

© В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров, 2009
УДК 616.34-089.86-089.81

В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров

ФОРМИРОВАНИЕ ДВУСТВОЛЬНОЙ КОЛО- И ИЛЕОСТОМЫ ИЗ МИНИ-ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области (главврач — Ф.И.Бадаев), г. Екатеринбург

Ключевые слова: колостома, илеостома, мини-лапаротомия.

Введение. Формирование двуствольной петлевой коло- и илеостомы является одной из важных составляющих в спектре оперативных вмешательств при различных доброкачественных и злокачественных заболеваниях толстой кишки [1]. Традиционная техника создания кишечной стомы включает в себя лапаротомию и выведение стомируемого участка кишки через отдельный разрез брюшной стенки. В последнее время в связи с бурным развитием лапароскопической техники во многих работах доказаны преимущества ее использования при формировании стомы перед традиционными «открытыми» методами [3,6]. Однако использование таких технологий требует дополнительных затрат и соответствующей подготовки хирурга. Кроме того, применение лапароскопии может быть затруднено при выраженной толстокишечной непроходимости, а также при спаечном процессе в брюшной полости.

Цель нашей работы — ретроспективный анализ результатов формирования двуствольной петлевой кишечной стомы без использования лапароскопии и широкой лапаротомии, применяя ограниченный доступ в качестве места формирования стомы и методику операции, облегчающую уход за стомой в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Формирование петлевой кишечной стомы из мини-доступа в отделении колопроктологии нашей больницы с 2002 по 2008 г. произведено 124 пациентам. Из них мужчин было 53, женщин — 71. Средний возраст пациентов составил 63,4 года. Сигмостома была сформирована у 58 (46,8%) больных, трансверзостома — у 54 (43,5%), илеостома — у 12 (9,7%).

Показаниями к формированию стомы являлись: острая обтурационная толстокишечная непроходимость опухолевой этиологии у 73 (58,8%) больных, осложнения дивертикулярной болезни — у 29 (23,4%), выраженные перианальные поражения — у 10 (8,1%), несостоятельность низкого колоректального анастомоза — у 12 (9,7%). Противопоказанием

к использованию мини-доступа служили признаки разлитого перитонита. Все операции выполняли под общей анестезией.

Определяющим фактором в выборе места формирования стомы на брюшной стенке являлось удобное ее расположение для последующего самостоятельного ухода за ней пациентом (удаление от костных выступов, рубцов, деформаций, кожно-жировых складок). При необходимости место стомы отмечали до операции заранее. Выбор стомируемой петли осуществляли на мобильном участке ободочной или подвздошной кишки, в то же время максимально приближенном к патологическому процессу. В качестве техники оперативного вмешательства использовали тrefинационную методику формирования стомы. Циркулярную эксцизию кожи и подкожной клетчатки и крестообразное рассечение апоневроза в месте доступа производили сразу при мини-лапаротомии. Наложение стомы на подвижном участке кишки не создавало затруднений в дополнительной ее мобилизации, за исключением случаев необходимости освобождения от послеоперационных спаек.

Колостомы формировали по типу плоской стомы, сразу придавая им окончательный вид. Кишку пересекали поперек, сшивая ее рассеченные края с краями кожного разреза, без фиксации к апоневрозу или брюшине. Поперечное рассечение кишки придавало стоме более округлую форму. Удерживающая стому палочка не выходила более чем на 1–2 см за края стомы. При создании илеостомы применяли методику Торнболла [1].

При формировании стомы по поводу кишечной непроходимости, для предотвращения загрязнения операционной раны до окончания наложения кожно-кишечных швов использовался следующий прием. После минимального рассечения кишки в приводящий отдел ее вводили катетер Фогарти. Через него при необходимости производили аспирацию содержимого из стомируемого участка. Раздувание баллона катетера в приводящем отделе ниже уровня брюшной стенки предотвращало поступление кишечного содержимого до полного завершения операции. В раннем послеоперационном периоде с 1-х суток использовали клеящийся дренируемый калоприёмник, надежной фиксации которого способствовала округлая форма стомы и удерживающая ее палочка минимального размера.

При отсутствии выраженной кишечной непроходимости нами предложено использовать в качестве элемента, удерживающего стому, лоскуты, выкраиваемые из краев апоневроза раны брюшной стенки и проводимые через окно в брыжейке стомируемой кишки (рисунок). Это позволяло обойтись без удерживающей палочки, сохраняя фиксацию стомированного участка кишки. Такая методика была выполнена у 15 больных.

