

Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И., Баулина О.А.,
Баулин В.А.

УДК 616-089.86; 617-089.844
DOI 10.25694/URMJ.2020.05.19

Структура осложнений при формировании и закрытии превентивных илео- и колостом

Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Darbishgadjeiev Sh.O., Baulin A.A., Zimin Yu.I., Baulina O.A., Baulin V.A.

Structure of complications after forming and closing preventive ileo-and colostomy

Резюме

Актуальность. Несмотря на прогрессивное развитие хирургической техники и разработке комплексной медико-социальной программы реабилитации стомированных больных, осложнения, связанные с наличием кишечных стом все еще распространены.

Цель. Изучить структуру осложнений при формировании и закрытии превентивных илео- и колостом.

Материал и методы. Изучены данные 89 больных, которым формировали и в последующем закрывали превентивную кишечную стому за период с 2014 по 2019 годы. Контрольная группа исследования представлена анализом данных медицинской документации 52 больных (мужчин 24 и 28 женщин, в возрастном диапазоне 36-76 лет), которым сформирована превентивная трансверзостома в левом мезогастринии за период с 2014 по 2016г. Основная группа - проспективное клиническое исследование за период с 2017 по 2019г. с включением 37 больных (мужчин 18, женщин — 19, в возрастном диапазоне 18-82 года), им выполнена превентивная илеостома по усовершенствованной методике в правой подвздошной области. В работе оценивали следующие параметры: пол, возраст, сопутствующая патология, структура ранних и поздних осложнений при формировании и закрытии кишечных стом.

Полученные результаты. В контрольной группе из 52 оперированных больных с формированием превентивной трансверзостомы ранние и поздние послеоперационные осложнения отмечены у 15 больных, что составила 28,8%. В основной группе у больных с илеостомой частота послеоперационных осложнений составила 10,8%, и они были менее значимые.

Заключение. Формирование и закрытие превентивной илеостомы связано с меньшим количеством и менее серьёзными послеоперационными осложнениями по сравнению с петлевой трансверзостомией

Ключевые слова: превентивная стома, илеостома, колостома, несостоятельность анастомоза, осложнения, лечение, профилактика осложнений

Для цитирования: Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И., Баулина О.А., Баулин В.А., Структура осложнений при формировании и закрытии превентивных илео- и колостом, Уральский медицинский журнал, №05 (188) 2020, с. 81 - 85, DOI 10.25694/URMJ.2020.05.19

Summary

Relevance. Despite progressive development of the surgical equipment and developments of the comprehensive medico-social rehabilitation's programs of the patients with stoma, the complications are still widespread.

Purpose. To study structure of complications when forming and closing preventive ileo- and colostomy.

Materials and methods. From 2014 for 2019 89 patients are studied with formed and in the subsequent closed preventive intestinal stomas. The control group is presented by 52 patients (24 men and 28 women, in the ages range of 36-76 years) which created a preventive transverzostoma in left mezogastrium. The main group - prospective clinical trial - 37 patients (18 men, 19 women, in the ages range 18-82 years) with preventive ileostomas by an advanced technique in the right ileum area were executed. In work the following parameters estimated: sex, age, the accompanying pathology, structure of early and late complications when forming and closing intestinal stomas.

Results. In the control group of 52 operated patients with formation of a preventive transverzostoma early and late

postoperative complications are noted at 15 patients - that is 28.8%. In main group at patients with ileostomas the frequency of postoperative complications - 10.8% and they are not seriously.

Conclusion. Formation and closing of a preventive ileostomas are connected with smaller and not seriously quantity of postoperative complications in comparison with a loopback transversostomas

Keywords: preventive stoma, ileostoma, colostoma, anastomotic leakage, complications, treatment, prevention of complications

For citation: Darbishgadjev Sh.O., Baulin A.A., Zimin Yu.I., Baulina O.A., Baulin V.A., Structure of complications after forming and closing preventive ileo-and colostomy, Ural Medical Journal, No. 05 (188) 2020, p. 81 - 85 , DOI 10.25694/URMJ.2020.05.19

Введение

Широкое распространение патологии ободочной и прямой кишки в структуре хирургической заболеваемости, прогрессирующий рост ее в последние годы привело к значительному увеличению количества стомированных пациентов [1].

При опухолевом поражении ободочной и прямой кишки, полипозе, осложненном дивертикулезе и других патологических состояниях приходится решить две основные задачи - устранение патологического очага и восстановление непрерывности кишечного пассажа.

