

ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМ, СФОРМИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

[Ю. В. Чикинёв, Р. П. Задильский](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

Количество операций, заканчивающихся формированием кишечной стомы, не имеет тенденции к снижению. Частота парастомальных осложнений составляет от 15,1 до 90,9 %. Проанализированы поздние осложнения колостом, сформированных в экстренном порядке различными методами у 191-го больного. Количество осложнений больше в группе пациентов, которым колостома была сформирована способами с фиксацией кишки к слоям передней брюшной стенки. Использование внешней фиксации стомированной кишки при формировании колостом в условиях кишечной непроходимости сопровождается меньшим количеством поздних послеоперационных стомальных осложнений.

Ключевые слова: осложнения колостом, способы фиксации колостом, методы формирования кишечных стом.

Чикинёв Юрий Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон 8 (383) 346-30-66

Задильский Радион Павлович — аспирант кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: Zadilskiy_Radion@mail.ru

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, число стомированных пациентов составляет около 100–150 человек на 100 000 населения [1]. Так, число стомированных больных в Российской Федерации составляет около 120 000–140 000, из них 38,2–50,8 % — люди трудоспособного возраста [2]. Неуклонный рост заболеваемости колоректальным раком, хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК) и другими видами патологии толстой кишки приводит к увеличению количества операций, заканчивающихся формированием кишечной стомы [3–5]. Наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и позднее обращение больных также приводят к невозможности одномоментного радикального вмешательства [6]. Таким образом, до 60 %

операций, выполненных по экстренным показаниям, заканчиваются формированием стомы, около 45 % временных кишечных стом остаются в итоге постоянными [7, 8].

Существует более 200 способов кишечного стомирования, однако среди них нет совершенного — исключаящего наличие осложнений. Большая их часть нацелена на создание замыкательного аппарата стомированной кишки — широкого клинического распространения не имеет, представляет интерес отдельных клиник [9].

В плановой хирургии толстой кишки общепризнанной является методика формирования «плоской» стомы. При экстренных же операциях, когда кишка не подготовлена, переполнена кишечным содержимым и газами, стенка её утолщается за счет развития отека, а также венозного стаза, а в дальнейшем подвергается перерастяжению и значительно истончается, снижается механическая и биологическая прочность, до настоящего времени нет единого мнения о выборе того или иного метода формирования колостомы [10, 11].

Несмотря на постоянное совершенствование колоректальной хирургии и применение современных схем антибактериальной терапии, частота парастомальных осложнений, возникающих как в раннем, так и позднем послеоперационном периодах, остаётся высокой и составляет, по данным разных авторов, от 15,1 до 90,9 %, из них ретракция — до 40,1 %, стеноз — до 13,6 %, поражение перистомальной кожи в 7–20 % как результат ранних гнойно-воспалительных осложнений [12–17]. В отдаленном послеоперационном периоде поствоспалительные изменения часто становятся пусковым механизмом для развития поздних стомальных осложнений, таких как парастомальная грыжа, эвагинация, стриктура выведенной кишки [18]. Наличие поздних осложнений делает весьма затруднительным медицинскую, трудовую и социальную реабилитацию стомированных больных [18].

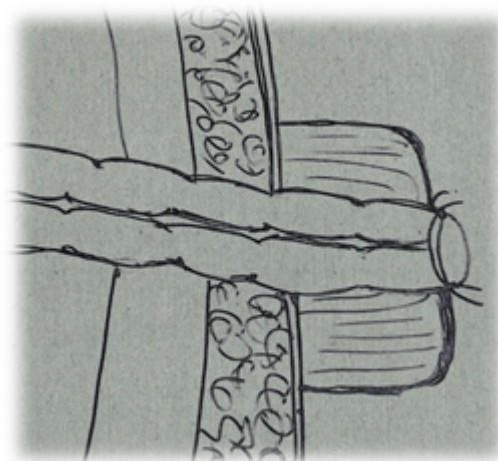
Многие истинные причины и механизмы развития осложнений остаются до настоящего времени недостаточно изученными и поэтому интерпретируются авторами по-разному [19].

