



В. М. Косован

Комунальна установа
«Одеська обласна клінічна
лікарня»

© В. М. Косован

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ТИМЧАСОВИМИ ЕНТЕРО- ТА КОЛОСТОМАМИ

Резюме. Проаналізовано безпосередні та функціональні результати реконструктивно-відновних операцій у 529 хворих, яким втручання на товстій кишці було завершено формуванням одностворових кишкових стом у 292 (55,20%) випадках та двостовбурових — у 237 (44,80%). Із них у 204 (86,08%) хворих сформовані двостовбурові колостоми, а в 33 (13,92%) — двостовбурові ентеростоми. У хворих із двостовбуровими стомами в 66 (27,85%) випадках оперативне втручання виконано тільки на стомованому відділі кишки, а в 171 (72,15%) пацієнта ще й видалялись пухлини, інші патологічні процеси, які залишилися після першої операції. Показники післяопераційних ускладнень при ліквідації тимчасових одно- та двостовбурових стом достатньо високі, вони виникли в 122 (23,07%) хворих (загальні ускладнення — в 5,67%, внутрішньоочеревинні — у 8,7% та гнійні ускладнення рани — у 8,7% випадках). Високий показник ускладнень при проведенні реконструктивно-відновних втручань у хворих з одно- та двостовбуровими стомами потребує подальшого вивчення та зниження. Функціональні результати реконструктивно-відновних операцій у хворих з одно- та двостовбуровими стомами були задовільними у всіх оперованих.

Ключові слова: реконструктивно-відновні операції, одно- та двостовбурові ентеро- і колостоми, післяопераційні ускладнення, функціональні результати.

Вступ

Більшість оперативних втручань на товстій кишці в умовах задавленої хірургічної патології та відсутності адекватної підготовки товстої кишки завершуються формуванням одно- та двостовбурових кишкових стом (40—60% усіх випадків) [1, 6, 7, 8].

Завершення оперативного втручання за таких умов має цілу низку переваг щодо зниження летальності та післяопераційних ускладнень, а в більшості випадків — єдино вірним методом.

Ентеро- та колостоми, які відіграли свою основну роль у збереженні життя хворого, у подальшому стають причиною зниження якості його життя, тривалої тимчасової та часто стійкої втрати працездатності, потребують використання спеціальних засобів догляду за стомою, матеріальних витрат для придбання стомійного устаткування. Більше того, наявність кишкової стоми є важкою психологічною травмою для людини, змінює її звичний спосіб життя [3, 9].

У зв'язку з цим розробка реконструктивних та відновних операцій (РВО) на товстій кишці, вивчення їх безпосередніх, віддалених і функціональних результатів є перспективним напрямком досліджень та мають важливе значення для медичної та соціальної реабілітації і поліпшення якості життя стомованих хворих [5].

Метою роботи є вивчення безпосередніх і функціональних результатів реконструктив-

но-відновних оперативних втручань у хворих із тимчасовими двостовбуровими та одностворовими ентеро- та колостомами.

Матеріал та методи

У дослідження включено 529 хворих, яким оперативне втручання на товстій кишці було завершено формуванням кишкових стом: одностворових — у 292 (55,20%) випадках та двостовбурових — у 237 (44,80%). У своїй роботі ми використовували класифікацію Г.І. Воробйова та П.В. Царькова (2002), які поділяють стоми за принципом анатомічної будови: двостовбурові петлеві, двостовбурові роздільні, одностворові, кінцеві й пристіночні.

Тимчасові двостовбурові кишкові стоми сформовано у 237 хворих: у 204 (86,08%) — двостовбурові колостоми, а у 33 (13,92%) — двостовбурові ентеростоми.

У 66 (27,88%) пацієнтів втручання проведено тільки на стомованій ділянці товстої кишки. Серед 24 (36,36%) випадків стома була сформована внаслідок відкритих та закритих травм товстої кишки, у 11 (16,67%) пацієнтів — сфінктерного апарата прямої кишки, у 16 (24,24%) — після видалення субстрату захворювання (пухлина, дивертикульоз) стома була сформована для захисту товстокишкових та товстопрямокишкових анастомозів, у 6 (9,09%) хворих — внаслідок некрозу кишки при защемленій грижі, а у 5 (7,58%) — при



перфорації дивертикулів, у 4 (4,06%) — ректовагінальних нориць.

