



Я. П. Фелештинський, В. Ю. Пироговський

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕТЛЬОВИХ КОЛОСТОМАХ

У зв'язку з розширенням показань до органозберігальних операцій при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки (низька передня резекція прямої кишки, інтрасфінктерна резекція з формуванням колоанального анастомозу) збільшилася кількість протекторних петльових ілеостом та колостом. Частота виведення петльових колостом за наявності злоякісних пухлин ободової та прямої кишок становить 33,4%. Протекторні петльові колостоми здебільшого потребують проведення повторної операції з відновлення безперервності кишечника («закриття» стоми). Проте результати відновних операцій залишаються незадовільними і потребують поліпшення.



Ключові слова: петльові колостоми, відновлення безперервності кишечника, хірургія.

Однією з проблем хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями і травмами товстого кишечника є ліквідація кишкової стоми. Наявність колостоми на передній черевній стінці — причина інвалідності хворого, зниження якості його життя, збільшення вартості й тривалості лікування [10, 11, 13, 14, 16].

Для поліпшення результатів хірургічної реабілітації стомованих хворих розроблено та впроваджено в клінічну практику нові види відновних операцій, методи прогнозування, профілактики та лікування найчастіших і типових ускладнень, проаналізовано найближчі та віддалені функціональні результати, а також якість життя оперованих хворих. Запропоновано різні способи доопераційної підготовки та лікування у післяопераційний період [10, 11, 13, 14, 16].

Успіх хірургічного лікування колостоми значною мірою залежить від вибору оптимальних термінів для її ліквідації [24, 33, 35] і проведення правильної та своєчасної підготовки [4, 15].

До операції необхідно ліквідувати причини, які призвели до формування колостоми. Однак слід мати на увазі, що при тривалому існуванні колостоми у відключеній кишці виникають атрофічні та склеротичні процеси. Строки закриття коло-

стом залишаються предметом дискусій. Існують суперечливі дані щодо впливу строків закриття колостом на вибір методу оперативного втручання та кількість післяопераційних ускладнень. Багато авторів не виявили статистично значущої різниці щодо частоти післяопераційних ускладнень залежно від тривалості періоду від виведення до закриття колостоми [14], хоча вони зазначають деяку технічну складність при виконанні відновних операцій у ранні строки, що пов'язано з набряком та запальними змінами в тканинах.

Більшість авторів рекомендують ліквідувати петльову колостому та стому після операції за Мікулічем не раніше ніж через 1—4 міс, а після операції Гартмана чи за типом Гартмана — через 6—12 міс, мотивуючи це тим, що запальні зміни в кишці при гістологічному дослідженні виявляють протягом 3 міс, а через 9—12 міс атрофія стінки кишки набуває різко вираженого характеру. Є відомості про проведення операції в більш ранні терміни, а також щодо відсутності залежності між кількістю післяопераційних ускладнень і терміном ліквідації кишкової стоми [24, 33, 35].

Термін «раннє закриття колостоми» визначають по-різному. Раннім закриттям колостом вважають закриття колостом у строки до 3 тиж після

накладення [25], до 1 міс [22, 31], до 2 міс [22, 27], до 3 міс [27, 30].

Деякі автори відзначили збільшення кількості післяопераційних ускладнень при ранньому закритті петльових колостом і тенденцію до зниження частоти післяопераційних ускладнень при збільшенні терміну існування колостоми [10, 14, 16]. Е. П. Рудін при закритті петльових та пристінкових колостом у строки до 2 міс після накладання виявив у 23,08 % пацієнтів нагноєння рани, у 7,69 % — формування калових нориць, у період від 2 до 6 міс — відповідно у 10,64 та 3,19 % пацієнтів. Інші дані при ранньому закритті колостом наводить Freund (1982): у строки до 3 міс — 81,4 % післяопераційних ускладнень, пізніше 3 міс — 43,2 %. З огляду на це, багато хірургів рекомендують закривати колостому в терміні від 2 до 6 міс після накладення [9, 30].

Останніми роками в літературі з'явилися повідомлення про можливість раннього (до 1 міс) закриття петльових колостом та цекостом без суттєвого збільшення частоти післяопераційних ускладнень [7, 34]. Прибічники раннього закриття петльових колостом та цекостом добрі результати відновлення пов'язують з використанням внутрішньоочеревинного методу операції, можливістю виконання інтубації кишечника під час операції, виконанням резекції петлі кишки, яка несе колостому, накладанням циркулярного анастомозу, застосуванням масивної антибактеріальної терапії до та після операції [8].