Цель работы: проанализировать поздние осложнения колостом, сформированных в условиях кишечной непроходимости различными способами.

Материалы и методы: архив Областного центра колопроктологии. Обработана медицинская документация пациентов с кишечными стомами, находящихся на лечении с 2011 по 2014 год. Первичные операции у данных больных были выполнены в дежурных хирургических стационарах города Новосибирска, центральных районных больницах Новосибирской области, Областной клинической больнице. Показанием к формированию колостом была кишечная непроходимость, обусловленная обтурационными новообразованиями толстой кишки, воспалительными инфильтратами (дивертикулёз, длительное стояние внутриматочной спирали, микроперфорации инородным телом), заворотом при мегадолихоколон, спаечной кишечной непроходимостью.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от способа фиксации стомированной кишки: первая группа — больные, которым стомированная кишка фиксировалась к слоям передней брюшной стенки тем или иным способом. В частности, способы фиксации с брюшинно-апоневротическими, кожно-кишечными швами. Вторая группа — больные, которым стомированная кишка фиксировалась с помощью марлевой муфты с использованием швов исключительно между кишкой и муфтой. К слоям передней брюшной стенки кишка не подшивалась. Марлевой салфеткой несколькими турами обёртывалась стомированная кишка на высоту около 5 см; салфетка ничем

не пропитывалась, снималась на 5-8-е сутки (см. рис.).



Наружная фиксация стомированной кишки марлевой муфтой

Производилась качественная оценка следующих поздних осложнений:

1. стриктура стомированной кишки (с клинически обоснованным нарушением эвакуаторной функции, требующим рассечения стриктуры или без него);
2. ретракция стомированной кишки ниже уровня кожи, «колодцеобразная стома» (с дерматитом* на фоне использования конвексных калоприёмников или без него);
3. рубцовая деформация парастомальной кожи, требующая использования более 3-х калоприёмников в день, пасты герметика (с дерматитом* или без него);
4. парастомальные свищи.

*В понятия дерматит в данном случае включены везикуло-эрозивные и язвенные повреждения (эритему и мацерацию не учитывали).

В случае наличия у больного двух и более осложнений одновременно для статистической обработки учитывалось то осложнение, которое наиболее выражено.

Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Фишера для сопоставления выборок и достоверной оценки различий интересующих осложнений.

Результаты. Всего 191 пациент. Женщин было 78, мужчин — 113. Средний возраст — 54,6, медиана — 56 лет. Средняя продолжительность носительства стомы составила 8,5 месяцев. Структура осложнений представлена в таблице.

Структура поздних осложнений кишечных стом, сформированных в условиях кишечной непроходимости

Осложнения	Группы пациентов		p
	С фиксацией к слоям передней брюшной стенки, n = 127	Без фиксации к слоям передней брюшной стенки, n = 64	
1. Стриктура: — с нарушением эвак. функции — без нарушения эвак. функции	18 (14,2 %) 14 4	4 (6,2 %) 3 1	$\Phi = 1,755$ $p < 0,05$
2. Ретракция: — с дерматитом* — без дерматита*	21 (16,5 %) 16 5	3 (4,7 %) 1 2	$\Phi = 2,609$ $p < 0,01$

3. Рубцовая деформация: — с дерматитом*	24 (18,9 %) 6	5 (7,8 %) 1	Ф = 2,172 р < 0,05
— без дерматита*	18	4	
4. Парастомальные свищи	2	0	—

Таким образом, интерпретируя полученные результаты можно говорить о том, что с достоверной разницей количество таких осложнений как стриктура, ретракция стомированной кишки и рубцовая деформация парастомальной кожи больше в группе пациентов, которым колостома была сформирована способами с фиксацией кишки к слоям передней брюшной стенки. Вероятнее всего, это обусловлено большей частотой ранних гнойно-воспалительных осложнений, связанных с наличием швов между «неподготовленной» кишкой и слоями передней брюшной стенки.

Выводы. Использование внешней фиксации стомированной кишки при формировании колостом в условиях кишечной непроходимости сопровождается меньшим количеством поздних послеоперационных стомальных осложнений в сравнении со способами фиксации стомы к слоям передней брюшной стенки.