У 34 (51,52%) хворих оперативне втручання було завершено формуванням трансверзостоми, у 32 (48,48%) — сигмостоми.

У 50 (75,76%) хворих двостовбурова петлева стома була виконана із формуванням «шпори» та збереженням задньої стінки товстої кишки, а у 16 (24,24%) випадках колостома сформована у вигляді роздільної двостовбурової стоми.

Обов'язковою умовою для проведення відновного лікування була хороша прохідність товстої кишки нижче виведеної стоми, відсутність її патологічних змін нижче рівня стоми, рецидивів пухлин та віддалених метастазів, повне відновлення та загоєння кишкових анастомозів та нориць, повне відновлення функції інконтиненції. Інформацію про ці умови ми одержували під час проведення ректороманоскопічного, колоноскопічного досліджень, іригоскопії, ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, сфінктеротензіометрії.

Реконструктивно-відновна операція з ліквідації стоми проводилася з локального парастомального доступу в місці її розташування. У цих хворих виконувалися два варіанти оперативних втручань: у 43 (65,15%) пацієнтів — внутрішньочеревна циркулярна резекція кишки зі стомою та формуванням анастомозу «кінець в кінець». Із 23 (34,85%) випадків у 7 (10,6%) була трансверзостома, а у 16 (24,24%) — сигмостома, що визначалося мінімальною мобілізацією і висіченням стінки стоми, збереженням її задньої стінки та формуванням анастомозу 2/3 або 3/4 за Мельниковим.

У 171 (58,56%) хворого оперативне втручання проводилося не тільки на стомованому відділі кишківника, але й видалялись пухлини та інші патологічні процеси, які не були з тих чи інших причин видалено під час першої операції. Хірургічне лікування у цієї групи хворих на попередньому етапі передбачало формування двостовбурової стоми з локального доступу або при проведенні середньосерединної лапаротомії. У 84 (49,12%) пацієнтів було сформовано двостовбурову сигмостому: із них в 29 (34,52%) випадків — із локального доступу, в 55 (65,48%) — із серединної лапаротомії. Причинами формування стоми були в 40 (47,62%) випадках пухлини прямої та в 39 (46,43%) сигмоподібної кишок, у 5 (5,95%) — перфорація дивертикула сигмоподібної кишки.

У 54 (31,58%) хворих із пухлинами лівої половини товстої кишки сформовано двостовбурову трансверзостому (в 50 (29,24%) випадках — петлеву та в 4 (2,34%) — роздільну); у 33 (19,3%) хворих із пухлинами правої половини товстої кишки — двостовбурову ентеростому.

Оперативне лікування передбачало проведення середньосерединної лапаротомії, резекції пато-

логічно зміненої ділянки товстої кишки та одночасну ліквідацію ентеро- та колостоми з відновленням неперервності травного тракту. У 54 (31,57%) хворих виконано лівобічну геміколектомію, у 33 (19,3%) — правобічну геміколектомію, у 37 (21,64%) — резекцію сигмоподібної та в 43 (25,15%) — прямої кишок, а в 4 (2,34%) випадках — субтотальну колектомію. При цьому стома видалялась разом із патологічним субстратом, який зумовив її виведення.

Тимчасові одноствобурові колостоми сформовано у 292 (62,39%) хворих. Із них при злоякісній патології у 219 (46,79%) випадках при наявності показань проведено обструктивні резекції тих чи інших відділів лівої половини товстої кишки з видаленням пухлини. Операцію Гартмана виконано у 117 (53,42%) випадках та лівобічну геміколектомію — у 102 (46,58%) із формуванням тимчасової одноствобурової стоми.

У всіх 219 (75,00%) хворих з онкологічною патологією, включених до дослідження, були відсутні регіонарні та віддалені метастази і пухлина виявилася резектабельною (T_{1-4} , N_{0-1} , M_0), в інших випадках пацієнти були виключені з дослідження.

