

А.В. Воленко, Ю.В. Андреев, И.А. Воленко, В.Г. Андреев

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЕСШОВНОЙ КОЛОСТОМЫ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Российская медицинская академия последипломного образования (Москва)

Разработана методика формирования концевой колостомы, без подшивания стомированной кишки к тканям передней брюшной стенки. Проведен анализ параколостомических осложнений у 258 больных, перенесших хирургические вмешательства на толстой кишке с выведением концевой колостомы. В 1-й группе больных (127 чел.) колостомы выводили по стандартным методикам – плоские и с избытком. Во 2-й группе больных (74 чел.) к стомированной кишке герметично подшивали пластиковый пакет аппаратом АКА и в 3-й группе (57 чел.) формирование колостомы по бесшовной методике. Наибольший процент осложнений (19,7 %) отмечен у больных 1-й группы. Во 2-й группе больных с подшиванием к стомированной кишке полиэтиленового пакета аппаратом АКА частота осложнений составила 5,4 %. При использовании бесшовной колостомы параколостомических осложнений не было.

Ключевые слова: заболевания толстой кишки, колостома, параколостомические осложнения

COMPARATIVE ANALYSIS OF APPLICATION OF SUTURELESS COLOSTOMY IN COLON SURGERY

A.V. Volenko, Yu.V. Andreyev, I.A. Volenko, V.G. Andreyev

Russian Medical Academy of Postgraduate Training, Moscow

The technique of end colostomy forming without suturing intestine of ostomy to the tissues of the anterior abdominal wall was worked out. Analysis of complications of paracolostomy in 258 patients after colon surgery with end colostomy was conducted. In group 1 (127 patients) colostomy was carried out by standard methods – flat and with abundance. In group 2 (74 patients) the plastic bag was hermetically sutured to the ostomy by AKA apparatus, and in group 3 (57 patients), colostomy was formed by sutureless procedure. The highest percentage of complications (19.7 %) was marked in group 1. In group 2 in patients with a plastic bag sutured to a colon ostomy by AKA apparatus the complication rate made 5.4 %. If a sutureless colostomy is used there were no paracolostomic complications.

Key words: diseases of the colon, colostomy, paracolostomy complications

Хирургические вмешательства на толстой кишке нередко завершаются выведением концевой или разгрузочной колостомы. Чаще всего колостомией дополняют операции по поводу осложненного рака левой половины ободочной и прямой кишки, дивертикулита, перфораций и травматических повреждений толстой кишки [1, 2, 3].

В плановой хирургии широкое применение получила плоская колостома. Широкое внедрение плоской колостомии позволило уменьшить частоту параколостомических осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периодах [1, 2, 4].

Частота параколостомических осложнений после экстренных операций достигает 45 % [4]. В связи с чем, особенно в экстренной хирургии выбор метода колостомии и разработка новых методик стомирования остаются весьма актуальными, прежде всего из-за большого количества послеоперационных осложнений при любых методиках формирования колостомы.

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ частоты послеоперационных местных осложнений при различных методиках колостомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для профилактики послеоперационных параколостомических осложнений, прежде всего в условиях экстренной хирургии, в клинике разра-

ботана методика одноствольной колостомии, при формировании которой кишка не подшивается к тканям передней брюшной стенки, получившей название бесшовная колостома.

Методика бесшовной колостомии состоит в следующем. После резекции толстой кишки или ее пересечения, проксимальную культю кишки ушиваем временным обвивным швом и последний завязываем на марлевом шарике. Кишку, подготовленную таким образом, выводим через канал в брюшной стенке наружу столбиком высотой до 2–3 см (рис. 1).



Рис. 1. Выведение пересеченной ободочной кишки на переднюю брюшную стенку столбиком.

Канал в брюшной стенке формируем в стандартных местах, ориентируясь на диаметр кишки. Стомированную кишку окружаем марлевым валиком в виде кольца и только марлевый валик фиксируем к коже 4–5 швами (рис. 2).

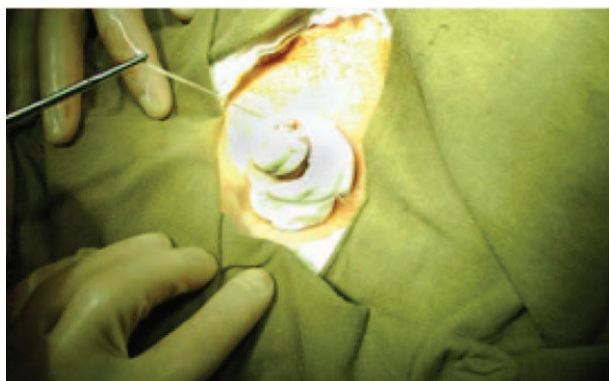


Рис. 2. Формирование и фиксация марлевого валика вокруг стомированной кишки.

После этого удаляем временный обвивной шов с культи толстой кишки и 5–6 швами по окружности подшиваем края культи ободочной кишки к верхушке марлевого валика (рис. 3).

