

## ХІРУРГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ТИМЧАСОВИМИ ОДНОСТОВБУРОВИМИ КОЛОСТОМАМИ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНИХ РЕЗЕКЦІЙ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Косован В.М.

Одеська обласна клінічна лікарня, Україна

### Surgical Rehabilitation of Patients with Temporary Single-Barreled Colostomy After Obstructive Resection of The Left Half of Colon

V.N. Kosovan

Odessa Regional Hospital, Ukraine

Received: November 3, 2011

Accepted: December 19, 2011

#### Адреса для кореспонденції:

Обласна клінічна лікарня  
Кафедра хірургії №1 Одеського державного медичного університета  
вул. акад. Заболотного, 26, Одеса, 65117, Україна  
тел.: +38-066-326-90-40  
e-mail: avmalinovskiy@rambler.ru

#### Summary

Results of the 292 reconstructive operations after previous obstructive resection of the left half of colon malignant tumors in 219 (75%), benign disease in 60 (20.6%) and injuries in 13 (4.5%) patients. Postoperative complications occurred in 63 (21.6%) cases: general complications in 19 (6.5%) patients, intra-abdominal complications in 20 (6.8%) and septic complications in 24 (8.2%) cases. The article traces the functional results of operations for 12 months.

*Key words: reconstructive surgery, obstructive resection, a single-colostomy.*

#### Вступ

Реабілітація хворих з тимчасовими колостомами важлива соціальна та медична проблема. Один з найважливіших моментів медичної реабілітації — це хірургічний етап, який дозволяє усунути проблему наявності колостоми та провести в подальшому інші етапи реабілітації носіїв колостом.

За літературними та нашими даними тимчасові одностовбурові колостоми, як правило, найчастіше формують після видалення патологічно змінених ділянок товстої кишки при доброякісних захворюваннях в 73,3%, значно рідше радикального видалення злоякісних пухлин лівої половини товстої кишки в 45,4% та ще рідше — в 5,9% при травмах [6].

Формування колостоми запобігає виникненню можливих життєво небезпечних ускладнень (неспроможності швів, перитоніту, поліорганної недостатності та інших), провести оперативне втручання в мінімально короткі терміни та з найменшою травматичністю. Таким чином, колостомія залишається єдиною можливим методом завершення оперативного втручання в випадках занедбаної хірургічної патології та травматичного пошкодження товстої кишки. Колостомія дозволяє не тільки зберегти життя хворому, запобігти розвитку важких післяопераційних ускладнень, а в подальшому й підготувати хворого до реконструктивно-відновної операції (РВО).

Незважаючи на значні переваги обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки [7] їй властиві недоліки, пов'язані з наявністю функціонуючої колостоми. Наявність останньої приводить, головним чином, до соціально-психічної дезадаптації пацієнтів, втрати працездатності та соціальної ізоляції. Крім того, стома спричинює інвалідизацію пацієнта, а поява параколостомічних ускладнень у декілька разів погіршує і без того незадовільну якість його життя [5]. Значну кількість хворих з колостомами після подібного роду втручання можливо реабілітувати шляхом хірургічного відновлення безперервності товстої кишки [2,4].

На сьогоднішній день деякі аспекти таких оперативних втручань залишаються дискусійними: неоднозначно розглядається можливість одномоментного видалення субстрату захворювання (пухлина, патологічно змінений відділ кишки), які обумовили формування стоми, її ліквідацію при етапних втручаннях на товстій кишці [3], вибір термінів проведення відновних операцій [1,2].

*Метою роботи є* вивчення безпосередніх та функціональних результатів реконструктивно-відновних оперативних втручань у хворих, які перенесли обструктивні резекції лівої половини товстої кишки.

## Матеріал та методи

За період з 2005 по 2010 роки 468 хворим оперативне втручання на товстій кишці завершено формуванням одноствбурової колостоми. Із них показання для проведення РВО були тільки у 292 (62,4%) хворих.

У 395 (84,4%) хворих діагностовано злоякісні пухлини лівої половини товстої кишки. Із них у 113 (24,2%) хворих була виявлена ІV стадія пухлини з віддаленим метастазуванням, і їм виконані паліативні резекції з формуванням постійної одноствбурової колостоми, а в 63 (13,5%) хворих на протязі 1-6 місяців при обстеженні виявлені віддалені метастази.

У 219 (75%) хворих з онкологічною патологією, які були включені в рамки дослідження, були відсутні регіонарні та віддалені метастази та пухлина була резектабельна (T<sub>1-3</sub>, N<sub>0-1</sub>, M<sub>0</sub>), в інших випадках пацієнти були виключені з дослідження.

Із них при злоякісній патології в 219 (46,8%) випадках при наявних показаннях проведено обструктивні резекції тих чи інших відділів лівої половини товстої кишки з видаленням пухлини (операції Гартмана 117 (53,4%) та лівобічна геміколектомія 102 (46,6%)) з формуванням тимчасової одноствбурової стоми.