При доброякісній патології товстої кишки, а це, як правило, завжди ускладнена патологія, одноствобурові колостоми сформовано у 60 (20,55%) хворих. У випадках формування одноствобурової стоми виконувалась обструктивна резекція ураженого відділу товстої кишки за типом Мікулича у 17 (28,33%) хворих та Гартмана — у 43 (71,67%).

У випадках травматичного пошкодження товстої кишки показання для формування тимчасової одноствобурової стоми були лише у 13 (4,45%) пацієнтів.

Причинами виконання обструктивних резекцій лівої половини та сигмоподібного відділу товстої кишок були локалізації раку в селезіночному відділі у 15 (6,85%) випадках, нисхідному відділі — у 37 (16,89%) та сигмоподібному відділі — у 117 (53,43%). Ускладненнями злоякісних пухлин були непрохідність кишечника — у 83 (38,0%) спостереженнях, перитоніт — у 16 (7,31%), перифокальне запалення — у 8 (3,65%), перфорація пухлини — у 10 (4,57%).

Причинами обструктивних резекцій товстої кишки при доброякісній патології у 60 випадках були: заворот сигмоподібної кишки (СК) з її некрозом у 16 (26,67%) хворих, сегментарного мезентеріотромбозу — у 15 (25,0%), защемлена грижа з некрозом СК — у 13 (21,67%), перфорація дивертикулів СК — у 9 (15,00%) та кровотеча з дивертикула — у 7 (11,66%).

При травмах лівої половини товстої кишки, а у всіх випадках це була травма СК, її обструктивні резекції виконано у 13 (2,78%) хворих, із них — пошкодження СК та прямої кишки під час гінекологічних операцій — у 2 (15,38%) па-

цінток, вогнепальні поранення СК і порожнистої кишки (ПК) з масивним пошкодженням тканин — у 7 (53,85%) та при тупих травмах живота з масивним пошкодженням тканин кишки — у 4 (30,77%) випадках.

Усі оперативні втручання проводилися після попередньої підготовки товстої кишки, яка включала механічне очищення її дистальних відділів та гідродинамічне тренування 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 супровідних захворювань. Метод знеболювання — загальна анестезія, з наступним знеболенням за допомогою протизапальних нестероїдних препаратів. Антибіотикопрофілактика перед та під час операції, наступна антибактеріальна терапія протягом 5—7 днів проводилися препаратами цефалоспоринового ряду II і III поколінь і метронідазолом. Вазелінове масло по 50 мл внутрішньо хворі починали приймати за добу до операції та протягом 5 днів після відновного втручання. Післяопераційна терапія в ранній період також застосувалася в умовах інтенсивної терапії.

Усім хворим проводилися загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічне дослідження легень, УЗД печінки та позаочеревинних 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 таких критеріїв: 1) наявність диференційованого позиву до дефекації; 2) нормалізація кількості випорожнень (не більше 1—2 разів за добу); 3) вільне спорожнювання прямої кишки або її кукси; 4) відсутність клінічних і рентгенологічних ознак хронічного колостазу; 5) відсутність ускладнень у післяопераційному періоді з боку анастомозу.

Результати дослідження та їх обговорення

Використання запропонованого нами комплексного підходу щодо обстеження та передопераційної підготовки хворих до етапу реконструктивно-відновного лікування дозволив уникнути післяопераційної летальності серед цієї категорії хворих. Післяопераційні ускладнення при ліквідації тимчасових одно- та двостовбурових стом залишаються достатньо високими та виникли у 122 (23,07%) хворих (табл. 1).

Усі ці ускладнення умовно поділено на загальні у 30 (5,67%) хворих, внутрішньоочеревинні — у 46 (8,70%) та гнійні ускладнення післяопераційної рани — у 46 (8,70%).