Строки закриття колостом також визначаються патологією, з приводу якої колостому було виведено. У пацієнтів, оперованих з приводу дивертикульозу ободової кишки, відновлювати кишковий пасаж рекомендується не раніше ніж через 3 міс. Колостоми, накладені з приводу проникного поранення ободової кишки, не рекомендують закривати раніше ніж через 4 тиж [8]. Н. Я. Яицький та співавт. (1983) вважають за доцільне закривати петльові колостоми через 2—3 міс, при їх накладанні з приводу непухлинних захворювань товстої кишки. При накладанні стоми з приводу пухлинних процесів товстої кишки вони рекомендують закривати стоми через 10—12 міс, після стабілізації стану пацієнта та стихання запальних процесів у черевній порожнині. Накладену з приводу непухлинних захворювань прианальної ділянки колостому рекомендують закривати через 2—4 міс після пластичної операції [3].

Частина авторів стверджують, що частота післяопераційних ускладнень збільшується при закритті колостом у строки пізніше ніж 6—12 міс після накладання [3, 31]. Це пов'язано з розвитком параколомостомічних ускладнень (параколомостомічні грижі, евагінація кишки крізь коломостомічний отвір, стриктури колостоми), що може ускладнити виконання відновної операції. Більшість авторів зазначають, що пізні ускладнення колостомій трапляються часто [32]. Garber (1982) виявив у пацієнтів з петльовими колостомами 13 % параколомостомічних

ускладнень в строки до 3 міс, 44 % — у строки 3—6 міс та 53 % — пізніше 6 міс. Причинами незадовільних результатів пізнього закриття петльових колостом можуть бути порушення моторики і тону су відключеної кишки, мікробіального ценозу у відключеній кишці та ділянці колостоми, дистрофія сполучної тканини товстої кишки при тривалому відключенні, виникнення неспецифічних запальних змін у слизовій оболонці [8, 9, 27, 30].

Важливими є питання вибору методу і техніки виконання відновних операцій у пацієнтів з петльовими стомами. Це зумовлено незадовільними результатами операцій та відсутністю чітко визначених показань до вибору методу операції, обсягу резекції кишки, техніки ушивання просвіту кишки, ведення післяопераційної рани тощо.

Останніми роками визначено два основні методи закриття петльових колостом: внутрішньоочеревинний та позаочеревинний. Останній метод передбачає ушивання коломостомічного отвору в стінці кишки після її мобілізації в товщі передньої черевної стінки, без входження в черевну порожнину, що і є перевагою методу. Прибічники позаочеревинного методу [1, 2] вважають, що цей метод є менш складним та безпечнішим щодо інфікування черевної порожнини як під час операції, так і після, у разі неспроможності швів кишкової стінки. Позаочеревинний метод особливо привабливий у літніх та ослаблених пацієнтів, при вираженій супутній патології, коли лапаротомія становить небезпеку для життя [2].

Причиною незадовільних результатів використання позаочеревинного методу закриття петльових колостом вважають технічні складності, які виникають при мобілізації кишки з тканини передньої черевної стінки, особливо, коли виведення колостоми було виконано з певними ускладненнями. Причиною виникнення недостатності швів накладеного анастомозу при позаочеревинному методі вважають недостатню мобілізацію стінки кишки з оточуючих рубців. Унаслідок цього при ушиванні просвіту кишки виникає натягнення швів та погана адаптація рубцево-змінених країв кишки, порушується кровопостачання, що спричиняє неспроможність швів анастомозу [2]. Вважають, що позаочеревинний метод взагалі не слід використовувати при звуженні просвіту відповідної петлі колостоми, при виражених запальних змінах шкіри і тканин навколо колостоми, великих дефектах стінки кишки після її мобілізації, за наявності параколомостомічних гриж та сильно вираженої шпорі [17].

Внутрішньоочеревинний метод відновних операцій при петльових колостомах є більш радикальним, ніж позаочеревинний [5, 7]. До переваг методу належать: виконання операції в строго асептичних умовах, крайова або циркулярна резекція колостоми в межах незміненої добре васкуляризованої кишкової стінки, більш ефективно усунення рубцевих деформацій кишки, краще лікування

параколомостомічних ускладнень, після накладання анастомозу кишку поміщають у черевну порожнину в більш фізіологічні для неї умови [6]. Зазначають також набагато меншу частоту виникнення післяопераційних вентральних гриж на місці ушитого отвору виведення колостоми [14].

Багато дослідників не виявили значущої різниці при використанні внутрішньоочеревинного та позаочеревинного методів закриття петльових колостом [1, 10, 27]. Це пов'язують з правильним вибором методу закриття залежно від конкретної хірургічної ситуації та використанням потужної антибактеріальної терапії.

