольных стом для прекращения потока каловых масс по-прежнему широко распространено как в экстренной, так и в плановой колоректальной хирургии. При этом восстановительные операции с ликвидацией стомы остаются достаточно сложным вмешательством, осложнения при них достигают 30% [2, 7, 10] и иногда приводят к тому, что временные стомы становятся постоянными [3, 7].

Стремление уменьшить последствия таких осложнений в реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки привело к выработке некоторых традиционно устоявшихся положений. Прежде всего это касается взглядов на необходимость соблюдения принципа 3 этапов при формировании декомпрессивной стомы при ургентной патологии толстой кишки. Ликвидация стомы в данных случаях проводится только после устранения основного патологического процесса [5, 6, 9]. В нашем исследовании мы сократили один этап лечения, совместив устранение причины, приведшей к формированию стомы, с ее ликвидацией, что не привело к существенному ухудшению результатов, хотя, на наш взгляд, это требует концентрации таких пациентов в специализированных отделениях при наличии персонала, имеющего регулярную практику подобных вмешательств.

С целью уменьшения последствий осложнений при ликвидации двустольных кишечных стом достаточно широкое распространение получили внебрюшинные методы закрытия стомы и наложение межкишечного анастомоза в $\frac{3}{4}$ по Мельникову [2, 4]. Это вмешательство, как правило, не приводит к перитониту, однако использование указанной методики сопровождается большим количеством осложнений в виде несостоятельности анастомоза и раневых нагноений [1, 4]. При попытке использования операции с минимальным иссечением краев стомы мы также получили неудовлетворительные результаты. Причиной этого, вероятно, является соединение тканей с рубцово-воспалительными изменениями

и сохранение «шпоры» стомы, деформирующей кишку. Полное выделение стомированной кишки из сращений и ее циркулярная резекция позволили создать анастомоз между неизмененными кишечными стенками со свободной проходимостью кишки, что заметно улучшило результаты. Величина локального доступа на брюшной стенке при этом не увеличивалась, но на выполнение операции этим способом затрачивалось большее время.

Опасения, связанные со значительным количеством раневых осложнений при ликвидации двустольных стом, часто приводят к тому, что устранение дефектов брюшной стенки при сопутствующих парастомических грыжах переносится на следующий этап лечения, не говоря уже об обеспечении хорошего косметического вида послеоперационного рубца [7, 8]. По нашим данным, использование эллипсовидного иссечения лоскута прилежащей к стоме кожи и подкожной клетчатки позволяет создать адекватный доступ к стомированной кишке и дефекту брюшной стенки в месте стомы, предупреждает интраоперационное повреждение кишки и наряду с ее циркулярной резекцией обеспечивает небольшое количество раневых осложнений. В большинстве случаев одновремен-

но достигаются полноценная коррекция апоневротического дефекта и формирование рубца с удовлетворительным косметическим видом.

Выводы

1. Выполнение радикального оперативного вмешательства на толстой кишке с одномоментной ликвидацией проксимально расположенной стомы не привело к увеличению количества осложнений по сравнению с изолированной ликвидацией двустольной кишечной стомы.

2. Внутривентриальный способ ликвидации двустольных илео- и колостом с мобилизацией и резекцией кишки, несущей стому, и наложением циркулярного межкишечного анастомоза является наиболее предпочтительным методом с приемлемым уровнем безопасности.

3. Количество гнойных осложнений со стороны раны в месте существования стомы при внутривентриальном методе ее ликвидации не превышало 4,9%, что дало возможность осуществить одновременную коррекцию апоневротических дефектов и обеспечило формирование послеоперационного рубца с хорошим косметическим эффектом.

Список литературы

1. Сафронов Д.В., Богомолов Н.И. Сравнительная характеристика одноствольных и двустольных колостом // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2006. — Т. 16, № 1. — С. 72–79.
2. Ханевич М.Д., Агаларова Э.А., Шашолин М.А., Зязин А.А. Восстановление непрерывности толстой кишки у колостомированных больных // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2004. — Т. 14, № 1. — С. 50–53.
3. Bailey C.M., Wheeler J., Birks M., Farouk R. The incidence and causes of permanent stoma after anterior resection // Colorectal Dis. — 2003. — Vol. 5. — P. 331–334.
4. Bozzo I.H., Larrachea P. Delayed colostomy closure using the extraperitoneal method // Tech. Coloproctol. — 2000. — Vol. 4. — P. 133–136.
5. Carty N.J., Corder A.P., Johnson C.D. Colostomy is no longer appropriate in the management of uncomplicated large bowel obstruction: true or false? // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 1993. — Vol. 75. — P. 46–51.
6. Goozen A.W. Temporary decompression after colorectal surgery. randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy // Br. J. Surg. — 1998. — Vol. 85. — P. 76–79.
7. Kairaluoma M., Rissanen H., Kultti V. et al. Outcome of temporary stomas // Dig. Surg. — 2002. — Vol. 19. — P. 45–51.
8. Patel R., Frost S., Beam P., Allan A. «Canoe closure» of loop ileostomy gives improved cosmesis compared with conventional closure // Colorectal Dis. — 1999. — Vol. 1. — P. 153–157.
9. Perrier G., Peillon C., Liberge N. et al. Colostomy is a useful surgical procedure: study of 113 colonic obstructions caused by cancer // Dis. Colon Rectum. — 2000. — Vol. 43. — P. 50–54.
10. Sakai Y., Nelson H., Larson D. et al. Temporary transverse colostomy vs loop ileostomy in diversion // Arch. Surg. — 2001. — Vol. 136. — P. 338–342.