Таблиця 1

Післяопераційні ускладнення при проведенні відновних операцій при ліквідації ентеро- та колостом

Види ускладнень	Кількість
Загальні	30 (5,67%)
— тромбоемболія гілок легеневих артерій	7 (1,32%)
— післяопераційне запалення легень	23 (4,35%)
Внутрішньоочеревинні:	46 (8,70%)
— неспроможність швів анастомозу	38 (7,18%)
— перфорація гострої виразки тонкої кишки	2 (0,38%)
— післяопераційна непрохідність кишечника	4 (0,76%)
— внутрішньоочеревинна кровотеча	2 (0,38%)
— кровотеча з лінії анастомозу	1 (0,19%)
Гнійні ускладнення рани:	46 (8,70%)
— парастомальної	28 (5,29%)
— лапаротомної	18 (3,41%)
Всього:	122 (23,07%)

Серед загальних ускладнень у 7 (1,32%) хворих, незважаючи на проведення антикоагулянтної терапії та задовільні показники згортальної системи крові, виникла тромбоемболія гілок легеневої артерії. Своєчасно проведена системна тромболітична терапія дозволила запобігти летальному випадку. Післяопераційне запалення легень виникло у 23 (4,35%) хворих.

Внутрішньоочеревинні ускладнення спостережувалися у 46 (8,70%) хворих та були представлені неспроможністю швів анастомозу у 38 (8,70%) випадках, перфорацією гострої виразки тонкої кишки — у 2 (0,38%), післяопераційною непрохідністю кишечника — у 4 (0,76%), внутрішньоочеревинною кровотечею — у 2 (0,38%) хворого та кровотечею з лінії анастомозу — у 1 (0,19%).

Серед гнійних ускладнень післяопераційних ран у 46 (8,70%) випадках нагноєння рани після серединної лапаротомії спостерігалось у 18 (5,85%) хворих, а нагноєння парастомальних ран — у 28 (5,29%).

Застосування розробленого нами та використання комплексного підходу щодо обстеження та передопераційної підготовки пацієнтів до етапу реконструктивно-відновного лікування дозволив уникнути післяопераційної летальності в цієї складної категорії хворих.

У разі розвитку неспроможності анастомозу лише у 4 випадках було виконано релапаротомію, санацію і дренажу черевної порожнини та накладено двостовбурову трансверзостому.

В усіх інших випадках була налагоджена запропонована нами активна проточно-аспіраційна система із застосуванням антисептиків у зоні анастомозу, що дозволило запобігти релапаротомії та виведенню колостоми. При кровотечі із зони анастомозу в одному випадку та внутрішньоочеревинної кровотечі у двох випадках вдалося виявити та зупинити її під час релапаротомії, ревізії та прошиванні кровоточивої судини.



При розвитку інфільтратів та нагноєнні післяопераційних ран проводилося їх дренивання, призначалися антибактеріальна терапія, місцева терапія антисептиками та мазями, що сприяло загоєнню рани. РВО з ліквідації стоми залишаються достатньо складним втручанням, кількість ускладнень при них досягає 22—56% та летальність — 6,9% [2, 4, 8]. Функціональні результати РВО на товстій кишці, оцінені через 1, 6 та 12 місяців на підставі зазначених критеріїв, були задовільними в усіх оперованих хворих.

Висновки

1. Післяопераційні ускладнення при проведенні РВО у хворих із тимчасовими одно- та двостов-

буровими стомами становлять 23,07%, із них загальні ускладнення — 5,67%, внутрішньоочеревинні — 8,7% та гнійні ускладнення рани — у 8,7% випадків. Неспроможність швів анастомозу виникли у 7,18% хворих, повторне втручання було необхідне тільки у 4 випадках.

2. Високий показник ускладнень при проведенні реконструктивно-відновних втручань у хворих з одно- та двостовбуровими стомами потребує подальшого вивчення та зниження.

3. Функціональні результати після проведення реконструктивно-відновних втручань у хворих з одно- та двостовбуровими стомами були задовільними в усіх оперованих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Огнестрельные ранения толстой кишки / С.А. Алиев, З.А. Салахов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова — 2009. — № 1. — С. 35—40.

2. Васильев В.В. Хирургическая реабилитация больных с временными колостомами: автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н.: спец. 14.00.27 «Хирургия» / В.В. Васильев — С-Петербург, 2008. — 21 с.

