

© В. И. Помазкин, 2014  
УДК 616.34-007.43-089.85

В. И. Помазкин

## ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСТОМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн  
(нач. — В. С. Башков), г. Екатеринбург

**Ключевые слова:** парастомальная грыжа, сетчатый эндопротез

**Введение.** Парастомальные грыжи являются наиболее распространённым осложнением кишечных стом. Частота их возникновения при формировании постоянной колостомы колеблется от 4 до 48% в ретроспективных исследованиях [2] и 44–81% в проспективных [6, 9].

В большинстве наблюдений клинические проявления парастомальных грыж не носят выраженный характер, достаточно часто оставаясь бессимптомными. Показания к оперативному лечению при этой патологии возникают при локальном болевом синдроме, затруднениях опорожнения стомированной кишки, затруднениях или невозможности использования современных калоприёмников или при выраженном косметическом неудобстве [1].

Существуют несколько подходов к лечению парастомальных грыж, принципиально которые можно разделить на реконструкции кишечной стомы с оставлением её на том же месте либо перенос стомы на новое место на брюшной стенке. Каждый из них имеет определённые недостатки. Изменение положения стомы может оказаться трудным для выполнения при массивном интраперитонеальном спаечном процессе, часто требует лапаротомного доступа и несёт в себе риск формирования рецидивной парастомальной грыжи или грыжи в месте существования бывшей стомы или лапаротомного доступа [7, 8].

Устранение парастомальной грыжи с оставлением стомы на месте привлекательно значительно меньшей травматичностью вмешательства, однако основной проблемой при таких операциях является высокий риск рецидивов формирования грыжевого дефекта. Так, частота повторного возникновения парастомальной грыжи при простом сужении фасциального дефекта вокруг стоми-

рованной кишки недопустимо высока, достигая 46–100% [5]. Улучшение результатов хирургического лечения парастомальных грыж возможно за счёт применения современных синтетических сетчатых эндопротезов для укрепления брюшной стенки [4]. Кроме того, существенным фактором профилактики возникновения этого осложнения является формирование стомы с расположением стомированной кишки забрюшинно [1].

Цель работы — ретроспективный анализ предложенного способа хирургического лечения парастомальных грыж с оставлением стомы на месте, сочетающего изменение расположения стомированной кишки с транслокацией её частично в пред- и забрюшинное пространство и использование синтетического сетчатого эндопротеза для укрепления апоневроза брюшной стенки.

**Материал и методы.** В период с 2006 по 2013 г. были оперированы 16 пациентов с постоянными сигмостомами, осложнёнными парастомальными грыжами. Средний возраст пациентов составил (65,3±7,6) года. Мужчин было 7, женщин — 9. Все пациенты ранее перенесли брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака её нижеампулярного отдела или анального канала. Сроки от момента операции составили от 12 мес до 11 лет. Рецидивов и метастазов рака у пациентов не было. Ранее 3 больным производили попытки хирургического лечения парастомальных грыж с пластикой апоневротического дефекта местными тканями.

Основными показаниями к оперативному лечению являлись значительное затруднение использования калоприёмников или полная невозможность их применения, затруднение опорожнения стомированной кишки, периодические боли в области грыжевых ворот при физическом напряжении. Все колостомы локализовались в левой подвздошной области. Средний размер грыжевого дефекта составил (114,6±12,5) см<sup>2</sup>. По классификации парастомальных осложнений, разработанной в ГНЦ колопроктологии [1], размер грыжи соответствовал II степени. Средний индекс массы тела в этой группе пациентов был 29,4±5,9. Сочетание с полнослойным пролапсом стомированной кишки было у 7 пациентов. Вся сопутствующая патология у больных была в стадии компенсации либо переведена в эту стадию пред-

### Сведения об авторе:

Помазкин Вадим Игоревич (e-mail: yunker@yandex.ru), Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 25

операционной терапией. Показатель анестезиологического риска по шкале ASA не превышал значение 2. Все операции производили под общей анестезией с предварительной подготовкой кишечника, антибиотикопрофилактикой метронидазолом и цефалоспоридами.

