

© С.А.Алиев, Э.С.Алиев, 2006
УДК 616.348-089.86-06-089

С.А.Алиев, Э.С.Алиев

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Г.А.Султанов) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

Ключевые слова: колостомия, постколостомические осложнения, параколостомические гнойно-воспалительные процессы, некроз, ретракция, стриктура колостомы, параколостомическая грыжа, хирургическое лечение, реабилитация.

Введение. Широкое применение одноствольной (концевой) или двухствольной раздельной колостомии как предварительного этапа, так и окончательного варианта хирургического лечения ряда заболеваний и травм толстой и прямой кишки обуславливает возникновение различных осложнений в области искусственного ануса, частота и характер которых варьируют в зависимости от методов его формирования, составляя, по данным разных авторов, в пределах от 12,9 до 74% [5–7, 11, 15, 19–25]. Частота ранних постколостомических осложнений (параколостомические гнойно-воспалительные процессы, ретракция и некроз выведенной кишки) составляет в пределах 16,4–31% [6, 12, 16], а удельный вес поздних осложнений (параколостомическая грыжа, пролапс, рубцовая стриктура колостомы и др.) при использовании традиционных способов формирования внутрибрюшной концевой колостомы колеблется от 20 до 70,6% и достигает даже 90% [4, 5, 11]. Без преувеличения можно констатировать, что в специальной литературе публикаций, детально освещающих все разновидности осложнений концевой колостомы, не так уж много [14, 20, 22, 24, 25], а большинство имеющихся работ в основном содержат сведения

лишь об отдельных их видах [5, 7–10, 17], что, на наш взгляд, далеко недостаточно для объективной оценки результатов лечения указанных осложнений и проведения полноценного научного анализа.

Материал и методы. Настоящая работа основана на сравнительном анализе ближайших и отдаленных результатов различных вариантов одноствольной (терминальной) колостомы, наложенной после резекции пораженных сегментов левой половины ободочной кишки у 62 больных, что составило 38% от всех колостомированных. Среди них различные осложнения после колостомии возникли у 34 (54,8%) больных в возрасте от 23 до 72 лет. Мужчин было 19, женщин — 15. С целью проведения сравнительной характеристики эффективности применяемых различных видов колостомы и для объективной оценки результатов лечения все больные разделены на 2 группы. В 1-ю (контрольную) группу вошли 22 больных, которым одноствольная колостома была сформирована классическим (внутрибрюшным) способом, т. е. в виде столбика, выступающего на 5–6 см над уровнем кожи, что составило 35,5% суммарного числа оперированных. Причинами формирования терминальной колостомы у больных этой группы явились стенозирующий рак левой половины ободочной кишки (у 7) и долихосигма (у 6), осложненные острой кишечной непроходимостью, травматические повреждения толстой кишки (у 5) и неспецифический язвенный колит (у 4), осложненные перфорацией кишечной стенки и перитонитом. Послеоперационные осложнения в области колостомы возникли у 16 из 22 больных. При этом ранние постколостомические осложнения наблюдали у 9 из них, поздние (в сроки от 2 до 5 лет после операции) — у 7. Учитывая неодинаковую эффективность различных видов декомпрессионных колостом, нами модифицирована методика наложения концевой плоской колостомы, суть которой заключается в том, что формирование свищевого отверстия осуществляем путем применения непрерывного сквозного слизисто-кожного шва из хромированной кетгутовой нити (или из викрила) на атравматической игле по окружности раны, т. е. че-