3. Воробьев Г.И. Оценка качества жизни оперированных больных / Г.И. Воробьев, Э.А. Степанова // Колопроктология. — 2006. — № 3 (17). — С. 46—52.

4. Гюльмамедов Ф.И. Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана / Ф.И. Гюльмамедов, Г.Е. Полуниин, Е.Г. Макиенко // Украинский журнал хирургии. — 2009. — № 2. — С. 53—54.

5. Захараш М.П. Выбор метода восстановительного этапа операции при хирургическом лечении колоректального рака / М.П. Захараш, А.И. Пойда, В.М. Мельник // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопрокто-

логов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. — Одесса, 2011. — С. 257—259.

6. Косован В.М. Місце та роль ентеро- і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці / В.М. Косован // Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 4. — С. 43—45.

7. Патогенетичне обґрунтування формування кишкових стом і накладання анастомозів при гострій непрохідності кишечника / І.Ю. Полянський, В.Ф. Грінчук, В.В. Андрієць [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 69—71.

8. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г.В. Бондарь, В.Х. Башеев, Ю.В. Думанский [и др.] // Новоутворення. — № 3—4. — С. 85—91.

9. Quality of Life with a Temporary Stoma / A.W. Gooszen, R.H. Geelkerken, J. Hermans [et al.] // Disease Colon. Rectum. — 2000. — № 3 (43). — P. 650—654.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВРЕМЕННЫМИ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМАМИ

В. Н. Косован

Резюме. Проанализированы непосредственные и функциональные результаты реконструктивно-восстановительных операций у 529 больных, которым вмешательство на толстой кишке завершалось формированием одноствольных кишечных стом в 292 (55,20%) случаях и двухствольных кишечных стом — в 237 (44,80%). Из них у 204 (86,08%) больных сформированы двухствольные колостомы, а у 33 (13,92%) — двухствольные энтеростомы. У больных с двухствольными стомами в 66 (27,85%) случаях оперативное вмешательство выполнено только на стомированном отделе кишки, а у 171 (72,15%) пациента удалялись еще и опухоли, другие патологические процессы, которые остались после первой операции. Показатели послеоперационных осложнений при ликвидации временных одно- и двухствольных стом достаточно высокие: они возникли у 122 (23,07%) больных (общие осложнения — в 5,67%, внутрибрюшинные — в 8,70% и гнойные осложнения раны — в 8,70% случаях). Высокий показатель осложнений при проведении реконструктивно-восстановительных вмешательств у больных с одно- и двухствольными стомами требует дальнейшего изучения и снижения. Функциональные результаты реконструктивно-восстановительных операций у больных с одно- и двухствольными стомами были удовлетворительными у всех оперированных.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции, одно- и двухствольные энтеро- и колостомы, послеоперационные осложнения, функциональные результаты.



RECONSTRUCTIVE
SURGERY IN PATIENTS
WITH TEMPORAL
ENTERO- AND COLOSTOMY

V. M. Kosovan

Summary. Analyzed the direct and functional results of reconstructive operations in 529 patients in whom the surgery on the colon completed the formation of single-barreled in 292 (55,20%) and double-barrel intestinal stomy in 237 (44,80%) patients, of whom 204 (86,08%) — formed shotguns colostomy, and in 33 (13,92%) — double-barrel enterostomy. In patients with double-barreled stoma in 66 (27,85%) surgery was performed only on stomy part of the intestine, and in 171 (72,15%) patients surgery was performed not only on the colostomy intestine, but also removed the tumor and other pathological processes who were not, for whatever reason are not removed during the first operation. Postoperative complications in the elimination of temporary one- and double-barrel colostomy remain quite high, and appeared in 122 (23,07%) patients, including general complications which occurred in 5,67% intraperitoneal — 8,70% and festering wound complications — in 8,70% of cases. A high percentage of complications during reconstructive interventions in patients with single- and double-barreled stoma requires further study and improvement. Functional results of reconstructive surgery in patients with single- and double-barreled stoma were satisfactory in all operated patients.

Key words: *reconstructive surgery, one- and double-barreled entero- and colostomy, postoperative complications, functional results.*