Однако, подобные вмешательства сопряжены с высоким риском периоперационных осложнений которые существенно ухудшают условия реабилитации, влияют на качество жизни, показатели летальности и отдаленные результаты [2,3].

Полученные результаты большого количества исследований хирургического лечения заболеваний толстой и прямой кишки позволяют считать многоэтапность в тактике предпочтительным в группе риска по развитию осложнений [4,5].

При этом формирование временной кишечной стомы является вынужденной мерой, позволяющей контролировать не только течение послеоперационного периода, но и добиться благоприятных функциональных результатов в перспективе и возврата больных к привычному образу жизни после реконструктивно-восстановительного вмешательства.

В то же время с увеличением количества оперативных вмешательств, которые заканчиваются формированием кишечной стомы, частота развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, как при ее формировании, так и при закрытии остается достаточно высоким и достигает до 70% [6-7].

Цель.

Провести сравнительную оценку структуры ранних и поздних послеоперационных осложнений у больных, после формирования и закрытия превентивных тонко- и толстокишечных стом.

Материалы и методы

Исследование состоит из двух составляющих. Контрольная группа представлена анализом медицинской документации. Основная группа – проспективное когортное клиническое исследование. Таким образом, анализу

подвергнуты результаты хирургического лечения заболеваний толстой и прямой кишки с применением временной кишечной стомы за период с 2014 по 2019г.

Контрольную группу составили 52 больных, которым за период с 01.2014 по 12.2016 года после резекции левых отделов толстой кишки и восстановления непрерывности пищеварительного тракта сформирована превентивная трансверзостома в левом мезогастринии. Мужчин - 24 (46%) и женщин - 28 (54%), средний возраст $62,73 \pm 10,8$ года с диапазоном от 36 до 76 лет. Первичное оперативное вмешательство у данных пациентов выполнялось в плановом порядке в отделении абдоминальной хирургии онкологического диспансера г. Пензы. Реконструктивно-восстановительные вмешательства всем больным проводили в сроки от 2-х до 6-ти месяцев после первичного вмешательства.

Протокол исследования состоял из следующих пунктов: резекция толстой и прямой кишки с формированием превентивной трансверзостомы; возраст от 18 лет старше; закрытие временной кишечной стомы в сроки до 1 года после первичного вмешательства.

Критериями исключения считались пациенты в возрасте до 18 лет; обструктивные резекции различных отделов толстой и прямой кишки; отказ или противопоказания к закрытию временной кишечной стомы.

Основную группу составили 37 больных, которым за период с 01.2017 по 08.2019г. наложена превентивная илеостома по усовершенствованной методике в правой подвздошной области. Из них для профилактики развития несостоятельности колоректального анастомоза предложенная илеостомия применялась у 22 больных, в условиях перитонита для выключения пораженного отдела толстой кишки у 8, при тонкокишечной непроходимости у 4-х больных. Мужчин было 18 (48,6%), женщин — 19 (51,4%). Средний возраст больных составил $62,5 \pm 11,2$ года, от 18 до 89 лет.

Критериями включения в исследование являлось; возраст от 18 лет и старше; наличие информированного добровольного согласия на участие в исследовании; формирование лечебной и профилактической обструктивной илеостомы.

Закрытие илеостомы выполняли в сроки от 4-х недель до 3-х месяцев после первичного вмешательства.

Таким образом, в основу настоящего исследования легли результаты лечения 89 больных, которым за пери-

од с 2014г по 2019г. выполнены превентивные кишечные стомы.

Все исследования и лечение больных проводились на базах кафедры хирургии и эндоскопии им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ - филиала РМАНПО, в Пензенском областном онкологическом диспансере и в городской клинической больнице №6 им. Г.А. Захарьина.

Для статистической обработки межгрупповых параметров применен программный пакет STATISTICA 6.0. Проверка нормальности распределения в группах сравнения проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Оценка количественных признаков осуществлена с помощью применения t-критерия Стьюдента, качественных признаков – с использованием одно-стороннего точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали различия при значениях $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

У больных обеих групп сложности и особенности при формировании временных илео- и колостом не наблюдались.

В контрольной группе из 52 оперированных больных с формированием превентивной трансверзостомы осложнения выявлены у 6 (11,5%). Среди осложнений отмечены: перистомальный дерматит у 2-х больных, пара- и периколостомические грыжи у 4 больных.

