

А.В. МЕШКОВ

Самарский государственный медицинский университет
Самарский областной клинический онкологический диспансер

СФИНКТЕРОМОДЕЛИРУЮЩИЕ МЕТОДИКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ

Научный руководитель – профессор Е.П. Кривошеков

Статья посвящена проблеме выбора оптимального способа формирования одноствольной колостомы у больных колоректальным раком. Неконтролируемое функционирование калового свища, имеющиеся парастомальные осложнения для пациента являются значимыми негативными факторами, ухудшающими качество жизни. Изучены результаты различных вариантов одноствольной колостомии, применяемые в колоректальной хирургии, проведено их сравнение с разработанным способом формирования неосфинктера при формировании одноствольной колостомы после обструктивных резекций дистального отдела толстой кишки. Исследована частота опорожнения стомы, многомоментность, продолжительность, ощущение позыва на опорожнение колостомы, необходимость применения слабительных препаратов и очистительных клизм. На основании исследования сделаны выводы, что развитие послеоперационных осложнений со стороны колостомы зависит от способа ее формирования. Предложенный способ формирования одноствольной колостомы с использованием сфинктеромоделирующих приемов позволяет минимизировать количество послеоперационных осложнений, значительно улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: колоректальный рак, одноствольная колостома, сфинктеромоделирующая методика.

A.V. MESHKOV

SPHINCTER MODELLING METHODS IN FORMATION OF END COLOSTOMY

This article is devoted to the problem of choosing the optimum way of end colostomy creation in colorectal cancer patients. Uncontrollable colostomy function, possibility of paraostomy complications are significant negative factors decreasing the quality of life. The problem is not only in uncontrollable functioning of the ostomy, but in inability to feel coming defecation. Results of various techniques of ostomy creation were studied and compared with proposed technique of a neosphincter creation after obstructive resections of

colon and rectum. Frequency, duration of depletion, need of application of laxative preparations and cleaning enemas were studied. It was shown, that the development of postoperative paraostomy complications depends on the way of its creation. The offered way of colostomy formation using sphincter modelling technique allows us to decrease postoperative complications rate and considerably improve the quality of patients' life.

Keywords: colorectal cancer, colostomy, sphincter modelling technique.

Колоректальный рак (КРР) является одним из наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний. Ежегодная заболеваемость КРР в мире достигает 1,2 млн. случаев. По данным статистики КРР в России за последние 20 лет переместился с 6-го на 2-е место как по распространенности, так и по причине смертности в структуре злокачественных новообразований¹. Наряду с обоснованным стремлением и имеющимися техническими возможностями выполнения радикальных резекций с формированием первичных анастомозов не уменьшается количество обструктивных резекций толстой кишки, число которых при левосторонней локализации осложненной опухоли достигает 90%². Неконтролируемое функционирование калового свища для пациентов является тяжелой психологической травмой, с которой многие из них не могут справиться на протяжении всей жизни. Неуправляемый акт дефекации, усугубленный параколостомическими осложнениями значительно снижает качество жизни пациентов³. Проблема состоит не столько в некон-

тролируемом выделении кишечного содержимого, сколько в непроизвольном и внезапном для больного характере опорожнения стомы – отсутствии предупреждающего позыва⁴. Анализ литературы, посвященный проблеме формирования кишечных свищей показал, что отдельные вопросы в данной проблеме нуждаются в дальнейшем уточнении и изучении⁵. Накопленный опыт заставляет более критично оценить функциональные результаты некоторых видов сфинктеросохраняющих резекций, в частности брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и интерсфинктерной резекции прямой кишки. Качество жизни после данных операций часто уступает радикальным колостомирующим оперативным вмешательствам⁶.

Цель исследования: Улучшение качества жизни больных после обструктивных резекций толстой кишки.

Материалы и методы исследования.

¹ Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) // Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014.

² Красноперов А.В., Кошель А.П., Панкратов И.В., Кловков С.С. Формирование колостомы при операциях на прямой кишке // Онкохирургия. – 2010. С. 111.

³ Андреев А.В., Чеканов М.Н. Отдаленные функциональные результаты ректальных резекций // В сб. материалов второй международной конференции «Российская Школа Колоректальной Хирургии». – Москва, 2009. С. 59.

⁴ Козлов С.В., Мешков А.В., Кривошеков Е.П. Способы формирования одностольной колостомы при хирургическом лечении колоректального рака // В сб. материалов ежегодной научно-практической конференции «Новые технологии в онкологии». – Самара, 2011. С. 99.

⁵ Федорин А.И. Особенности формирования кишечных свищей с лечебной целью (обзор состояния проблемы) // Аспирантский вестник Поволжья. – 2011. № 1-2. С. 173-176.

⁶ Мешков А.В., Кривошеков Е.П., Григорьева Т.С. Качество жизни больных после брюшно-анальной резекции с низведением и колостомирующих радикальных резекций при раке прямой кишки // В сб. материалов Всероссийской конференции хирургов, посвященной 10-летию Мед. центра им. Р.П. Аскерханова. Сборник научных трудов. – Махачкала, 2012. С. 101-102.