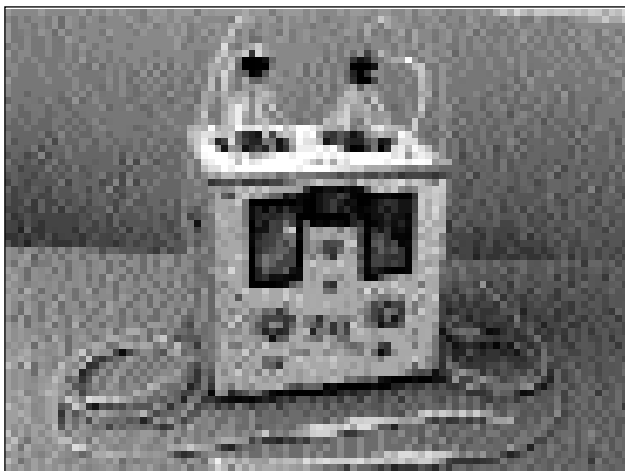


Рис. 1. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства для проведения декомпрессии толстой кишки и внутрикишечного лаважа.

рез все слои, ободочную кишку фиксируем к коже по всему периметру циркулярной раны (удост. на рац. предл. № 332, выданное БРИЗом Азербайджанского медицинского университета от 13.10.1997 г.). Мы считаем, что наложение непрерывного шва способствует более тесному и герметичному прилеганию краев свищевого отверстия к тканям перистомальной зоны, что имеет немаловажное значение для профилактики инфицирования тканей вокруг колостомы и развития параколостомических гнойно-воспалительных осложнений. Формирование стомального отверстия узловыми швами приводит к образованию щелевидных пространств между дистальным отделом выведенной кишки и кожей по всей окружности круговой раны, что даже при самом скрупулезном уходе за колостомой не исключает опасность проникновения кишечного содержимого в подлежащие ткани передней брюшной стенки (даже в брюшную полость!) и развитие тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений (в том числе и перитонита). При длинном дистальном отрезке кишки считаем целесообразным формирование двустольной колостомы или подшивание отключенной культи в бок проксимального сегмента. В последнем варианте линия швов дистальной культи укрывается стенкой приводящего отдела. Такой прием в отдаленном периоде значительно облегчает выполнение последующего этапа операции — восстановление непрерывности кишечной трубки с ликвидацией колостомы. Для повышения эффективности разгрузки толстой кишки через колостому нами также разработан способ управляемой (контролируемой) интра- и послеоперационной декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки и сконструирована новая модель аспирационно-промывного устройства (патент Центра национальной патентной экспертизы при Государственном комитете науки и техники Азербайджанской Республики № J 2001 0025 от 11.01.2001 г.). Основные технические данные вакуумно-нагнетательного устройства: диапазон регулируемого давления (разрежения) — 0–300 мм рт. ст., производительность по аспирации и нагнетанию жидкости — 0–1200 мл/мин, режим работы длительный (до 6 ч) и непрерывный. Оптимальный диапазон колебания рабочего режима устройства (синхронная непрерывная аспирация-иригация или циклическая процедура), наличие относительно длинной аспирирующей трубки, позволяющей произвести декомпрессию более проксимальных отделов толстой кишки и возможность осуществления внутрипросветной ирригации путем струйного нагнетания промывающего

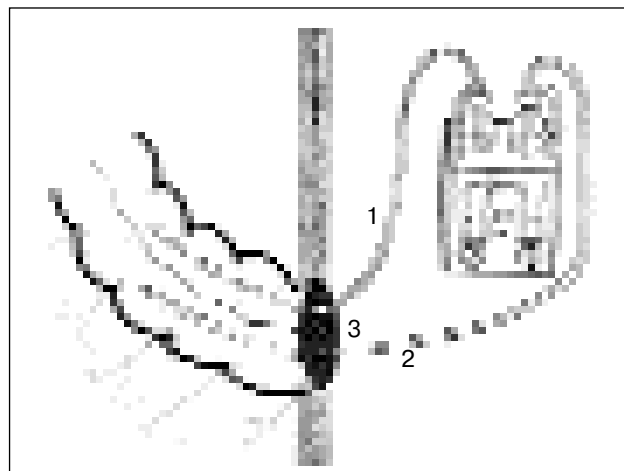


Рис. 2. Схематическое изображение внутрипросветного лаважа толстой кишки через колостому с помощью аспирационно-промывного устройства.