В основной группе исследования после выполнения превентивной и вынужденной илеостомии у 2-х (5,4%): больных отмечен периилеостомальный дерматит, развитие поздних осложнений в данной группе не наблюдались (табл.1).

Из представленных данных таблицы 1 видно, что частота ранних осложнений у больных с илеостомой выше, в то время как поздние осложнения встречались только при формировании трансверзостомы. Стоит отметить, что пролапс, ретракция, стеноз и прочие характерные поздние осложнения кишечных стом в исследуемых группах не наблюдались. Реконструктивно-восстановительные операции выполнялись в плановом порядке, при этом комплекс диагностических и лечебных мероприя-

тий в группах сравнения не отличался.

У всех пациентов с временными кишечными стомами для оценки состояния слизистой и определения возможности проведения реконструктивного вмешательства проводилось эндоскопическое исследование толстой кишки. Закрытие кишечных стом в обеих групп производилось внутрибрюшинным способом из местного доступа и включало в себя следующие этапы: выделения петель из сращений мягких тканей, восстановление кишечной непрерывности и послойное восстановление целостности мягких тканей передней брюшной стенки.

Методы восстановления непрерывности пищеварительного тракта отличались в исследуемых группах. Для закрытия трансверзостомы применяли циркулярную резекцию толстой кишки со стомой и формированием анастомоза «конец в конец» двухрядным узловым швом. Восстановление непрерывности тонкой кишки осуществлялось формированием анастомоза «бок в бок» двухрядными отдельными узловыми швами, с последующим пересечением и погружением конца подвздошной кишки с илеостомой. При этом предварительно сшитые приводящий и отводящий концы фактически формировали заднюю губу анастомоза, что позволяло не только проводить реконструкцию локальным доступом, но и сократить продолжительность оперативного вмешательства [9].

После закрытия трансверзостомы ранние послеоперационные осложнения отмечены у 7 больных (13,7%). Среди осложнений наблюдались: ранняя спаечная кишечная непроходимость (1), внутрибрюшное кровотечение (1), абсцесс брюшной полости (1). Всем больным потребовалось проведение экстренного оперативного вмешательства (табл. 2). Наиболее грозное осложнение – несостоятельность сформированного анастомоза отмечено у 4-х больных на 8 - 11 сутки после первичного вмешательства. При адекватном наружном дренировании зоны несостоятельности у 2-х больных использовалось активное вакуумное дренирование до полного закрытия трубчатого кишечного свища. Разобщение анастомоза с ушиванием дистального отдела и выведением одноствольной колостомы потребовалось

Таблица 1. Осложнения после формирования временных кишечных стом

<i>Ранние осложнения</i>		
	<i>Колостома n=52</i>	<i>Илеостома n=37</i>
<i>Перистомальный дерматит</i>	<i>2 (3,8%)</i>	<i>2 (5,4%)</i>
<i>Поздние осложнения</i>		
<i>Перистомальные грыжи</i>	<i>4</i>	<i>-</i>
<i>Всего</i>	<i>6 (11,5%)</i>	<i>2 (5,4%)</i>

Таблица 2. Осложнения при закрытии временных кишечных стом

	<i>Колостома n=52</i>	<i>Илеостома n=37</i>
<i>Кишечная непроходимость</i>	<i>1 (1,9%)</i>	<i>1 (2,7%)</i>
<i>Внутрибрюшное кровотечение</i>	<i>1 (1,9%)</i>	<i>-</i>
<i>Абсцесс брюшной полости</i>	<i>1 (1,9%)</i>	<i>-</i>
<i>Несостоятельность анастомоза</i>	<i>4 (7,7%)</i>	<i>-</i>
<i>Нагноение послеоперационной раны</i>	<i>-</i>	<i>1 (2,7%)</i>
<i>Всего</i>	<i>7 (13,5%)</i>	<i>2 (5,4%)</i>

2-м больным.

Во второй группе проведение реконструктивно-восстановительного вмешательства осложнилось у 2-х больных. Из них у 1-го больного в раннем послеоперационном периоде отмечено нагноение послеоперационной раны. У 1-го больного выявлен парез кишечника с развитием тонкокишечной непроходимости, что потребовало проведения повторного оперативного вмешательства из срединного доступа в объеме резекции тонкой кишки с наложением тонко-тонкокишечного соустья.

