

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Махмуд Вилевич Тимербулатов¹, Артур Альберович Ибатуллин^{1*},
Фазыл Мингазович Гайнутдинов¹, Андрей Владиславович Куляпин²,
Лилия Ринатовна Аитова¹, Альбина Исламовна Кызылбаева¹, Айрат Асхатович Абдеев²,
Азамат Салаватович Фатхуллин³

¹Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа,

²Городская клиническая больница №21, г. Уфа,

³Медсанчасть ОАО «Международный аэропорт», г. Уфа

Реферат

Цель. Провести детальный анализ причин развития поздних стомальных осложнений, определить показания для их хирургической коррекции, оценить эффективность новых методов оперативных вмешательств.

Методы. Проведён анализ причин развития поздних стомальных осложнений у 141 больного со стомой толстой кишки.

Результаты. Парастомальная грыжа выявлена у 44 (31,2%), пролапс — у 29 (20,6%), стриктура — у 9 (6,4%) больных. Внедрены в практику новые методы хирургической коррекции осложнённых стом.

Парастомальная грыжа обнаружена у 44 (31,2%) пациентов — 26 (59,1%) женщин и 18 (40,9%) мужчин, все пациенты с данным осложнением были старше 50 лет, к возрастной группе 71–80 лет относились 43,5% больных. С 2005 г. нами выполнено 17 реконструктивных операций по поводу парастомальных грыж (патенты РФ №2406454 и №2395238).

Пролапс стомы был отмечен у 29 (20,6%) пациентов, в 10 случаях — у пациентов в возрасте от 71 до 80 лет. Наиболее часто данное осложнение развивалось в группе больных, имеющих двустольную трансверзостому — у 10 (76,9%) из 13 больных. По поводу пролапса оперированы 4 пациента.

Стриктура стомы диагностирована у 9 (6,4%) больных. У 7 пациентов со стриктурой стомы в раннем послеоперационном периоде зарегистрированы нагноение парастомальной раны (4 случая), краевой некроз стомы (2 случая) и ретракция стомы (1 случай). Коррекция с применением стента для профилактики рецидива (патент РФ №2357681) проведена во всех случаях.

Так называемая «втянутая стома» диагностирована в 16,3% случаев (23 пациента). Хотя данное состояние не относится к стомальным осложнениям в чистом виде, однако в большинстве случаев становится причиной невозможности использования калоприёмника, снижая качество жизни.

Вывод. Несмотря на неизбежность развития парастомальных осложнений, при условии правильной хирургической техники можно предупредить или отсрочить их возникновение; реконструктивные вмешательства осложнённых стом, выполненные в объёме перемещения стомы на новое место с забрюшинным проведением, позволяют получить удовлетворительные результаты, значительно улучшить качество жизни, что способствует полноценной социальной адаптации стомированного больного.

Ключевые слова: кишечная стома, хирургическое лечение, стомальные осложнения, реконструктивная операция, рак толстой кишки.

LATE STOMAL COMPLICATIONS AND THEIR SURGICAL CORRECTION M.V. Timerbulatov¹, A.A. Ibatullin¹, F.M. Gaynutdinov¹, A.V. Kulyapin², L.R. Aitova¹, A.I. Kyzylbaeva¹, A.A. Abdeev², A.S. Fatkhullin³. *Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, ²City Clinical Hospital №21, Ufa, Russia, ³Medical Sanitary Unit JSC «International airport», Ufa, Russia.* **Aim.** To conduct a detailed analysis of the causes of development of late stomal complications, to determine the indications for surgical correction, to evaluate the effectiveness of new methods of surgical treatment. **Methods.** Conducted was an analysis of the causes of late stomal complications in 141 patients with a stoma of the colon. **Results.** A parastomal hernia was diagnosed in 44 (31.2%), prolapse — in 29 (20.6%), stricture — in 9 (6.4%) patients. Introduced into practice were new methods of surgical correction of complicated stomas. Parastomal hernia was detected in 44 (31.2%) patients — 26 (59.1%) females and 18 (40.9%) males, all patients with this complication were older than 50 years, the age group 71–80 years included 43.5% of patients. Since 2005 performed were 17 reconstructive operations for parastomal hernias (Russian Federation patent №2406454 and №2395238). Stoma prolapse was observed in 29 (20.6%) patients, 10 cases — in patients aged 71 to 80 years. Most often this complication developed in patients with double-barreled transverse stomas — in 10 (76.9%) of 13 patients. 4 patients underwent surgery due to prolapse. Stoma stricture was diagnosed in 9 (6.4%) patients. In 7 patients with a stoma stricture in the early postoperative period registered was festering of the parastomal wound (4 cases), marginal necrosis of the stoma (2 cases), and stoma retraction (1 case). Correction with the use of stents for the prevention of recurrence (Russian Federation patent №2357681) was conducted in all cases. The so-called «lock-stoma» was diagnosed in 16.3% of cases (23 patients). Although this condition does not belong to stomal complications in its pure form, however in most cases it causes the inability to use the incontinence bag, reducing the quality of life. **Conclusion.** Despite the inevitability of the development of parastomal complications, provided proper surgical techniques can either prevent or delay their appearance; reconstructive operations for complicated stomas, conducted by moving the stoma to a new place with retroperitoneal conduction makes it possible to obtain satisfactory results, significantly improve the quality of life that promotes full social adaptation of stomal patients. **Keywords:** intestinal stoma, surgical treatment, stomal complications, reconstructive surgery, colon cancer.