При доброякісній патології товстої кишки, а це, як правило, завжди ускладнена патологія, одноств-

бурові колостоми сформовано в 60 (20,6%) випадках. У випадках формування одноствбурової стоми виконувалась обструктивна резекція враженого відділу товстої кишки типу Мікулича у 17 (28,3%) хворих та Гартмана в 43 (71,7%) випадках.

У випадках травматичного пошкодження товстої кишки показання для формування тимчасової одноствбурової стоми були лише в 13 (4,5%) випадках.

Причинами виконання обструктивних резекцій лівої половини та сигмоподібного відділу товстої кишки були локалізації раку в селезіночному відділі у 15 (6,9%), нисхідному відділі у 37 (16,9%) та сигмоподібному відділі у 117 (53,4%) хворих. Ускладненнями злоякісних пухлин виступали кишкова непрохідність — у 83 (38%) випадках, перитоніт — у 16 (7,3%) хворих, перифокальне запалення — у 8 (3,7%) хворих, перфорація пухлини — у 10 (4,6%) хворих.

Причинами обструктивних резекцій товстої кишки при доброякісній патології в 60 випадках були: заворот сигмоподібної кишки (СК) з її некрозом — у 16 (26,7%) хворих, сегментарний мезентеріотромбоз — у 15 (25%), защемлена грижа з некрозом СК у 13 (21,7%) випадках, перфорація дивертикулів СК — у 9 (15%) та кровотеча з дивертикула у 7 (11,7%) хворих.

При травмах лівої половини товстої кишки, а у всіх випадках це була травма СК, обструктивні резекції СК виконано у 13 (2,8%) хворих, із них — пошкодження СК та прямої кишки під час гінекологічних операцій у 2 (15,4%) хворих, вогнепальні поранення СК та ПК з масивним пошкодженням тканин кишки у 7 (53,9%), та при тупих травмах живота з масивним пошкодженням тканин кишки у 4 (30,8%) випадках.

Всі оперативні втручання проводились після попередньої підготовки товстої кишки. Попередня підготовка товстої кишки включала в себе механічне очищення дистальних відділів товстої кишки та гідродинамічне дренажування виключених відділів за допомогою клізм. Передопераційна підготовка перед РВО проводилась в умовах інтенсивної терапії з моніторингом та своєчасною корекцією основних показників серцево-судинної системи, дихання, компенсацією супутніх захворювань. Метод знеболювання — загальна анестезія, з послідуочим знеболюванням за допомогою протизапальних нестероїдних препаратів. Антибіотикопрофілактика перед та під час операції, послідуоча антибактеріальна терапія на протязі 5-7 днів проводилась антибіотиками цефалоспоринового ряду II та III поколінь і метронідазолом. Вазелінове масло по 50 мл внутрішньо хворі починали приймати за добу до операції та на протязі 5 днів після відновного втручання. Післяопераційна терапія в ранній період також проводилась в умовах інтенсивної терапії.

Всім хворим проводилися загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічне дослідження легень, УЗД печінки та позаочеревних лімфовузлів, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія, рентгенографія товстої кишки з контрастуванням як самої кукси прямої кишки так і через стому, вивчення видаленого операційного матеріалу, при необхідності — комп'ютерна томографія.

Функціональні результати РВО на товстій кишці оцінювали на підставі наступних критеріїв:

1. наявність диференційованого позиву до дефекації;
2. нормалізація кількості спорожнювань (не більше 1-2 разів у добу);
3. вільне спорожнювання прямої кишки або її кукси;
4. відсутність клінічних і рентгенологічних ознак хронічного колостазу;
5. ускладнень у післяопераційному періоді з боку анастомозу.

### Результати та їх обговорення

Застосування розробленого нами та використання комплексного підходу щодо обстеження та передопераційної підготовки хворих до етапу реконструктивно-відновного лікування дозволив уникнути післяопераційної летальності в цієї складної категорії хворих. Післяопераційні ускладнення при ліквідації одностовбурових стом залишаються достатньо високими та виникли у 60 (21,56%) хворих (табл. 1).

Післяопераційні ускладнення виникли у 63 (21,56%) хворих. Всі ці ускладнення умовно поділені на загальні ускладнення у 19 (6,5%) хворих, внутрішньоочеревинні ускладнення у 20 (6,84%) хворих та гнійні ускладнення післяопераційної рани у 24 (21,56%) хворих.

Із загальних ускладнень у 6 (2,05%) хворих, незважаючи на проведення антикоагулянтної терапії та задовільні показники системи згортання крові, виникли тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії. Своєчасно проведена системна тромболітична терапія дозволила запобігти летальному випадку. Післяопераційне запалення легень виникло у 13 (4,45%) хворих.

