

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-4-155>



Комментарии редколлегии к статье

«Морфо-функциональные особенности различных отделов кишечника и факторы риска, связанные с формированием превентивной илеостомы (обзор литературы)», авторы: Максимкин А.И., Багателія З.А., Гордиенко Е.Н., Емельянова Э.Б., Сакаева Д.М.

Представленная статья посвящена актуальной проблеме — поиску факторов риска осложнений в послеоперационном периоде, связанных с формированием превентивной петлевой илеостомы. Проблема несостоятельности колоректального анастомоза (НА) до настоящего времени злободневна, несмотря на достижения современной хирургии и совершенствование технологий визуальной оценки перфузии и жизнеспособности низводимой кишки, поскольку ее частота составляет 10–13%, а по некоторым данным достигает 20%. Сформулированная авторами точка зрения о том, что наличие превентивной стомы снижает частоту НА, не совсем корректна, так как наличие превентивной кишечной стомы вне зависимости от ее вида позволяет лишь избежать развития у пациента жизнеопасных осложнений, связанных с НА. Превентивную стому следует формировать при выполнении низкой передней резекции прямой кишки, брюшно-анальной резекции прямой кишки, при реконструктивно-восстановительных операциях, направленных на ликвидацию кишечной стомы после операции Гартмана или при формировании тонкокишечного резервуара, при наличии у пациентов факторов риска НА — гипопроотеинемии, гипоальбуминемии, сахарного диабета, курения и т.д. Также, стоит более сдержанно относиться к дискуссии на предмет выбора вида превентивной стомы, скорее всего, в настоящее время она носит академический характер. Использование лапароскопического доступа подразумевает технически более простое формирование петлевой илеостомы, вместе с тем, нельзя отрицать, что в некоторых ситуациях есть необходимость в формировании петлевой трансверзостомы, например, с целью отмывания отключенных отделов кишки от кишечного содержимого. Поэтому выбор вида превентивной петлевой стомы в большей степени зависит от предпочтений оперирующего хирурга и во многом — от интраоперационной ситуации.

Сложно согласиться с высказыванием авторов о том, что наличие превентивной петлевой илеостомы

вызывает изменения, схожие с изменениями у пациентов с синдромом «короткой» кишки. Данный синдром представляет собой патологическое состояние, обусловленное, чаще всего, удалением значительной части тонкой кишки. Коррекция метаболических нарушений консервативными мероприятиями при этом крайне сложна, в то время как у пациента с превентивной илеостомой, накладываемой обычно на терминальный отдел подвздошной кишки, тонкая и ободочная кишка присутствуют, а из пассажа исключена лишь ободочная кишка, поэтому водно-электролитные нарушения не выражены, основная проблема этих пациентов на амбулаторном этапе — корректное соблюдение диеты и пероральный прием адекватного количества жидкости, чему пациенты должны быть обучены еще во время пребывания в стационаре. Известно, что процесс кишечного всасывания сложный, вместе с тем, нарушения, возникающие у ряда пациентов с превентивной илеостомой, в большей степени нельзя назвать фатальными, ведущими к полиорганной недостаточности. Авторам стоит более сдержанно оперировать вышеуказанными терминами. Также крайне осторожно нужно относиться к таким методам исследования как морфологическая оценка биоптатов эпителия тонкой и толстой кишки, особенно для выбора вида превентивной кишечной стомы. Данные методики нашли применение как раз для исследования процесса кишечного всасывания с целью коррекции большей части патологических состояний, развивающихся в кишечном эпителии и связанных с ними метаболических, водно-электролитных нарушений.

В качестве заключения считаем важным отметить, что превентивная кишечная стома крайне необходима, как способ минимизации клинических проявлений жизнеопасных осложнений, связанных с НА. Илеостому необходимо рассматривать не как патологическое, а как временное функциональное состояние на определенном этапе в хирургическом лечении ряда колоректальных заболеваний.