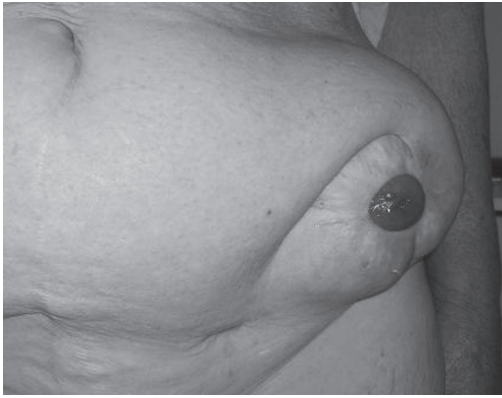


Рис. 1. Вид больной с сигмостомой, осложнённой пара-стомальной грыжей.

Неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком и другими видами патологии толстой кишки приводит к увеличению количества операций, заканчивающихся наложением кишечной стомы [1, 3–5]. Актуальны проблемы ухода за стомой, профилактики осложнений и полноценной реабилитации больного [2].

Цель работы — провести анализ причин поздних стомальных осложнений, определить показания для их хирургической коррекции и оценить эффективность новых методов оперативного вмешательства.

Всего исследован 141 человек, находящийся на диспансерном наблюдении в кабинете реабилитации стомированных больных городской клинической больницы №21 г. Уфы. Большинству больных (121 человек, 85,8%) было выполнено оперативное вмешательство по поводу рака толстой кишки, в том числе 103 (85,1%) пациента оперированы радикально, 18 (14,9%) перенесли паллиативные вмешательства. По поводу осложнённой дивертикулярной болезни толстой кишки оперированы 8 (5,7%) человек. Язвенным колитом и болезнью Крона страдали 4 (2,8%) больных. У 4 (2,8%) пациентов причиной наложения стомы стали травма кишки и спаечная болезнь брюшины.

По видам стомы больные распределились следующим образом: 107 (75,9%) пациентов имели сигмостому, которая в большинстве случаев была одноствольной — 97 (90,7%) человек. Мужчин и женщин было 51 (47,7%) и 56 (52,3%) соответственно. В 20 (14,2%) наблюдениях была сформирована трансверзостомы, которая в 13 (65%) случаях была двухствольной, в 7 (35%) — одноствольной. Илеостомы присутствовала у 13 (9,2%) пациентов, чаще встречалась одностволь-

Таблица 1
Распространённость стомальных осложнений у больных со стомой

Осложнения	Количество (n=141)	%
Грыжа	44	31,2
Пропалс	29	20,6
Стриктура	9	6,4
Свищ	22	15,6
Мацерация	32	22,7
Гипергрануляции	6	4,3
Втянутая стома (дефектная)	23	16,3

ная — в 9 (69,2%) случаях. У одной больной по поводу опухоли малого таза в связи с диа- статическим разрывом слепой кишки была выведена цекостомы (0,7%).

При обследовании больных акцент де- лали на выявлении осложнений со сторо- ны стомы и возможных причин их разви- тия. Не обнаружено осложнений только у 33 (23,4%) пациентов, в данной группе пре- обладали мужчины — 23 (69,7%) человека.

Суммарное количество осложнений пре- вышает общее количество пациентов, по- скольку у одного больного могли быть вы- явлены два и более осложнений.