1 — трубка для аспирации; 2 — трубка для нагнетания антисептических растворов; 3 — колостома.

раствора через колостому в различные сроки после операции и в период подготовки больных к восстановительно-реконструктивным вмешательствам характеризуют высокую производительность предложенного устройства. Контролируемая разгрузка дилатированной толстой кишки, обеспечивая уменьшение внутрипросветного и внутрибрюшного давления, а также «управляемое» растяжение (и натяжение) кишечной стенки и стомального конца способствуют стабильному удержанию выведенной кишки в зоне фиксации её к передней брюшной стенке. Результаты этих разработок нашли отражения в наших предыдущих работах [1–3]. Общий вид вакуумного аспирационно-промывного устройства и схематическое изображение внутрипросветного лаважа толстой кишки через колостому представлены на рис. 1, 2. За период с 1994 по 2002 г. резекция пораженного сегмента с формированием терминальной плоской колостомы по модифицированной нами методике выполнена у 40 больных со стенозирующим раком левой половины ободочной кишки, осложненным острой непроходимостью, которые включены в основную группу, что составило 64,5% от всех оперированных. Различные постколостомические осложнения развились у 18 из 40 больных. При этом ранние осложнения возникли у 13 больных, поздние — у 5. Как видно из приведенных данных, применение плоской терминальной колостомы в модифицированном нами варианте не привело к увеличению частоты послеоперационных осложнений в области колостомы. Таким образом, суммарное число больных с различными осложнениями колостомы составило 34, что соответствует 54,8% от всех колостомированных. Лидирующее место в общей структуре нозологических причин формирования концевой колостомы занимал стенозирующий рак левой половины ободочной кишки (у 19), осложненный острой кишечной непроходимостью. Среди неопухолевых заболеваний, послуживших показаниями к наложению терминальной колостомы, долихосигма отмечена — у 6 пациентов, неспецифический язвенный колит — у 4. Основаниями для создания одноствольного искусственного ануса явились также травматические повреждения толстой кишки (у 5). Частота и характер ранних и поздних постколостомических осложнений в зависимости от способов формирования колостом представлены в таблице.

Частота и характер ранних и поздних постколостомических осложнений в зависимости от способов формирования колостом

Виды колостом	Характер осложнений							Итого
	ранние				поздние			
	параколосто-мический абсцесс	параколосто-мическая флегмона	некроз выведенной кишки	ретракция колостомы	параколосто-мическая грыжа	рубцовая стриктура колостомы	пролапс колостомы	
Классическая одностовольная колостома «столбиком» (n=22)	4	3	2	–	4	2	1	16
Модифицированный вариант одностовольной плоской колостомы (n=40)	7	4	–	2	3	2	–	18
Всего	11	7	2	2	7	4	1	34

Результаты и обсуждение. Хирургическое лечение больных с постколостомическими осложнениями представляет трудную и сложную задачу, что связано прежде всего с видом указанных осложнений, особенностью топографоанатомических изменений тканей брюшной стенки в области колостомы, характером сопутствующих заболеваний и возрастом больных и предусматривает применение индивидуально-дифференцированной тактики [8–11, 13, 17, 26]. Раннее вскрытие и адекватное дренирование параколостомических абсцессов (у 11) и флегмон (у 7) в сочетании с рациональной антибактериальной терапией с учетом микробного пейзажа выделенной флоры, а также применение контролируемой (управляемой) декомпрессии и внутрипросветного лаважа толстой кишки способствовали полной санации гнойно-воспалительных осложнений вокруг колостомы у всех 18 больных. Среди ранних постколостомических осложнений некроз выведенной кишки и ретракцию колостомы наблюдали одинаково часто (по 2 больных). Относительно меньшую частоту возникновения ретракции колостомы в общей структуре осложнений (2 из 18) у больных основной группы мы объясняем применением модифицированного варианта наложения плоской концевой колостомы, а также проведением управляемой (контролируемой) интра- и послеоперационной декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки по разработанному нами способу с использованием сконструированной новой модели аспирационно-промывного устройства. Оперативное лечение больных с некрозом и ретракцией колостомы заключалось в выполнении релапаротомии и реконструкции колостомы на прежнем месте после резекции измененных участков ободочной кишки. Мы, как и другие авторы [7], параколостомические грыжи относим к разновидностям послеоперационных (вентральных) грыж.