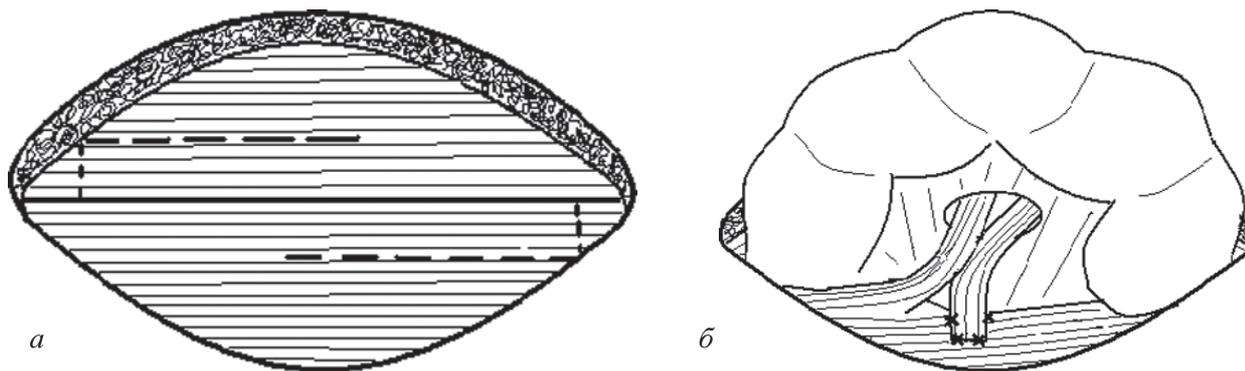


Схема формирования петлевой колостомы с использованием апоневротических лоскутов.

а — схема выкраивания лоскутов; б — проведение лоскутов через окно в брюшной стенке.

Результаты и обсуждение. Среднее время операции составило (31 ± 6) мин. Операцию из мини-лапаротомного доступа удалось успешно выполнить у 122 (98,4%) больных. У 2 (1,6%) пациентов возникли технические трудности, связанные с выраженным спаечным процессом, что в условиях декомпенсированной кишечной непроходимости могло привести к повреждению кишки. В такой ситуации мы не пытались значительно расширять мини-доступ, а осуществляли мобилизацию из лапаротомии, производимой в стороне от места формирования стомы, с тем, чтобы это не приводило к ухудшению качества последней.

В раннем послеоперационном периоде умер 1 (0,8%) больной раком сигмовидной кишки, осложненным обтурационной непроходимостью. Причиной смерти являлась острая коронарная недостаточность. Кровотечение из острых эрозий желудка отмечено у 2 (1,6%) пациентов. Тромбофлебит вен нижних конечностей возник у 1 (0,8%) больного. Поверхностное нагноение в области кожно-кишечных швов развилось у 3 (2,4%) пациентов.

Стома носила характер временной у 107 (86,3%) больных, постоянной — у 17 (13,7%). Следует отметить, что у 7 больных с предполагаемым временным характером стомы она оказалась постоянной, из них 3 — отказались от последующего оперативного лечения. У 3 больных при операции выявлен распространенный канцероматоз брюшной полости. Декомпенсация сердечной патологии явилась противопоказанием к последующему радикальному лечению у 1 пациента.

Отдаленные результаты через 4 мес и более из-за временного характера стомы или ограниченной продолжительности жизни пациентов с запущенными опухолями удалось проследить только у 24 больных. У 1 из них отмечен пролапс стомы, у 2 — парастомическая грыжа, не требующая коррекции. Несмотря на эти осложнения,

выбор оптимального места расположения стомы на брюшной стенке позволял добиться надежного удерживания калоприёмника у всех пациентов.

Использование простой техники формирования петлевой двустольной коло- и илеостомы является важным как при ургентных, так и при плановых вмешательствах в колоректальной хирургии. Большинство неотложных стомирующих операций производятся в общехирургических стационарах с использованием широкой лапаротомии.

В 1991 г. была описана так называемая третициальная методика колостомии, при которой стома создается из минимального по размеру доступа, используемого в качестве места ее формирования [5]. Несмотря на преимущества, такая методика по-прежнему не находит широкого применения. Отчасти это связано с разработкой и внедрением лапароскопической техники, к достоинствам которой относится меньшая травматичность, возможность ревизии брюшной полости и выбора оптимального участка кишки для стомирования [3, 6].

Учитывая необходимость оптимизации техники формирования стомы в повседневной работе хирургов общей сети, а также возможные ограничения применения лапароскопической методики (спаечный процесс брюшной полости, выраженный метеоризм, невозможность создания полноценного пневмоперитонеума), мы проанализировали результаты формирования стомы из ограниченного доступа без использования лапароскопии.