Парастомальная грыжа (ПСГ) (рис. 1) выявлена у 44 (31,2%) пациентов — 26 (59,1%) женщин и 18 (40,9%) мужчин (табл. 1). Бо- лее высокая частота этого осложнения у женщин соответствует литературным дан- ным [6] и обусловлена слабостью передней брюшной стенки. Все пациенты с данным осложнением были старше 50 лет, причём к возрастной категории 71–80 лет относи- лись 43,5% больных. Большинство паци- ентов с ПСГ (29 человек, 65,9%) ранее пере- несли плановое радикальное вмешательство по поводу рака прямой кишки (43,3% в этой группе), при этом только 10 (22,7%) человек перенесли экстренное радикальное вмеша- тельство (27,8% в этой группе). Различия в частоте осложнений после плановой и ради- кальной операций можно объяснить более длительным периодом носительства стомы у пациентов с пожизненной стомой, тогда как большинство больных, перенёвших экс- тренное радикальное вмешательство с выве- дением стомы, подвергаются восстановитель- ной операции ещё до развития возможных осложнений. У пациентов с одноствольной сигмостомой ПСГ диагностировали чаще —



Рис. 2. Вид больной с цекостомой, осложнённой пролапсом.

в 38 (38,8%) случаях, что, по-видимому, обусловлено более длительным периодом носительства стомы. Относительно редко ПСГ выявляли у пациентов с илеостомой — только в 2 (15,4%) случаях, что также соответствует литературным данным [7].

В большинстве случаев ПСГ пациентов не беспокоили и не мешали использовать калоприёмник. Противопоказаниями к оперативному лечению ПСГ были распространённость основного процесса и тяжёлые сопутствующие заболевания.

В 2005 г. был открыт городской кабинет реабилитации стомированных больных. С этого момента нами было выполнено 17 реконструктивных операций по поводу ПСГ. Все больные имели пожизненную сигмостому после перенесённой экстирпации или брюшно-анальной резекции прямой кишки.

Во всех случаях пациенты предъявляли жалобы на периодически возникающие приступы болей в области грыжевого выпячивания, а также невозможность использовать калоприёмник в связи с выраженной деформацией в области стомы. Все больные проходили тщательное обследование, включающее лабораторные анализы, ультразвуковое исследование, фиброколоноскопию, ирриграфию и другие методы. При отсутствии признаков рецидива заболевания и противопоказаний проводили оперативное лечение. В процессе реконструкции стомы по поводу ПСГ мы придерживаемся следующей методики (патент РФ №2406454). При отсутствии симптомов спаечной болезни брюшины операцию проводим из «местного доступа». Выполняем дополнительную мобилизацию приводящего отдела до границы средней и нижней третей нисходящей ободочной киш-

ки. После этого в предбрюшинной клетчатке формируем канал от границы средней и нижней третей нисходящей ободочной кишки до устья грыжевого мешка. Через образованный забрюшинный канал проводим сигмовидную кишку и нижнюю треть нисходящей ободочной кишки.

Предложенный метод позволяет создать более длинный забрюшинный канал, предотвращающий развитие ПСГ в последующем, и исправить резкий изгиб в области перехода нисходящей ободочной кишки в сигмовидную, что способствует облегчению пассажа содержимого по кишке. Дефект брюшины ушиваем кетгутом. При наличии условий мы перемещаем кишку выше через интактное место в мышечно-апоневротическом слое. Грыжевые ворота в зависимости от размеров либо ушиваем до размеров кишки, либо (при большом размере) укрепляем полипропиленовой сеткой с отверстием в центре, через которое проводится кишка. Существует несколько вариантов ушивания кожной раны. Первый — наиболее благоприятный, когда кишка выводится через вновь образованное отверстие в виде плоской колостомы несколько выше прежней раны, а последняя ушивается наглухо. При невозможности применения описанного способа кожную рану можно ушивать вокруг стомы. Однако в данном случае возникает неровность кожи, деформированной наложенными швами, что приводит к негерметичности и инфицированию раны при использовании калоприёмника и необходимости менять калоприёмник при снятии швов. В связи с этим нами предложен способ ушивания парастомальной раны (патент РФ №2395238), когда на кожную рану вокруг стомы накладывают непрерывный внутрикожный шов таким образом, что концы нити с узлами остаются снаружи и изнутри от пластины калоприёмника, который наклеивают на рану сразу же после предварительного покрытия её латексным клеем. Данный способ позволяет создать ровную и «герметичную рану», а снятие непрерывного шва производится без смены пластины калоприёмника.