Величину грыжи определили с учетом классификации, разработанной К.Д.Тоскиным и

В.В.Жебровским [18], согласно которой средняя параколостомическая грыжа была у 5 больных, обширная — у 2. В своей практике мы при хирургической коррекции параколостомических грыж отдаем предпочтение аутопластическим методам с использованием способов фасциально-апоневротической пластики грыжевых ворот. Наиболее часто применяем способы Мартынова, Напалкова и Сапезко, которые широко используются в повседневной хирургической практике. С учетом особенности тактики хирургического лечения, больных с параколостомической грыжей разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 3 больных, состояние которых позволило произвести одномоментную пластику дефекта брюшной стенки и восстановительную операцию с устранением колостомы. Ликвидацию параколостомических грыж у этих больных осуществляли путем создания дубликатуры из апоневроза, в ходе которой производили также пластику дефекта передней брюшной стенки на месте колостомы. Непрерывность толстой кишки восстанавливали путем формирования сигморектального анастомоза. Во 2-ю группу включили 4 больных, у которых хирургическую коррекцию параколостомических грыж производили без восстановления непрерывности толстой кишки и ликвидации колостомы. У 2 из них выполнена пластика грыжевых ворот без какого-либо вмешательства на колостоме. У третьей больной произведена пластика параколостомической грыжи в сочетании с коррекцией (реконструкцией) колостомы и оставлением её на прежнем месте. Пластику параколостомической грыжи выполнили ещё одному больному 2-й группы, которую сочетали с реконструкцией и перемещением колостомы на новое место после резекции рубцово-измененного участка ободочной кишки и старой колостомы.

Тактика хирургического лечения больных с рубцовой стриктурой колостомы определялась выраженностью рубцовых изменений передней брюшной стенки в области колостомы и окру-

жающих тканях, уровнем и протяженностью сужения и степени нарушения кишечного пассажа. У одной больной стриктура была в пределах стомального конца (устья) искусственного ануса, т.е. в рубцовый процесс был вовлечен только верхний ободок (наружный цилиндр) колостомы. Оперативное вмешательство при этом заключалось в иссечении рубцово-измененных тканей перистомальной зоны, мобилизации выведенной петли ободочной кишки до апоневроза и формировании неоколостомы на прежнем месте. Ввиду наличия выраженных рубцовых изменений и плотных сращений в области колостомы, которые распространялись на внутрибрюшную часть выведенного сегмента ободочной кишки, хирургические вмешательства у 3 больных с протяженными стриктурами колостомы выполнены с применением лапаротомии. У всех этих больных хирургическая коррекция колостомы была осуществлена путем мобилизации выведенной петли ободочной кишки с участком стриктуры, её резекции и наложения новой колостомы. Реконструкция колостомы с формированием её на прежнем месте после резекции избытка ободочной кишки выполнена ещё одному больному по поводу выпадения толстой кишки через стому.