**Методика операции.** Кожу над отверстием стомы ушивали. Производили эллипсоидные окаймляющие разрезы кожи вокруг стомы в поперечном направлении. Стомированную кишку высвобождали из брюшной стенки и после вскрытия грыжевого мешка производили мобилизацию кишки с выделением её из спаек и сращений в брюшной полости. При этом сохранялась целостность кишечного кровоснабжения. Грыжевой мешок иссекали. Кишку прошивали и пересекали с удалением избыточной её части вместе с грыжевым мешком и лоскутом иссечённой кожи. Из этого же разреза производили отсепаровку брюшины по латеральному краю раны с созданием забрюшинного канала по направлению спереди назад, по возможности доходя до переходной складки брюшины левого латерального канала, где в ней формировали внутреннее отверстие достаточной величины для свободного проведения в него стомированной кишки. Последнюю в созданном забрюшинном канале проводили с выведением на брюшную стенку без оставления свободной петли в брюшной полости. Целостность брюшины восстанавливали по медиальному краю раны брюшной стенки. Дефект апоневроза суживали отдельными швами до адекватного размера. В положении on-lay к апоневрозу фиксировали сетчатый эндопротез с округлым отверстием в центре для стомируемой кишки. Мы использовали сетки с монофиламентной структурой — «Prolene» («Ethicon») и «Линтекс эсфил» (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия). Величина сетки должна быть достаточной, чтобы надёжно укрепить область вокруг стомы, края отверстия в сетке не должны соприкасаться со стенкой стомированной кишки во избежание поздних осложнений.

Важным моментом являлось создание ровной кожной площадки, окружающей стому, для хорошей фиксации калоприёмника в дальнейшем. При устранении грыжевого дефекта всегда оставались избытки кожи и подкожной клетчатки. Фактически мобилизованный верхний край раны в виде кожно-жирового лоскута низводили книзу. В верхней части его вырезали округлое отверстие, соответствующее размеру стомируемой кишки, в котором последнюю фиксировали, формируя вновь созданную плоскую колостому. Ниже её после иссечения избытков кожи и подкожной клетчатки нижнего края раны образующийся дефект ушивали в поперечном направлении. Тем самым создавалась ровная площадка неизменной кожи вокруг стомы без складок и раневых дефектов. При этом кожная рана, находящаяся ниже стомы, располагалась на достаточном расстоянии от её краёв, не подвергаясь инфицированию, не создавая трудностей для хорошего удерживания калоприёмника, используемого сразу после операции. При значительном размере подлоскутного подкожного пространства его дренировали через отдельный разрез активным дренажем в течение 2–4 дней.

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У 1 пациента был ограниченный некроз кожи краёв раны, находящейся ниже стомы, без каких-либо серьёзных последствий. У 2 больных были ограниченные скопления серозного экссудата в ране,

потребовавшие неоднократного их опорожнения, но не приведшие к значительному ухудшению процесса заживления. При этом инфекционных раневых осложнений не наблюдали. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 9,5 койко-дня.

Отдалённые результаты удалось проследить у 13 пациентов в течение от 1 до 5 лет. Рецидива парастомальной грыжи не было отмечено ни у одного из них. Все больные отмечали хорошее удерживание калоприёмников, отсутствие необходимости использования каких-либо дополнительных средств для ухода за стомой и каких-либо ограничений в физической активности.

Проблема лечения парастомальных грыж сохраняет свою актуальность в связи с большой распространённостью этой патологии. Это осложнение возникает настолько часто, что относительно недавно, по мнению некоторых колопроктологов, считалось почти неизбежным [3]. Значительно уменьшило вероятность формирования парастомальной грыжи использование забрюшинного расположения стомированной кишки [1], хотя в наше исследование вошли пациенты из лечебных учреждений, использующих в своей практике такой метод формирования стомы. Вероятно, это могло быть связано с определёнными дефектами первичного вмешательства.

Выбор оптимального способа лечения парастомальных грыж до настоящего времени является предметом разногласий из-за большого числа рецидивов в отдалённом периоде. Самый высокий процент повторного формирования парастомальной грыжи имеют операции, связанные с простым сужением апоневротического дефекта [5]. Перенос стомы на новое место на брюшной стенке, помимо того, что несёт в себе необходимость достаточно серьёзного повторного вмешательства на брюшной полости, не лишён вероятности формирования парастомальной грыжи на новом месте. Частота возникновения её в новом положении стомы в отдалённом периоде достигает 36,2% [5].