Пролапс стомы по распространённости среди других осложнений находился на втором месте и отмечен в 29 (20,6%) случаях. Анализ распространённости данного осложнения не выявил какой-либо зависимости от пола больного. Пик отмечен в возрастной группе от 71 до 80 лет, где пролапс диагностирован у 10 (21,7%) больных. Наиболее распространено данное осложнение в группе



Рис. 3. Пропалс сигмостомы.

больных, имеющих двустольную трансверзостому, пролапс выявлен у 10 из 13 больных (76,9%). В 9 случаях выпадала отводящая кишка. Эта особенность обусловлена наличием длинной брыжейки поперечной ободочной кишки. В одном случае пролапс отмечен у больной с цекостомой, что наглядно демонстрирует порочность данного вида стомы (рис. 2). Пропалс цекостомы развился уже через 3 мес, при этом выпадающий сегмент состоял из всей илеоцекальной области, включающей восходящую ободочную и терминальный отдел подвздошной кишки. Пациентка не могла использовать калоприёмник и испытывала значительные трудности при уходе за стомой.

Как правило, наличие пролапса не считают показанием для реконструкции стомы. Зачастую выпадение носило непостоянный характер, в покое кишка самостоятельно вправлялась в брюшную полость. В нашей клинике по поводу пролапса прооперированы 4 пациента. Во всех случаях это были больные с длительным периодом носительства стомы, у которых выпадающий сегмент составлял более 15 см и вызывал значительные трудности или невозможность использования калоприёмника (рис. 3). Объём оперативного вмешательства, выполняемого при пролапсе, был тот же, что и при ПСГ. Производили выделение кишки, резекцию выпадающего сегмента, проведение кишки через забрюшинный канал по разработанной методике. В 3 случаях удалось перенести стому на новое место (выше). Дефект апоневроза укрепили полипропиленовой сеткой. Осложнений не отмечено.

Стриктура стомы (рис. 4) диагностирована у 9 (6,4%) больных. Анализ причин

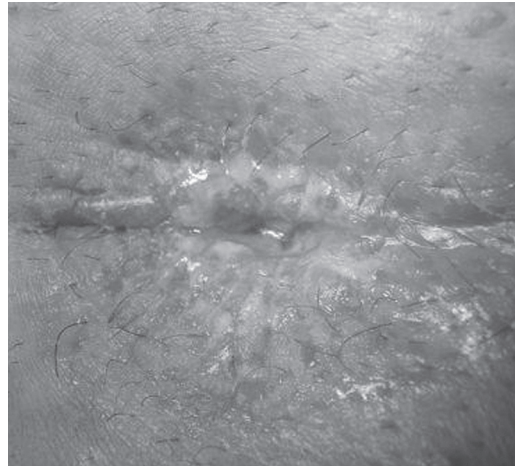


Рис. 4. Одностольная сигмостома, осложнённая стриктурой.

развития стриктуры выявил у 7 пациентов стомальные осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде нагноения парастомальной раны (4 случая), краевого некроза стомы (2 случая) и ретракции стомы (1 случай). Характер данного осложнения потребовал коррекции во всех случаях. При рассечении стриктуры мы использовали разработанный способ с применением стента для профилактики рецидива стриктуры (патент РФ №2357681).

Особое внимание при обследовании уделено выявлению пациентов с так называемой «втянутой стомой», диагностированной в 16,3% случаев (23 пациента). Данное состояние не относится к стомальным осложнениям в чистом виде, однако в большинстве случаев именно оно становилось причиной невозможности использовать калоприёмник, значительно снижая качество жизни. По данным проведённого анализа, причиной образования втянутой стомы во всех случаях становится применяемая большинством хирургов техника подшивания кожи к брюшине.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на неизбежность развития парастомальных осложнений, при условии правильной хирургической техники можно предупредить или отсрочить их возникновение.

2. При стомальных осложнениях проведение реконструктивных вмешательств, выполненных в объёме перемещения стомы на новое место с забрюшинным проведением, позволяет получить удовлетворительные результаты, значительно улучшить качество

жизни с возможностью применения современных средств ухода за стомой, что способствует полноценной социальной адаптации стомированного больного.