Характер осложнений восстановительной операции представлены в таблице №2.

Из таблицы 2 следует, что реконструктивный этап предложенного способа илеостомы является более предпочтительным и относительно безопасным в плане развития осложнений на восстановительном этапе.

При динамическом наблюдении у 2-х пациентов после 6 месяцев с момента закрытия превентивной трансверзостомы выявлены послеоперационные грыжи в области расположения колостомы. После закрытия илеостомы грыжевых образований не отмечено.

Таким образом, в контрольной группе исследования среди 52 оперированных больных, подвергшихся формированию и закрытию превентивной трансверзостомы, ранние и поздние послеоперационные осложнения развились у 15 больных, что составило 28,8%. В основной группе у 37 больных при формировании и реконструкции усовершенствованного способа обструктивной илеостомы частота встречаемости послеоперационных осложнений составила 10,8%.

Следовательно, формирование и закрытие временной илеостомы связано с меньшим риском развития послеоперационных осложнений, по сравнению с трансверзостомой (28,8% и 10,8% соответственно). Статистически также получены достоверные данные влияния способа формирования и закрытия временных тонко- и толстокишечных на развитие послеоперационных осложнений ($p = 0,04$).

Вопрос о выборе метода формирования превентивной кишечной стомы остается предметом дискуссии в

литературе. По мере широкого применения и накопления опыта, а также совершенствования принципов ухода за илеостомой, стало очевидным, что превентивные илеостомы имеют определенные преимущества перед колостомой. Многочисленные исследования показали меньшее количество гнойно-септических осложнений при формировании илеостомы, удобства в уходе с отсутствием кишечного запаха, меньший риск развития пара- и перистомальных грыж из-за меньшего диаметра тонкой кишки [8-10].

Заключение

Полученные данные анализа частоты и структуры ранних и поздних парастомальных осложнений, в том числе и при закрытии временных кишечных стом, свидетельствуют, что превентивная илеостомия является наиболее предпочтительным методом в клиническом применении по сравнению с петлевой колостомой. ■

Дарбишгаджиев Шарип Омарсхабович аспирант кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Баулин Анатолий Афанасьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Зимин Юрий Иванович д.м.н., профессор кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Баулина Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Баулин Владимир Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Автор, ответственный за переписку: Дарбишгаджиев Шарип Омарсхабович, e-mail: Sharip.x@mail.ru.

Литература:

1. Костенко Н.В., Титова Ю.П., Карнаух М.М. Анализ послеоперационного периода у пациентов с кишечной стомой. Астраханский медицинский журнал. 2016; 11 (2): 104-112.
2. Law W.L., Chu K.W., Choi H.K. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. Br J Surg. 2002; 89 (6): 704-8.
3. Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Зимин Ю.И., Баулин В.А., Баулина О.А. Результаты хирургического лечения колоректального рака. «Здоровье и образование в XXI веке». 2018; 20 (4): 42-46.
4. Gu W.L., Wu S.W. Meta-analysis of defunctioning stoma in low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer: evidence based on thirteen studies. World Journal of Surgical Oncology. 2015; 13: 9.
5. Баулин А.А., Баулина О.А., Баулина Н.В., Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин В.А. Обструктивная илеостомия в лечении сложных свищей толстой кишки. Вестник Авиценны. 2017; 19 (4): 562-565.
6. Калашикова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечных стом. Колопроктология. 2009; 3 (29): 8-15.
7. Krishnamurthy D.M., Blatnik J., Mutch M.: Stoma Complications. Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2017; 30 (3): 193-200.
8. Ланцов И.С., Москалев А.И., Сушков О.И. Ликвидация двустольных илеостом (обзор литературы). Колопроктология. 2018; 2 (64): 102-110.
9. Дарбишгаджиев Ш.О., Баулин А.А., Калентьев В.В.,

Баулин В.А., Баулина Н.В. Способ превентивной илеостомии в профилактике несостоятельности толстокишечных анастомозов. Приложение к журналу "Колопроктология. Материалы научно-практической конференции. 10-12 октября 2019 г. Самара.

18: S3 (69): 96.

10. Rullier E., Le Toux N., Laurent C., Garrelon JL., Parneix M., Saric J. Loop ileostomy versus loop colostomy for defunctioning low anastomoses during rectal cancer surgery. *World J Surg.* 2001; 25: 274-278.