Основным возражением против такой методики является ограниченная возможность ревизии брюшной полости и идентификации стомируемой кишечной петли. Мы только дважды столкнулись с необходимостью дополнительной лапаротомии при вероятных затруднениях при лапароскопической методике.

При неотложной колоректальной патологии, связанной с острой толстокишечной непроходимостью, осложнениями дивертикулярной болезни, мы являемся сторонниками двухэтапного метода лечения, при котором на первом этапе формируется двухствольная стома с отключением пораженного участка толстой кишки. На втором этапе производим ликвидацию как самого патологического процесса, так и стомы. При колоректальном раке мы не сталкивались с серьезными ошибками в определении распространенности опухолевого процесса на первом этапе. Выявление распространенного канцероматоза брюшины легко осуществлялось через мини-доступ. Детальная идентификация заболевания, вызвавшего необходимость наложения стомы, определение местной распространенности опухолевого процесса, выявление и особенности отдаленных метастазов более полноценно осуществлялись при дальнейшем обследовании после ликвидации ургентной ситуации. Это позволяло оптимизировать выбор последующего хирургического лечения, включая проведение комбинированных и расширенных вмешательств.

Большое значение для качества жизни пациентов с кишечными стомами имеет правильное ее формирование. Доказано значительное снижение качества жизни при наличии парастомических осложнений или при неверном выборе места формирования стомы [4]. Даже при временном ее характере период до момента восстановительной операции может оказаться достаточно продолжительным. Кроме того, изначально планируемая как временная стома может оказаться постоянной. Именно поэтому при формировании стомы мы прежде всего ориентировались на выбор оптимального места ее расположения на брюшной стенке.

При неотложной операции из-за опасений инфекционных осложнений часто колостомы формируют в два этапа, на первом из них фиксируя кишку к коже за серозно-мышечный слой с минимальным рассечением кишки, а на втором, спустя несколько дней, производят окончательное формирование стомы [2]. Создание стомы в один этап позволило с 1-х суток использовать современные калоприёмники, что значительно улучшало послеоперационный уход за больным и уменьшало затраты времени хирурга. Одноэтапное формирование стомы, несмотря на ранний

контакт с кишечным содержимым, привело лишь к ограниченному числу поверхностных нагноений, что, на наш взгляд, в большей степени зависело от предотвращения интраоперационного инфицирования раны при использовании описанных приемов.

Выводы. 1. Формирование двухствольной петлевой кишечной стомы, используя мини-лапаротомный доступ в качестве места ее формирования, без применения лапароскопии или широкой лапаротомии возможно у 98,4% больных.

2. Формирование стомы в один этап как при плановых, так и при экстренных оперативных вмешательствах не приводило к серьезным инфекционным осложнениям.

3. Основным принципом при формировании петлевой кишечной стомы должно быть удобство последующего ухода за ней с беспрепятственным использованием калоприёмника с 1-х суток после операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом.—М.: Стольный град, 2002.—160 с.
2. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под. ред. В.Д.Федорова, Г.И.Воробьева, В.Л.Ривкина—М.: ГНЦ колопроктологии, 1994.—432 с.
3. Hollyak M., Lumley J., Stitz R. Laparoscopic stoma formation for faecal diversion // Br. J. Surg.—1998.—Vol. 88.—P. 220–228.
4. Nugent K., Dauiels P., Stewart B., Patankar R. Quality of life in stoma patients. // Dis. Colon Rectum.—1999.—Vol. 42.—P. 1569–1574.
5. Senapati A., Phillips R. The trephine colostomy: a permanent left iliac fossa end colostomy without recourse to laparotomy // Ann. R. Coll. Surg. Engl.—1991.—Vol. 73.—P. 305–308.
6. Swain B., Ellis C.Jr. Laparoscopy-assisted loop ileostomy: an acceptable option for temporary fecal diversion after anorectal surgery // Dis. Colon Rectum.—2002.—Vol. 45.—P. 705–707.

Поступила в редакцию 13.10.2008 г.

V.I.Pomazkin, Yu.V.Mansurov

FORMATION OF DOUBLE-LOOP COLO- AND ILEOSTOMY FROM A MINI-LAPAROTOMY APPROACH

The authors analyze the technique of forming double-loop colo- and ileostomy from a mini-laparotomy approach. The operation was performed on 122 out of 124 patients for emergency indications. Postoperative lethality was 0.8%. Superficial supuration in the stoma area was noted in 2.4% of the patients.