

Пластика стенозованої кінцевої сигмостоми поворотним клаптем

О. І. Ткаченко, В. Є. Максимовський, В. В. Пирогов

Одеський національний медичний університет

Plasty of the stenosed terminal sygmostoma, using the rotated flap

O. I. Tkachenko, V. E. Maksymovskij, V. V. Pyrogov

Odessa National Medical University

Завдяки популяризації органозберігаючих хірургічних втручань, таких як дуже низька передня резекція прямої кишки та інтрасфінктерна резекція з приводу раку прямої кишки [1], розширенню показань до формування первинних анастомозів у колоректальній хірургії зменшилась частота формування коло- та ентоеростом. Проте накладання превентивних та перманентних стом у ряді спостережень є необхідним етапом оперативного втручання. Стеноз стоми – одне з найчастіших ускладнень, перебіг якого може бути без значних порушень випорожнення або спричинити кишкову непрохідність [2]. В арсеналі лікування є консервативні заходи і різні види оперативних втручань – від місцевої ревізії до релокації стоми. Наводимо клінічне спостереження успішної пластики стенозованої кінцевої сигмостоми поворотним клаптем.

Хворій А., 74 роки, виконано черевно-анальну екстирпацію прямої кишки у розмірі R0 з приводу зроговілої анальної карциноми pT2N0M0G2. На межі лівої бокової та здухвинної ділянок сформовано кінцеву сигмостому. Для уникнення натягу додатково мобілізовано селезінковий вигин ободової кишки. На момент операції ознак ішемії стінки сигмостоми не виявлено.

На 5-ту добу після операції спостерігали крайову ішемію протяжністю 1 см, згодом – некроз цієї ділянки, слизово-шкірну сепарацію, субретракцію. Відвислий живіт, ожиріння, перистомальний дерматит додатково ускладнили догляд за стомою, використовувались конвексні калоприймачі з підтримуючим поясом, абсорбуючі порошки, бар'єрні пасти. Пацієнтка отримувала ад'ювантну хіміотерапію.

Через два місяці на тлі контрактури гіпертрофічного шкірно-слизового рубця розвинувся стеноз сигмостоми. Модифіковано дієту, призначено проносні засоби. Проводили бужування стоми, місцево застосовували аплікації глюкокортикостероїдів. Незважаючи на вжиті заходи, відбулася прогресія стриктури до 5 мм (рис. 1а, 2а), наростали розлади випорожнення. Хворій запропоновано оперативне лікування.

Під місцевою анестезією висічено шкірно-слизовий рубець, стінка кишки мобілізована з підшкірної клітковини (рис. 2б). Дугоподібним розрізом з висіченням трикутника за Вугов мобілізовано поворотний клапоть шкіри, яким розширено діаметр сигмостоми, додатково розсіченої уздовж на 1 см (рис. 2в). Стінка сигмоподібної кишки фіксована до шкіри вузловими швами (рис. 1б, 2г). Тривалість втручання – 20 хв.

Пацієнтка виписана наступного дня з налагодженим кишковим пасажем. Рана загоїлася за 2 тижні первинним натягом. Хвора продовжила ад'ювантне лікування.

Через 6 міс розміри стоми 2 × 2 см, шкірно-слизовий рубець нормальних властивостей; перистомальна шкіра без ознак запалення (рис. 1в). У хворої регулярні випорожнення, скарг немає. Зменшилася депресія стоми, хвора користується калоприймачами з плоским фланцем із заміною раз на 1 – 2 тижні. Веде активне соціальне життя, займається фізичними вправами.

Стеноз стоми – одне з найчастіших ускладнень, виникає у 2 – 14% хворих [2], переважно з кінцевою сигмостоною. Спричиняють це ускладнення ішемія, крайовий некроз, ранова інфекція, перистомальний дерматит, які при-

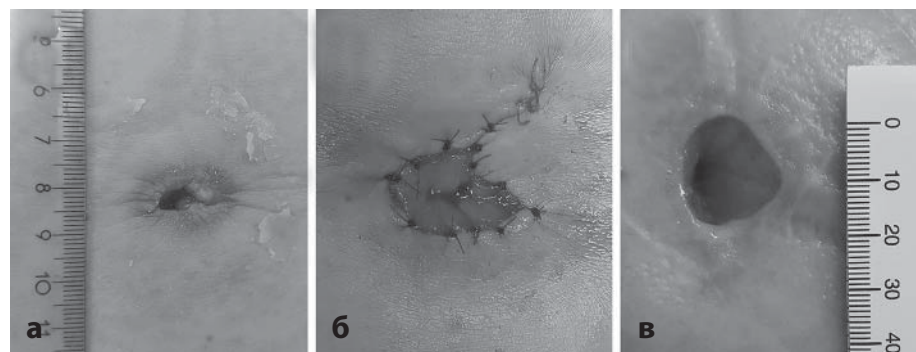


Рис. 1.
 Вигляд кінцевої сигмостоми на різних етапах спостереження: а – стеноз; б – одразу після пластики; в – через 6 міс після пластики.