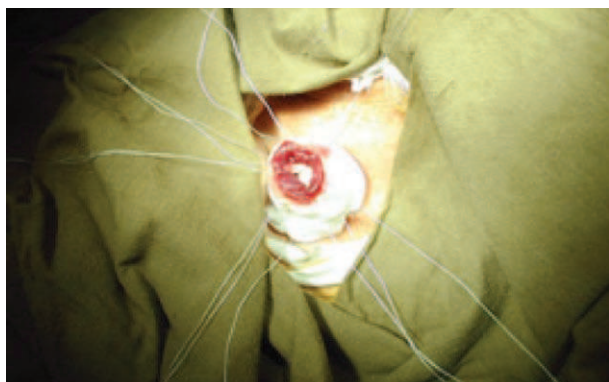


Рис. 3. Фиксация стомированной кишки к верхушке марлевого валика

Вид полностью сформированной бесшовной колостомы на рис. 4. Бесшовная колостома через 10 суток после операции после удаления марлевого валика на рис. 5.



Рис. 4. Внешний вид сформированной бесшовной колостомы.



Рис. 5. Бесшовная колостома после удаления марлевого валика на 10-е сутки после операции.

Таким образом, принципиальным отличием бесшовной колостомы является полное отсутствие швов между кишкой и раневым каналом в передней брюшной стенке.

После операции на колостому фиксируем стандартный калоприемник. Калоприемник меняем через 2–3 суток, при этом марлевый валик обрабатываем раствором йодопирона или 5% раствора перманганата калия. Марлевый валик вокруг колостомы удаляем через 10 суток после операции.

Сравнительный анализ частоты осложнений со стороны колостомы проведен за последние 15 лет в группе больных, оперированных в клиническом госпитале МСЧ ГУВД по г. Москве, а также клинической базе кафедры городской больницы №3 г. Зеленограда. Клинический материал включает 258 больных, оперированных по поводу заболеваний толстой кишки, потребовавших выведение концевой колостомы. Возраст больных колебался от 29 до 85 лет и в среднем составил 59,4 года. 89,2 % больных этой группы были оперированы по поводу рака толстой кишки. 78,3 % операций было выполнено в экстренном и 21,7 % в плановом порядке. В экстренном порядке наиболее часто больные были оперированы по поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости.

Все больные были распределены на 3 группы в зависимости от методики формирования колостомы.

В 1-ю группу включены 127 больных, у которых стомы формировали по традиционной методике. В этой группе в плановом порядке выводили чаще плоские колостомы. В экстренном порядке колостомы формировали и по методике плоской стомы и с избытком, подшивая кишку к брюшной стенке, с марлевым валиком.

У 74 больных 2-й группы к выведенной колостоме столбиком подшивали пластиковый пакет аппаратом АКА, обеспечивающий герметичное отведение кишечного содержимого в подшитый пакет в первые 5–7 суток после операции.

У 57 больных использовали методику бесшовной колостомии, при которой выведенную кишку не подшивали к тканям брюшной стенки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Суммарно осложнения со стороны кишечных стом встретились у 29 из 258 больных, что составило 11,2 %. Нагноение параколомического раны отмечено у 16 больных (6,2 %), из них у 4 больных нагноение носило характер обширной флегмоны брюшной стенки. У 2 больных (0,8 %) имелся ограниченный некроз стомы до уровня кожи. У 11 (4,3 %) отмечена ретракция колостомы, приведшая к миграции культи ободочной кишки в толщу брюшной стенки у 3 из них. У 8 из 11 этих больных ретракция стомы произошла в брюшную полость и привела к развитию послеоперационного калового перитонита, с летальным исходом у 5 больных.

Сравнение частоты параколомических осложнений показало, что при общей частоте осложнений в 11,2 %, наибольший процент осложнений (25 больных, 19,7 %) мы наблюдали у больных 1-й группы при формировании колостом с подшиванием стенки толстой кишки к тканям брюшной стенки.

Во 2-й группе больных с подшиванием к колостомированной кишке полиэтиленового пакета аппаратом АКА частота осложнений составила 5,4 % (4 больных), у 3 имело место ограниченное нагноение в зоне стомы и у одного — некроз стомы до уровня кожи.

Сведения об авторах

Воленко Александр Владимирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры неотложной и общей хирургии Российской медицинской академии последипломного образования (123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; тел.: 8 (499) 745-88-61; e-mail: volen-m101@yandex.ru)

Андреев Юлий Вадимович – аспирант кафедры неотложной и общей хирургии Российской медицинской академии последипломного образования (123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; тел.: 8 (926) 388-24-80; e-mail: yulii1982@yandex.ru)

Воленко Иван Александрович – клинический ординатор кафедры неотложной и общей хирургии Российской медицинской академии последипломного образования (123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; тел.: 8 (499) 745-88-61)

Андреев Вадим Георгиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неотложной и общей хирургии Российской медицинской академии последипломного образования (123836, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; тел.: 8 (499) 928-15-20)

При использовании бесшовной колостомы параколомических осложнений мы не отметили.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При выведении колостомы по бесшовной методике отмечено минимальное количество местных осложнений, которое мы связываем с отсутствием опасности сквозного прошивания кишки при фиксации ее к брюшной стенке, отсутствием фиксирующих швов, в том числе, разделяющих канал в брюшной стенке на полости и карманы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. — М., 2002. — 160 с.
2. Григорьев Е.Г., Нестеров И.В., Пак В.Е. Хирургия колостомированного больного. — Новосибирск: Наука, 2001. — 118 с.
3. Еропкин П.В. Профилактика и лечение осложнений концевой колостомы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1990. — 48 с.
4. Рудин Э.П., Миронов А.С. Профилактика осложнений при формировании колостом различного типа // Сб. науч. тр. Актуальные вопросы клинической железнодорожной медицины: опыт диагностики и лечения больных в центральной клинической больнице МПС РФ. — М., 1999. — С. 366 — 372.