Список литературы

1. Программа ВОЗ, «SINDI». — 2001. — С. 340.
2. Калашникова И. А. Служба помощи стомированным больным в условиях специализированных учреждений / И. А. Калашникова // Актуальные вопросы колопроктологии : тез. II съезда колопроктологов России с междунар. участием. — Уфа, 2007. — С. 497-499.
3. Оптимизация хирургической тактики при наложении одностольных концевых колостом / В. С. Грошинин [и др.] // Колопроктология : тез. Всероссийской научно-практической конф. «Актуальные проблемы колопроктологии». — Смоленск, 2014. — С. 103-104.
4. Аюпов Р. Т. Современные подходы к лечению распространенного колоректального рака / Р. Т. Аюпов // Креативная хирургия и онкология. — 2010. — № 3. — С. 32-36.
5. Поздние осложнения кишечных стом и их хирургическая коррекция / М. В. Тимербулатов [и др.] // Казан. мед. журн. — 2012. — № 4. — С. 602-606.
6. Анализ технических погрешностей при формировании концевых колостом / В. И. Шапошников [и др.] // Кубанский научный мед. вестн. — 2013. — № 3. — С. 139-141.
7. Avoiding or reversing Hartmann's procedure provides improved quality of life after perforated diverticulitis / J. Vermeulen [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14 (4). — P. 651-657.
8. Sociedad Valenciana de Cirugía Cooperative Group. Hartmann's operation: how often is it reversed and at what cost? A multicentre study / J. V. Roig [et al.] // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 13 (12). — P. e396—e402.
9. Кирилин Л. Н. Колостомия в условиях перитонита и кишечной непроходимости / Л. Н. Кирилин // Сиб. консилиум. — 2004. — № 6. — С. 55-58.
10. Гринев М. В. Современные подходы к лечению колоректального рака, осложненного острой кишечной непроходимостью / М. В. Гринев, Р. В. Крачун, О. В. Быбков // Скорая мед. помощь. — 2004. — № 3. — С. 79.
11. Платонова Е. Н. Выбор метода колостомии у больных с острыми хирургическими заболеваниями толстой кишки : дис. ... канд. мед. наук / Е. Н. Платонова. — М. : РГМУ, 2005. — 140 с.
12. Early complications after stoma formation : a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up / H. A. Formijne Jonkers [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. — 2012. — Vol. 27

- (8). — P. 1095-1099.
13. Complications of intestinal stomas / P. Nastro [et al.] // Br. J. Surg. — 2010. — Vol. 97 (12). — P. 1885-1889.
 14. Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network / K. L. Parmar [et al.] // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 13 (8). — P. 935-938.
 15. Diversion stoma after colorectal surgery: loop colostomy or ileostomy? / C. D. Klink [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 26 (4). — P. 431-436.
 16. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery / J. Cottam [et al.] // Colorectal Dis. — 2007. — Vol. 9 (9). — 834-838.
 17. Shabbir J. Stoma complications : a literature overview / J. Shabbir, D. C. Britton // Colorectal Dis. — 2010. — Vol. 12 (10). — P. 958-964.
 18. Сотников Д. Н. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Д. Н. Сотников, Б. А. Абраамян, В. П. Курилов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 6. — С. 44-49.
 19. Калашникова И. А. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечных стом / И. А. Калашникова, С. И. Ачкасов // Колопроктология. — 2009. — № 3. — С. 8-15.

LATE COMPLICATIONS BY COLOSTOMIES, FORMED IN THE CONDITIONS OF INTESTINAL OBSTRUCTION

[*Y. V. Chikinev, R. P. Zadilsky*](#)

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

The number of surgeries which are coming to formation of intestinal ostomy doesn't tend to depression. Frequency of parastomal complications are from 15,1 to 90,9%. Late complications of colostomies, formed in an urgent order by various methods are analysed at the 191st patient. The number of complications is more in group of patients to who had colostoma formed in the ways with intestine fixation to the layers of forward abdominal wall. Use of external fixation of intestine at colostomy in the conditions of intestinal obstruction is followed by smaller quantity late postoperative stomal complications.