Изучен опыт применения различных способов формирования одноствольной колостомы у 92 больных с дистальным КРР, находившихся на лечении в Самарском областном клиническом онкологическом диспансере (СОКОД) и хирургических отделениях общей лечебной сети в 2009-2010 гг. Всем пациентам были выполнены обструктивные резекции сигмовидной, прямой кишки или брюшно-промежностные экстирпации прямой кишки. Из общего числа исследуемых больных у 75 (81,5%) человек причиной обструктивного варианта резекции толстой кишки и формирования одноствольной колостомы было осложненное течение КРР, пожилой возраст с сопутствующей терапевтической патологией. Среди исследуемых пациентов было 36 (39,2%) мужчин, 56 (60,2%) женщин. Средний возраст пациентов составил 68,6 лет. Осложнения со стороны колостомы и параколостомические осложнения изучались в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах (до 12 мес.). Функция колостомы, сформированной по предложенному способу, изучалась в периоды 1, 6, 12 мес. после операции. Все использованные способы выведения одноствольной колостомы распределены на три группы. I группа: «рутинный способ» формирования одноствольной колостомы применен у 42 (46,6%) человек с выведением кишки через всю толщу передней брюшной стенки, подшиванием брюшины к краям кожи и фиксацией к стенке кишки. II группа: чрезбрюшинная одноствольная колостома сформирована у 26 (28,2%) человек с фиксацией стенки кишки к коже отдельными узловыми швами. III группа: забрюшинная одноствольная колостома с моделированием неосфинктера в виде клапана-манжеты по

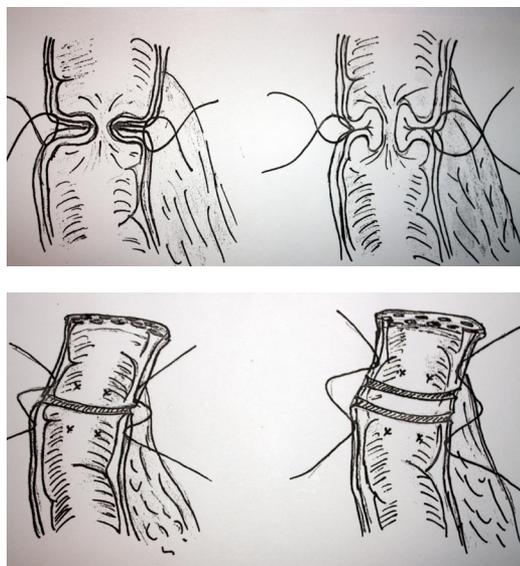


Рис. 1. Этапы формирования одноствольной колостомы с клапаном-манжетой.

предложенному нами способу сформирована у 24 (26,2%) человек.

Результаты исследования и их обсуждение. В I группе пациентов осложнения в виде нагноения клетчатки, концевой некроз и ретракция колостомы, параколостомическая грыжа диагностированы у 25 (27%) больных. Осложнения во II группе развились у 11 (12%) пациентов. Осложнения ближайшего послеоперационного периода в виде местных воспалительных изменений диагностированы у 3 (3,2%) больных III группы. В отделении колопроктологии СОКОД предложен и применен на практике способ формирования одноствольной забрюшинной колостомы с клапаном-манжетой в дистальном отделе толстой кишки, выводимой на переднюю брюшную стенку. Реализация способа осуществляется следующим образом. После выполнения обструктивной резекции на дистальном конце толстой кишки, отступив от линии механического шва на 30–40 мм, производят один или два разреза



Рис. 2. Ультразвуковая картина клапана-манжеты через 6 мес. после формирования колостомы по предложенному способу

серозной оболочки до мышечного слоя на расстоянии 5–7 мм друг от друга, циркулярно накладывают 5–7 серо-серозных узловых швов, захватывая стенку кишки выше и ниже циркулярного разреза, создавая тем самым инвагинацию стенки кишки внутрь и образуя циркулярный клапан-манжету. В шахматном порядке делают поперечные насечки серозно-мышечной оболочки дистального отдела толстой кишки длиной 5–10 мм на расстоянии 20–30 мм друг от друга с расчетом, чтобы участки серозомиотомии в последующем находились забрюшинно. Формируют забрюшинный канал и отверстие в передней брюшной стенке, через которое выводят подготовленный участок толстой кишки и фиксируют узловыми швами к коже, при этом клапан-манжету располагают ниже

уровня апоневроза. Через 1 сутки просвет кишки вскрывают по линии механического шва (рис.1).

В послеоперационном периоде в сроки 1–6–12 месяцев проведено обследование 16 пациентов III группы, включающее объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы диагностики. С целью визуализации клапана-манжеты использовали ультразвуковую диагностику (рис. 2).

Изучалась частота опорожнения стомы, многомоментность опорожнения, ощущение позыва на опорожнение колостомы, необходимость применения слабительных препаратов и очистительных клизм. Основные параметры функции одноствольной колостомы с клапаном-манжетой приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы №1, в ди-

намике от 1 до 12 месяцев отмечено улучшение качества жизни по всем исследуемым показателям. У значительной части больных (81,25%) появился устойчивый предшествующий позыв на опорожнение колостомы в виде незначительного чувства тяжести и распираания в проекции стомы. В быту 5 (31%) пациентов не пользовались калоприемниками в связи с

достаточным контролем за опорожнением стомы.

Выводы. Применение сфинктеромоделирующих методик при формировании одноствольной колостомы позволяет минимизировать количество послеоперационных осложнений, улучшить качество жизни пациентов.

Таблица 1

Показатели функции одноствольной колостомы по предложенному способу

Показатель	Сроки наблюдения		
	1 мес.	6 мес.	12 мес.
Частота опорожнения стомы (в сутки)	3-5	2-3	1-2
Многомоментность опорожнения	3-5	2-4	2-3
Продолжительность опорожнения (минуты)	15-60	15-30	10-25
Использование калоприемника	16 (100%)	16 (100%)	11(68,75%)
Ощущение позыва на опорожнение стомы	2 (12,5%)	7 (43,75%)	13(81,25%)
Применение слабительных, очистительных клизм	–	2 (12,5%)	3 (18,75%)