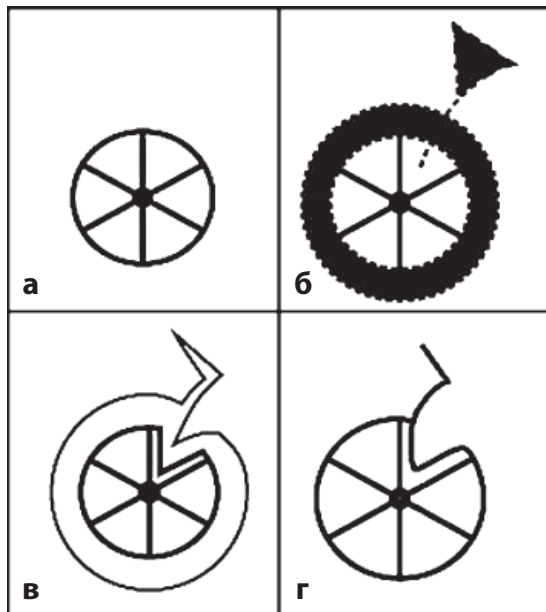


Рис. 2.

Схема оперативного втручання: а – стеноз стоми;
 б – висічення перистомального рубця;
 в – поворотний клапоть; г – кінцевий вигляд.

зводять до загоєння вторинним натягом з утворенням гіпертрофічного рубця, згодом контрактури і стриктури [3]. У разі виявлення стенозу стоми передусім треба виключити рецидив пухлини або хворобу Крона. Для уточнення характеру стенозу проводять пальцьове дослідження, за необхідності – ретроградну фістулографію.

Хворим без порушення випорожнення рекомендована дієта з низьким вмістом харчових волокон та адекватне вживання рідини, за необхідності – проносні засоби.

Серед декількох консервативних методів покращення прохідності стенозованої стоми найчастішим є бужування (пальцьове, дилататорами Hegar, St. Mark, балонне). Результати переважно тимчасові, часто спостерігають погіршення: перистомальний фіброз та стеноз [4].

Для усунення легкого та помірного стенозу застосовують місцеві аплікації, ін'єкції глюкокортикостероїдів для сповільнення прогресії контрактури [5].

Оперативне лікування полягає у місцевій пластиці або транслокації стоми. За можливості субфасціальної мобілі-

зації без натягу висікають шкірно–слизовий рубець, кишку наново фіксують до черевної стінки; можливе використання циркулярних зшиваючих апаратів. Отвір розширюють за рахунок W– та Z–варіантів пластики [6 – 8]. У складних випадках виведений кінець кишки повністю мобілізують та виводять через новий отвір у черевній стінці, що потребує загальної анестезії та іноді додаткової лапаротомії.

Вибір лікувальної тактики за наявності стенозу кінцевої сигмостоми залежить від ступеня стенозу, консервативні заходи у ряду пацієнтів успішні, у разі неефективності застосовують хірургічне лікування. Із власного досвіду можемо зазначити, що спроби бужування призводять до погіршення стенозу. Запропонований метод пластики поворотним клаптем є відносно простим, не потребує субфасціальної мобілізації, можливе виконання під місцевою анестезією. Тому госпіталізація хворих недовготривала, швидко налагоджується функція стоми. Після реконструкції доглядати за стомою нескладно, у віддаленому періоді її діаметр достатній для безперешкодного випорожнення, покращується якість життя пацієнтів.

References

1. McNamara DA, Parc R. Methods and results of sphincter-preserving surgery for rectal cancer. *Cancer Control*. 2003;10(3):212–8. PMID:12794619.
2. Kim JT, Kumar RR. Reoperation for stoma-related complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2006;19(4):207–12. doi: 10.1055/s-2006-956441.
3. Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2008;21(1):31–40. doi: 10.1055/s-2008-1055319.
4. Nunoo R, Asgeirsson T. Stomal strictures. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. 2012;23:10–2.
5. Strong SA. The Difficult Stoma: Challenges and Strategies. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29(2):152–9. doi: 10.1055/s-0036-1580628.
6. Skokowski J, Bobowicz M, Kalinowska A. Extracorporeal staple technique: an alternative approach to the treatment of critical colostomy stenosis. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2015;10(2):316–9. doi: 10.5114/wiitm.2015.52474.
7. Beraldo S, Titley G, Allan A. Use of W-plasty in stenotic stoma: a new solution for an old problem. *Colorectal Dis*. 2006 Oct;8(8):715–6. PMID:16970584.
8. Lyons AS, Simon BE. Z-plasty for colostomy stenosis. *Ann Surg*. 1960;151:59–62.

Надійшла 12.06.2019