Внутрішньоочеревинні ускладнення виникли у 20 (6,84%) хворих та були представлені неспроможністю швів анастомозу у 15 (5,14%) хворих, перфорацією гострої виразки тонкої кишки в 1 (0,34%) хворого, післяопераційною кишковою непрохідністю у 2 (0,64%) хворих та внутрішньоочеревнею кровотечею в 1 (0,34%) та кровотечею з лінії анастомозу в 1 (0,34%) хворого. В разі розвитку неспроможності анастомозу лише в одному випадку була виконана

релапаротомія, санація і дренування черевної порожнини та накладена двостовбурова трансверзостама.

У всіх інших випадках була налагоджена активна проточно-аспіраційна система з застосуванням антисептиків в зоні анастомозу, що дозволило запобігти релапаротомії та виведенню колостоми. У випадках кровотечі з зони анастомозу та внутрішньоочеревнею кровотечі вдалося виявити та зупинити під час релапаротомії, ревізії та прошиванні кровоточивої судини.

Серед гнійних ускладнень післяопераційних ран у 24 (8,22%) випадках нагноєння рани після середньої лапаротомії спостерігалось у 8 (2,74%), а нагноєння парастомальних ран у 16 (5,48%) випадках. При розвитку інфільтратів та нагноєння післяопераційних ран проводилося дренування рани, антибактеріальна терапія, місцева терапія антисептиками та мазями, що призвело до загоєння рани.

РВО з ліквідації стоми залишаються достатньо складними втручаннями, кількість ускладнень при них сягає 22-56% та летальність — 6,9% [2,4,7]. Бажання знизити кількість таких ускладнень та летальність привело до 3 етапного лікування ургентної патології товстої кишки (операція Цейдлера-Шлоффера). Ліквідацію стоми в таких випадках проводять тільки після видалення основного патологічного процесу. За літературними даними сумарна кількість післяопераційних ускладнень може сягати 80%, а летальність 50%, а до третього етапу (ліквідації стоми) доходить тільки 30% хворих [7].

У нашому дослідженні скорочено один із етапів хірургічного лікування, об'єднав видалення патологічного процесу, який привів до формування стоми, з її ліквідацією, що не тільки не привело до суттєвого погіршення результатів, а навіть значного покращення. Функціональні результати РВО на товстій кишці оцінені через 1, 6 та 12 місяців на підставі вищеперерахованих критеріїв були задовільними у всіх оперованих хворих.

**Таблиця 1.** Післяопераційні ускладнення при проведенні РВО у хворих з тимчасовими одностовбуровими колостомами

Види ускладнень	Кількість ускладнень	
	Абс.число	%
<b>Загальні ускладнення:</b>	<b>19</b>	<b>6,5</b>
тромбоемболія гілок легених артерій	6	2,05
післяопераційне запалення легень	13	4,45
<b>Внутрішньоочеревинні ускладнення:</b>	<b>20</b>	<b>6,84</b>
неспроможність швів анастомозу	15	5,14
перфорація гострої виразки тонкої кишки	1	0,34
післяопераційна кишкова непрохідність	2	0,68
внутрішньоочеревна кровотеча	1	0,34
кровотеча з лінії анастомозу	1	0,34
<b>Гнійні ускладнення рани:</b>	<b>24</b>	<b>8,22</b>
інфільтрати та нагноєння парастомальної рани	16	5,48
інфільтрати та нагноєння лапаротомної рани	8	2,74
<b>Всього</b>	<b>63</b>	<b>21,56</b>

## Висновки

Післяопераційні ускладнення при проведенні РВО у хворих з тимчасовими одностовбуровими колостомами складають 21,56%, із них загальні ускладнення — 6,5%, внутрішньочеревневі — 6,84% та гнійні ускладнення рани в 8,22% випадках. Неспроможність швів анастомозу виникла в 5,44%, та потребувала повторного втручання тільки в 1 випадку.

Функціональні результати реконструктивно-відновних операцій після обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки простежено на протязі 12 місяців та були задовільними у всіх оперованих хворих.

## Література

1. Агавелян А.М., Шахназарян К.Л. (2003) Выбор сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций у больных с одностольной колостомой. Тез. докл. *I съезда колопроктологов России с международным участием* (Самара). с. 338-339
2. Васильев В.В. (2008) Хирургическая реабилитация больных с временными колостомами. Автореф. дис. канд. мед. Наук. (С-Петербург). 21 с.
3. Гордійчук П.І. (2001) Об'єм невідкладного хірургічного втручання при обтураційній товстокишкової непрохідності. Збірн. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. 3: 351-357
4. Гольмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Макиенко Е.Г. (2009) Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана. *Український журнал хірургії*. 2: 53-54
5. Пойда А.И., Мельник В.М., Заверный Л.Г., Абу Шамсия Р.Н. (2011) Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки. *Клиническая онкология, специальный выпуск*. I: 47-52
6. Косован В.М. (2010) Місце та роль ентеро- і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці. *Харківська хірургічна школа*. 4: 43-45
7. Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Думанский Ю.В. и др. (2010) Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки. *Новоутворення*. 3-4: 85-91