Найчастіше ускладнення, яке може виникнути при закритті петльової колостоми, — нагноєння

післяопераційної рани в ділянці висічення колостоми, частота якого, за даними деяких авторів, може досягати 33,9%, хоча є відомості про незначну кількість післяопераційних нагноєнь — до 6% [10].

Висновки

Пацієнти з тимчасовими петльовими колостомами в різні терміни після первинної операції потребують проведення хірургічної реабілітації у вигляді відновних операцій. Кількість та структура післяопераційних ускладнень після відновних операцій на товстій кишці незадовільні, тому існує потреба в удосконаленні чинних та розробленні нових методів відновлення неперервності товстого кишечника.

Література

- Алиев С. А., Алиев Э. С. Комплексная профилактика гнойно-воспалительных осложнений при операциях на ободочной кишке // Вестн. хирургии. — 2008. — № 6. — С. 77—82.
- Ан В. К., Ривкин В. Л. Неопложная проктология. — М: Медпрактика-М, 2003. — 44 с.
- Блиничев Н. М., Андрианов А. В., Калашник Л. Ф. К методике ушивания цекостоми // Клини. хир. — 1984. — № 2. — С. 55—56.
- Бочкарева Н. А., Напольских В. М., Камашев В. М. Анализ результатов лечения больных колоректальным раком по данным республиканского клинического диспансера г. Ижевска // Мед. альманах. — 2009. — № 3. — С. 73—76.
- Бухтеев С. В. Відновно-реконструктивні операції на товстій кишці після обструктивних резекцій типу Гартмана: Автореф. дис. ...канд. мед. наук:14.01.07. — Донец. держ. мед. ун-т імені М. Горького. — Донецьк, 2003. — 19 с.
- Верхулецкий И. Е., Верхулецкий Е. И. Аспекты морфологии и классификации спаечного процесса органов брюшной полости // Укр. журн. хірургії. — 2009. — № 3. — С. 30—33.
- Воленко А. В., Андреев Ю. В. Параколомостомические послеоперационные осложнения и пути их профилактики // Мед. вестн. МВД. — 2011. — Т. 29, № 5. — С. 61—62.
- Воленко Р. А. Частота и характер осложнений при использовании одной из методик компрессионного кишечного шва в хирургии толстой кишки // Альманах клин. мед. — 2007. — № 16. — С. 55—57.
- Воробьев Г. И., Зикас В. С., Павалькис Д. К. Проблемы закрытия двустольных колостом // Вестн. хир. — 1989. — № 5. — С. 134—138.
- Говязина Т. Н., Лебедева Т. М. Практические рекомендации по осуществлению комплексной реабилитации стомированных больных. — Пермь, 2002. — 34 с.
- Даденко Б. М., Кириллов О. В., Подпоринов С. Д. Проблема психологической и медико-социальной реабилитации больных с колостомами // Хирургия. — 2006. — № 1. — С. 36—40.
- Загородний Л. Г., Гольмамедов Ф. И., Кухто Г. К. Восстановление кишечной непрерывности при раке ободочной кишки // Хирургия. — 1983. — № 11. — С. 83—87.
- Захараш М. П., Иоффе А. Ю., Абу Шамсия Р. Н. Качество жизни онкологических больных // Врачебное дело. — 2007. — № 4. — С. 8—12.
- Захараш М. П., Мельник В. М., Пойда А. И., Заверный Л. Г. Выбор метода восстановления непрерывности пищеварительного тракта // Хирургия. — 2002. — № 11. — С. 73—79.
- Курдюкова П. Г., Заиграев Б. В., Попова Н. В. Реабилитация стомированных больных на амбулаторном этапе // Бюл.

Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. — 2006. — № 5. — С. 356—357.