Keywords: complications colostomies, ways of colostomies fixation, methods of formation of intestinal ostomies.

About authors:

Chikinev Yury Vladimirovich — doctor of medical science, professor, head of chair of hospital and pediatric surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66

Zadilsky Radion Pavlovich — post-graduate student of hospital and pediatric surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: Zadilskiy_Radion@mail.ru

List of the Literature:

1. Program of WHO, «SINDI». — 2001. — P. 340.
2. Kalashnikova I. A. Care service for patients with stomas in the conditions of specialized institutions / I. A. Kalashnikova // Topical issues of coloproctology: theses. The II congress of coloproctologists of Russia with internat. participation. — Ufa, 2007. — P. 497-499.
3. Optimization of surgical tactics when applying single-barreled end colosts / V. S. Groshilin [etc.] // Coloproctology: rez. All-Russian scientific and practical conf. «Actual problems of coloproctology». — Smolensk, 2014. — P. 103-104.
4. Ayupov R. T. Modern approaches to treatment of widespread colorectal cancer / R. T. Ayupov // Creative surgery and oncology. — 2010. — N 3. — P. 32-36.
5. Late complications of intestinal ostomies and their surgical correction / M. V. Timerbulatov [et al] // Kazan. medical journal. — 2012. — N 4. — P. 602-606.
6. The analysis of technical errors when forming end colosts / V. I. Shaposhnikov [et al] // Kuban scientific medical bulletin. — 2013. — N 3. — P. 139-141.
7. Avoiding or reversing Hartmann's procedure provides improved quality of life after

- perforated diverticulitis / J. Vermeulen [et al.] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14 (4). — P. 651-657.
8. Sociedad Valenciana de Cirugía Cooperative Group. Hartmann's operation: how often is it reversed and at what cost? A multicentre study / J. V. Roig [et al.] // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 13 (12). — P. e396—e402.
 9. Kirilin L. N. Colostomy in the conditions of peritonitis and intestinal obstruction / L. N. Kirilin // Sib. consultation. — 2004. — N 6. — P. 55-58.
 10. Grinev M. V. Modern approaches to treatment colorectal cancer complicated by acute intestinal obstruction / M. V. Grinev, R. V. Krachun, O. V. Bybkov // First medical aid. — 2004. — N 3. — P. 79.
 11. Platonova E. N. Choice of colostomy method at patients with acute surgical diseases of colon: theses. ... cand. of medical science / E. N. Platonova. — M.: RSMU, 2005. — 140 P.
 12. Early complications after stoma formation : a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up / H. A. Formijne Jonkers [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. — 2012. — Vol. 27 (8). — P. 1095-1099.
 13. Complications of intestinal stomas / P. Nastro [et al.] // Br. J. Surg. — 2010. — Vol. 97 (12). — P. 1885-1889.
 14. Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network / K. L. Parmar [et al.] // Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 13 (8). — P. 935-938.
 15. Diversion stoma after colorectal surgery: loop colostomy or ileostomy? / C. D. Klink [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. — 2011. — Vol. 26 (4). — P. 431-436.
 16. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery / J. Cottam [et al.] // Colorectal Dis. — 2007. — Vol. 9 (9). — 834-838.
 17. Shabbir J. Stoma complications : a literature overview / J. Shabbir, D. C. Britton // Colorectal Dis. — 2010. — Vol. 12 (10). — P. 958-964.
 18. Sotnikov D. N. Postoperative purulent complications at patients with colostoma at colic obstruction of tumoral genesis / D. N. Sotnikov, B. A. Abraamyan, V. P. Kurilov // Surgery. The magazine of N. I. Pirogov. — 2009. — N 6. — P. 44-49.
 19. Kalashnikova I. A. algorithm of diagnostics and treatments of complications of intestinal ostomies / I. A. Kalashnikova, S. I. Achkasov // Coloproctology. — 2009. — N 3. — P. 8-15.