

П.Г. Курдюкова, И.П. Попов, Н.В. Попова

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ

Городская больница № 4 (Улан-Удэ)

От 20 до 65 % абдоминальных колопроктологических операций заканчиваются выведением стомы. При этом нередко возникают осложнения со стороны сформированной стомы в раннем послеоперационном периоде и в более поздние сроки. К ранним относят некроз и ретракцию выведенной кишки, эвентрацию, перистомальную флегмону и параколостомические абсцессы, кишечную непроходимость. Эти осложнения выявляются стационарно, требуют экстренного хирургического вмешательства. Поэтому статистика их хорошо изучена и освещена в литературе. К поздним осложнениям относят стриктуры, пролапс, эвагинацию, параколостомические грыжи, параколостомические свищи, перистомальный дерматит (Григорьев Е.Г. с соавт., 2001).

Осложнения в области концевой колостомы встречаются у 6,6 – 74 % больных, в раннем послеоперационном периоде – 5,2 – 37 %, а в более отдаленные сроки наблюдение осложнений колеблется в диапазоне от 4,3 до 90,9 % (Воробьев Г.И., Царьков П.В., 2001).

Мы проанализировали 221 больного стомоносителя, наблюдавшихся в 2003 – 2005 гг. в кабинете по уходу за стомой Республиканского центра колопроктологии. Больных в возрасте до 30 лет было 16 больных (7,5 %), от 30 до 60 лет – 103 больных (46,5 %), старше 60 лет – 102 больных (46,0 %). Из них мужчин было 95, женщин – 126.

У 165 больных колостома была сформирована по поводу рака прямой и сигмовидной кишки, что составило 74,2 %. У 10 больных колостома выведена во время гинекологических операций, при раке яичников и матки, что составило 4,5 %, при травмах прямой кишки – у 24 больных, соответственно 11,1 %. У 19 больных колостома сформирована по поводу таких заболеваний как НЯК, болезнь Крона, болезнь Гиршпрунга, что составило 8,5 %. С колостомой по поводу острого хирургического заболевания – разлитой перитонит на фоне деструктивного панкреонекроза – был 1 больной (0,5 %). У 1 больного колостома выведена при выпадении прямой кишки с ее ущемлением и некрозом, и у 1 больного колостома наложена при обширном некротическом парапроктите.

По длительности стомоносительства больные распределялись следующим образом: до 4 месяцев – 19 больных (8,6 %), от 4 месяцев до года – 90 больных (40,9 %), до 5 лет – 95 больных (42,9 %), до 10 лет – 9 больных (4 %), более 10 лет – 8 больных (3,5 %).

Среди проанализированных больных с одноствольной концевой колостомой было 120 больных (54,5 %), с пристеночной разгрузочной – 28 боль-

ных (12,8 %), с петлевой двуствольной – 73 больных (32,7 %).

При оценке состояния колостом выявлены следующие осложнения.

Лигатурные свищи – 26 больных (12 %), нередко множественные по всей окружности колостомы. Образование лигатурных свищей в позднем периоде связано с воспалительными инфильтратами и параколостомическими абсцессами в раннем послеоперационном периоде, с неудаленными лигатурами, с методикой фиксации марлевого валика вокруг колостомы. У 1 больного ослизненный, инфицированный марлевый валик был удален в кабинете по уходу за стомой через 2 месяца после операции. И врач поликлиники и больной считали, что колостома постоянная, значит и валик привязан на постоянное время. В отделении проктологии марлевый валик не фиксируется лигатурами, и при перевязке меняется ежедневно. Лигатуры, фиксирующие кишку к коже, так же снимаются на 9 сутки.

Разрастание полиповидных образований на слизистой колостомы выявлены у 22 больных (10 %), отечность слизистой и частая кровоточивость – у 26 больных (7 %). Стриктура колостомы отмечена у 9 больных (4 %). Пролапс престомального отдела кишки отмечается у 47 больных (21 %), из них у 5 больных выпадает до 15 см кишки, слизистая постоянно мацерируется, кровоточит, выделяется слизь, возникает параколостомический дерматит. Реконструкция колостомы не предпринимается из-за тяжелого общего состояния больного и прогрессирования основного процесса. Ношение калоприемника при этом затрудняется.

Параколостомические грыжи выявлены у 55 больных (25 %). Параколостомический толстокишечный свищ – 3 больных (1,4 %).

Правильно сформированные колостомы без вышеперечисленных поздних осложнений были у 43 больных (19,6 %), это в основном одноствольные колостомы после операции Гартмана.

Проанализировать причины поздних осложнений колостом затруднительно, т.к. в протоколах операций и тем более в справках не отмечается методика формирования колостом. Статистика осложнений так же не достоверна, т.к. с течением времени состояние больных ухудшается, появляются поздние осложнения, а больные на прием к проктологу не могут прийти. Качество жизни больного в первые 5 лет после операции определяется чаще качеством колостомы, а не радикальностью операции. «Редко встретится стомированный больной, ознамененный по месту первичной операции с приема-

ми санации и тренировки постстомального сегмента, правилами ухода за стомой и нормализацией стула, рациональной диетой» (Григорьев Е.Г., 2001). Как отмечает Г.М. Манихас, в конце тяжелой длительной операции, накладывая стому, хирург может расслабиться, и технике формирования колостомы уделяется меньше внимания. Это недопустимо, т.к. именно качество колостомы во многом определяет и качество жизни больного при благоприятной ситуации с основным заболеванием.

В связи с этим завершающему этапу операции — выведению колостомы, необходимо придавать большее значение, педантично соблюдать технику наложения колостомы, обучать больного уходу за стомой, врачам давать подробные рекомендации по уходу за стомой. После операции больные должны наблюдаться в кабинетах по реабилитации стомированных больных, а если их нет — у проктолога, прошедшего подготовку по уходу за стомами.