3. Разработка новых методов хирургической коррекции стомальных осложнений позволяет улучшить результаты реконструктивных операций на стоме и требует дальнейшего развития программы хирургической реабилитации стомированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аюпов Р.Т. Современные подходы к лечению распространённого колоректального рака // Креативн. хир. и онкол. — 2010. — №3. — С. 32–36.

2. Воробьёв Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. — М.: Стольный град, 2002. — 108 с.

3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000. — М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2002. — С. 85–106.

4. Тимербулатов М.В., Гайнутдинов Ф.М., Ибатуллин А.А., Куляпин А.В. Лечение рака прямой кишки, современные тенденции // Здравоохр. Башкорт. — 2008. — №7. — С. 15–18.

5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2001 г. — М.: МИА, 2003. — С. 85–106.

6. Cheung M.-T., Chia N.-H., Chiu W.-Y. Surgical treatment of parastomal hernia complicating sigmoid colostomies // Dis. Colon Rectum. — 2001. — Vol. 44. — P. 266–270.

7. Intestinal stomas. Principles, techniques, and management. Second edition, revised and expanded / P.A. Cataldo, J.M. MacKeigan eds. — New York: Marcel Dekker, 2004. — P. 524.

УДК 616.728.3-002.2-007.274: 616.147.3-007.64-089-039.73-089.168-036.8

Т11

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Эрнест Анатольевич Щеглов**

Больница скорой медицинской помощи, г. Петрозаводск

Реферат

Цель. Оценка результатов комплексного лечения с применением методов коррекции хронической венозной недостаточности у больных, страдающих остеoarтрозом коленных суставов в сочетании с варикозной болезнью нижних конечностей.

Методы. Осмотр сердечно-сосудистого хирурга, ортопеда или ревматолога, триплексное сканирование вен нижних конечностей, артрозонография и рентгенография коленных суставов, оценка выраженности хронической венозной недостаточности по шкале CEAP [Clinical signs, Etiologic classification, Anatomic distribution, Pathophysiologic Dysfunction (1984) — клинические проявления, этиология, распространённость, патофизиологические нарушения] и степени гонартроза с использованием специальных индексов Лекена и WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index — индекс остеоартрита Университетов Западного Онтарио и Мак Мастера). Исследования проводили до начала лечения и неоднократно в течение года в процессе лечения. По показаниям применяли как консервативную терапию, так и хирургическое лечение.

Результаты. В результате проведения комплексного лечения больных было достигнуто снижение степени выраженности симптомов гонартроза, которое проявилось уменьшением значений суммарного индекса Лекена и функционального индекса WOMAC. Положительные результаты получены в группе пациентов, которым была выполнена хирургическая операция, и в группе больных, получавших консервативное лечение.

Вывод. Включение в терапию методов, направленных на ликвидацию проявлений хронической венозной недостаточности, приводит к улучшению результатов лечения остеоартроза коленных суставов.

Ключевые слова: остеоартроз, варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность.

RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AND VARICOSE DISEASES OF THE LOWER EXTREMITIES E.A. Shcheglov. Hospital for Emergency Medical Care, Petrozavodsk, Russia. **Aim.** To evaluate the results of complex treatment with application of methods of correction of chronic venous insufficiency in patients with osteoarthritis of the knee joints in combination with varicose disease of the lower extremities. **Methods.** Examination of a cardio-vascular surgeon, orthopedist or rheumatologist, triplex scanning the veins of the lower extremities, arthrosonography and X-ray imaging of the knee joints, assessment of the severity of chronic venous insufficiency according to a CEAP scale [Clinical signs, Etiologic classification, Anatomic distribution, Pathophysiologic Dysfunction (1984)], and the degree of gonarthrosis according to the special Leken's index and WOMAC index (Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index). The investigations were performed before treatment and repeatedly during the year in the course of treatment. According to the indications both conservative therapy and surgical treatment were used. **Results.** As a result of the complex treatment of patients achieved was a reduction in the severity of symptoms of gonarthrosis, which manifested with a decrease in the total value of the Leken's index and the WOMAC functional index. Positive results were obtained in the group of patients who underwent surgery, and in the group of patients who received conservative treatment. **Conclusion.** Inclusion in the treatment of the methods aimed at eliminating manifestations of chronic venous insufficiency leads to improved results of treatment of osteoarthritis of the knee joints. **Keywords:** osteoarthritis, varicose disease, chronic venous insufficiency.