Попытки использования сетчатых эндопротезов для укрепления брюшной стенки с оставлением стомы на месте предпринимаются уже давно, однако применение их при операциях на «открытой» толстой кишке по-прежнему остаётся спорным. Связано это, прежде всего, с опасениями риска возникновения серьёзных инфекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Кроме того, в некоторых исследованиях зафиксированы ряд поздних осложнений использования сеток при

парастомальных грыжах, таких как нарушение проходимости стомированной кишки, возникновение пролежней на кишке в месте примыкания к сетке и формирование парастомальных свищей [7, 8]. Вероятно, большое значение в безопасном применении сетчатых эндопротезов имеют особенности хирургической техники с оптимальным выбором места расположения сетки, а возможно, и её материала. Очевидно, что требуются большие мультицентровые рандомизированные исследования для окончательного суждения об оптимальном выборе способа оперативного лечения.

**Выводы.** На основании нашего относительно небольшого опыта, преимуществами предложенного способа лечения парастомальных грыж являются следующие: 1) ограниченный доступ без необходимости широкой лапаротомии, что применимо даже при выраженном спаечном процессе в брюшной полости, а также у пациентов с высокой степенью операционного риска; 2) перемещение стомированной кишки в забрюшинный канал, позволяющее увеличить площадь сращения выведенной кишки с окружающими тканями брюшной стенки и исключить образование кармана между терминальным отделом толстой кишки и стенкой живота; 3) укрепление брюшной стенки, позволяющее противостоять прогрессированию нарушения её целостности на участке, ослабленном проведением стомированной кишки; 4) отсутствие контакта синтетического эндопротеза со стомированной кишкой, исключающее возможность поздних осложнений; 5) отсутствие кожной раны вблизи воздействия содержимого стомированной кишки и создание ровной площадки на брюшной стенке для прочного крепления калоприемника непосредственно после операции, что позволяет минимизировать риск инфекционных раневых осложнений и обеспечить хороший

функциональный и косметический результат в последующем.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М.: ЗАО «Изд-во Стольный град», 2002. 160 с.
2. Carne P., Robertson G., Frizelle F. Parastomal hernia // *Brit. J. Surg.* 2003. Vol. 90. P. 784–793.
3. Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon.* 5th edn. London: Baillier and Tindall, 1985. P. 703–705.
4. Leslie D. The parastomal hernia // *Surg. Clin. North. Am.* 1984. Vol. 64. P. 407–415.
5. Rubin M., Schoetz D., Matthews J. Parastomal hernia. Is relocation superior to fascial repair? // *Arch. Surg.* 1994. Vol. 129. P. 413–418
6. Tam K., Wei P., Kuo L., Wu C. Systematic review of the use of mesh to prevent parastomal hernia // *World J. Surg.* 2010. Vol. 34. P. 2723–2729.
7. Tekkis P., Kocher T. Payne J. Parastomal hernia repair // *Dis. Colon Rectum.* 1999. Vol. 42. P. 1505–1508.
8. Venditti D., Gargiani M., Milito G. Parastomal hernia surgery: personal experience with use of polypropylene mesh // *Tech. Coloproctol.* 2001. Vol. 5. P. 85–88.
9. Wijeyekoon S., Gurusamy K., El-Gendy K., Chan C. Prevention of parastomal herniation with biologic composite prosthetic mesh: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *J. Am. Coll. Surg.* 2010. Vol. 211. P. 637–645.

Поступила в редакцию 16.06.2014 г.

V.I. Pomazkin

#### TREATMENT OF THE PARASTOMAL HERNIAS

Sverdlovsk regional clinical hospital for war veterans,  
Yekaterinburg

The article presents the results of 16 operations for the parastomal hernias. The operations were differentiated: the colostomy was relocated to the left retroperitoneal space and in case of hernioplasty it was performed with use of mesh transplant. The fascial defects were closed using the mesh transplant. There weren't any complications in early postoperative period. Long-term five-year results showed no recurrence.

**Key words:** *parastomal hernia, hernioplasty, mesh, fascial defect*