Отдаленные результаты хирургического лечения прослежены в сроки от 2 до 5 лет у 10 из 12 больных с поздними постколостомическими осложнениями в возрасте от 58 до 70 лет. Мужчин было 7, женщин — 3. У 5 из этих больных, которые представляли контрольную группу, была концевая одностольная колостома, сформированная ранее классическим способом в виде «столбика» по поводу долихосигмы (у 4) и повреждения толстой кишки (у 1). У остальных 5 больных, составляющих основную группу, была одностольная плоская колостома на уровне кожи, наложенная в модифицированном нами варианте по поводу стенозирующего рака левой половины ободочной кишки. Объем ранее выполненных операций у 7 из этих больных с параколостомическими грыжами сводился к пластике грыжевых ворот, которая сочеталась с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки и ликвидацией колостомы у 3 из них (в контрольной группе — у 2, основной — у 1). У этих больных имелись признаки спаечной болезни брюшины с явлениями хронической кишечной непроходимости с ремиттирующим течением, легко поддающиеся консервативной терапии. У 4 больных (в контрольной группе — у 2, основной — у 2), которым в прошлом пластика параколостомических грыж производилась без восстановительных

вмешательств на толстой кишке, функциональные нарушения со стороны колостом не были выявлены, в то время как у 2 больных контрольной группы был установлен рецидив параколостомической грыжи. Случаев рецидивов параколостомических грыж среди больных основной группы не наблюдали. Возраст этих больных колебался от 58 до 67 лет. Им было произведено восстановление непрерывности толстой кишки с ликвидацией колостомы в сочетании с хирургической коррекцией параколостомической грыжи у 2 больных контрольной группы. У 3 больных (в контрольной группе — у 1, основной — у 2), перенесших ранее оперативные вмешательства по формированию неоколостомы по поводу рубцовой стриктуры искусственного ануса, каких-либо нарушений функции стомы не наблюдали. Среди них повторная операция с целью восстановления естественного кишечного пассажа и ликвидации колостомы оказалась возможной у 1 больной основной группы. Выполнение восстановительных вмешательств на толстой кишке у 2 остальных больных (в контрольной группе — у 1, основной — у 1) было признано нецелесообразным из-за высокой степени операционного риска, связанного с возрастными особенностями организма и серьезными сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и нарушениями обменных процессов.

Выводы. 1. Разработка рациональных вариантов формирования одностольной концевой колостомы, а также совершенствование способов интра- и послеоперационной декомпрессии толстой кишки позволяют уменьшить частоту постколостомических осложнений и улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты хирургического лечения больных.

2. Они создают реальные предпосылки для полноценной медико-социальной и трудовой реабилитации колостомированных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения обтурационной непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.—Баку, 2000.—50 с.
2. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия.—2001.—№ 8.—С. 44–50.
3. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки // Вестн. хир.—2001.—№ 4.—С. 44–49.
4. Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Батталов М.Ю. и др. Выбор способа наложения колостомы для уменьшения частоты осложнений и болезней колостом // Международный хи-

- рургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Труды.—Ростов н/Д, 2005.—С. 346.
5. Еропкин П.В., Царьков П.В., Калашников В.Н. и др. Хирургическое лечение параколостомических грыж и пролапсов // Хирургия.—2000.—№ 1.—С. 15–18.
 6. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Рудин Э.П. и др. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии толстой кишки // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Труды.—Ростов н/Д, 2005.—С. 351.
 7. Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д.Федорова, Г.И.Воробьева, В.Л.Ривкина—М., 1994.—С. 77–78, 186–190.
 8. Коновалов С.В. Параколостомические грыжи //Вестн. хир.—2003.—№ 6.—С. 105–109.
 9. Коновалов С.В. Пролапсы колостомы // Вестн. хир.—2004.—№ 2.—С. 128–131.
 10. Коновалов С.В., Стойко Ю.М., Синенченко Г.И. Усовершенствованный способ лечения стриктуры колостомы на уровне кожи // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Труды.—Ростов н/Д, 2005.—С. 353.
 11. Михайлова Е.В., Петров В.П., Леонов С.В. Болезни колостомы // Проблемы колопроктол.—М., 2000.—Вып. 17.—С. 136–139.
 12. Пажитнов С.М., Коновалов С.В., Синенченко Г.И. Ранние осложнения колостомии у больных, оперированных в экстренном порядке // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы научной конференции.—М.: ИД «Медпрактика», 2005.—С. 599–600.
 13. Петров В.П., Михайлова Е.В. Хирургическое лечение осложнений колостомы // Актуальные вопросы совершенствования специализированной медицинской помощи: Тезисы научной конференции.—Красногорск, 1998.—С. 126–127.
 14. Плотников В.В., Спирев В.В., Чинарев Ю.Б. Применение сетки из никелида титана в лечении параколостомических грыж // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы научной конференции.—М.: ИД «Медпрактика», 2005.—С. 452.
 15. Рудин Э.П., Упырев А.В., Миронов А.С. К вопросу профилактики параколостомических осложнений // Инфекция в хирургии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов.—Пятигорск, 2001.—С. 82.
 16. Смиренин С.В., Коновалов С.В., Синенченко Г.И. Метод профилактики гнойных осложнений в области колостомы // Актуальные проблемы колопроктологии: Материалы научной конференции.—М.: ИД «Медпрактика», 2005.—С. 602–603.
 17. Стойко Ю.М., Синенченко Г.И., Коновалов С.В. Усовершенствованный способ лечения параколостомической грыжи без вмешательства на колостоме // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Труды.—Ростов н/Д, 2005.—С. 369.
 18. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота.—М.: Медицина, 1983.—С. 179–207.
 19. Alexandre J.H., Bouillot J.L. Paracolostomal hernia: repair with use of a dacron prosthesis // World J. Surg.—1993.—Vol. 17, № 5.—P. 680–682.
 20. Andivot T., Bail J.P., Chio F. et al. Les complications des colostomies: Suivi de 500 patients colostomisés // Ann. Chir.—1996.—Vol. 50, № 3.—P. 252–257.
 21. Carson L., Lang E.V. Percutaneous colostomy for treatment of mechanical obstruction: factors affecting feasibility [see comments] // J. Vasc. Interv. Radiol.—1996.—Vol. 7, № 4.—P. 561–567.
 22. Londono-Schimmer E.E., Leong A.P., Ohilips R.K. Life table analyses of stomal complications following colostomy // Dis. Colon Rectum.—1994.—Vol. 37, № 9.—P. 916–920.
 23. Lyght H.G. A secure end colostomy technique // Surg. Gynecol. Obstet.—1992.—Vol. 174, № 1.—P. 67–68.
 24. Patwardhan N., Kiely E.M., Drake D.P. et al. Colostomy for anorectal anomalies: high incidence of complications // J.Pediatr.Surg.—2002.—Vol. 36, № 5.—P. 795–798.
 25. Shellito P.C. Complications of abdominal stoma surgery // Dis. Colon Rectum.—1998.—Vol. 41, № 12.—P. 1562–1572.
 26. de Ruiter P., Bijnen A.B. Successful local repair of paracolostomy hernia with a newly developed prosthetic device // Intern. J.Colorectal Dis.—1992.—Vol. 7, № 3.—P. 132–134.

Поступила в редакцию 09.11.2005 г.

S.A.Aliev, E.S.Aliev

COMPLICATIONS OF THE TERMINAL COLOSTOMY AND THEIR TREATMENT

The authors describe a comparative analysis of results of surgical treatment of complications after using different variants of end terminal colostomy in 34 patients aged from 23 to 72 years with stenosing carcinoma of the sigmoid (in 19 patients) and dolichosigmoid (in 6 patients) complicated by acute intestinal obstruction, traumatic injuries of the colon (in 5 patients) and nonspecific ulcerative colitis (in 4 patients) complicated by perforation of the intestinal wall and peritonitis. It was found that using a modified variant of formation of end terminal flat colostomy and performing a controlled intra- and postoperative decompression and intraluminal lavage of the colon with the help of an original author's new model of the aspiration-lavage device allows the number of postcolostomy complications to be decreased and the nearest and long-term results of surgical treatment to be improved.