- Мельник В. М., Пойда А. И. Реабилитация больных, оперированных на толстой кишке // Анналы хирургии. — 2002. — № 5. — С. 11—16.
- Мельник В. М., Пойда О. И., Шаповалов Л. И., Богдан К. С. Апарат для формування компресійних інвагінаційних анастомозів // Промислова власність. — 2001. — № 4. — С. 37.
- Пойда А. И., Мельник В. М. Новые реконструктивно-восстановительные операции при удалении функционально-активных отделов прямой кишки // Хірургія України. — 2006. — № 3. — С. 5—9.
- Пойда О. И., Мельник В. М. Нові методи хірургічної реабілітації хворих після видалення функціонально-активних відділів прямої кишки // IX з'їзд Всеукр. лікарського т-ва: Тези доп. — Вінниця, 2007. — С. 204—205.
- Пойда О. И., Мельник В. М. Хірургічна реабілітація хворих при операціях на товстій кишці. Ч. I. Відновні, реконструктивно-відновні та сфінктерзберігальні операції // Хірургія України. — 2012. — № 2. — С. 10—24.
- Пойда О. И., Мельник В. М. Хірургічна реабілітація хворих при операціях на товстій кишці. Ч. II. Прогнозування, профілактика, лікування післяопераційних ускладнень. Результати хірургічної реабілітації. Якість життя оперованих хворих // Хірургія України. — 2012. — № 3. — С. 14—26.
- Сахаутдинов В. Г., Тимербулатов В. М., Ишимов М. С. и др. Колостоми при неопухольевых заболеваниях прямой кишки и параректальной клетчатки // Клини. хир. — 1986. — № 2. — С. 40—41.
- Сахаутдинов В. Г., Хидиатов И. Х., Шенбергер И. Л. и др. Восстановительные и реконструктивные операции на толстой кишке // Клини. хир. — 1986. — № 2. — С. 63.
- Федоров В. Д., Воробьев Г. И., Рывкин В. Л. Клиническая оперативная колопроктология. — М: Медицина, 1994. — 432 с.
- Царьков П. В. Хирургическая реабилитация больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала: Дис. ...д-ра мед. наук. — М., 1997.
- Шалимов А. А., Мамыкин С. Н., Диброва Ю. А. Дивертикулы пищеварительного тракта. — К.: Наукова думка, 1985. — С. 134—155.
- Шалимов А. А., Соек В. Ф., Полинкевич Б. С. и др. Восстановительные операции в хирургии ободочной кишки // Клини. хир. — 1986. — № 2. — С. 17—19.
- Arumugam P. J. et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management // Colorectal Dis. — 2003. — Vol. 5. — P. 49—52.
- Bailey H. R., Billingham R. P., Stamos M. J., Snyder Y. Colorectal Surgery: Expert Consult. — Saunders, 2012. — 560 p.

30. Barron Fallis L. S. Colostomy closure by the intraperitoneal method // *Dis. Colon Rectum*. — 1958. — Vol. 1. — P. 466—470.
31. Berne T. V., Griffith Ch.N., Hill F. et al. Colostomy wound closure // *Arch. Surg.* — 1985. — Vol. 120. — P. 957—959.
32. Bhangu A., Nepogodiev D., Futaba K. Systematic review and meta-analysis of the incidence of incisional hernia at the site of stoma closure // *World J. Surg.* — 2012. — Vol. 36 (5). — P. 973—983.
33. Brand M., Oettle G. J. The dynamic continence challenge — a simple test to predict faecal continence prior to colostomy closure // *S. Afr. J. Surg.* — 2012. — Vol. 50 (4). — P. 125—126.
34. *Colon and rectal surgery: abdominal operations (master techniques in surgery)* / Ed. by S. D. Wexner, J. Fleshman. — NY., Lippincott Williams & Wilkins, 2011 — 612 p.
35. Sutton C. D., Marshall L. J., Williams N. et al. Colorectal anastomotic leakage often masquerades as a cardiac complication // *Colorectal Dis.* — 2004. — Vol. 6 (1) — P. 21—22.

Я. П. Фелештинський, В. Ю. Пироговський

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика
МЗ Украины, Киев

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕТЛЕВЫХ КОЛОСТОМАХ

В связи с расширением показаний к органосохраняющим операциям при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки (низкая передняя резекция прямой кишки, интрасфинктерная резекция с формированием колоанального анастомоза) увеличилось количество протектирующих петлевых илеостом и колостом. Частота выведения петлевых колостом при наличии злокачественных опухолей ободочной и прямой кишок составляет 33,4%. Протектирующие петлевые колостомы часто требуют проведения повторной операции по восстановлению непрерывности кишечника («закрытие» стомы). Однако результаты восстановительных операций остаются неудовлетворительными и требуют улучшения.

Ключевые слова: петлевые колостомы, восстановление непрерывности кишечника, хирургия.

Ia. P. Feleshtynskyi, V. Yu. Pirogovskyi

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

BOWEL CONTINUITY RESTORATION AFTER LOOP COLOSTOMY

Due to the organ saving operations indications expansion for rectal cancer (low anterior rectal resection, resection with intra-sphincter colon-anal anastomosis formation), the number of protective loop ileostomy and colostomy has increased. The frequency of loop colostomy in colorectal malignancy reached 33.4%. Mostly protective loop colostomy require reoperation to restore intestinal continuity («closing» of stoma). However, the results of recovery operations are still unsatisfactory and in need of improvement.

Key words: loop colostomy, bowel continuity restoration, surgery.