



В. М. Косован

КУ «Одеська обласна клінічна лікарня»

© В. М. Косован

МІСЦЕ ТА РОЛЬ ЕНТЕРО- І КОЛОСТОМІЇ В СТРУКТУРІ ЕКСТРЕНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Резюме. Метою дослідження є визначення ролі та місця колостомиї в структурі екстрених оперативних втручань на товстій кишці, вивчення результатів операцій, завершених ентеро- та колостомією. Проведено 1146 оперативних втручань на товстій кишці (крім апендектомії): 648 — при злоякісній патології, 277 — при доброякісній патології та 221 — при травматичних пошкодженнях. У 474 (41,4%) хворих (І група) виконано первинно-відновлювальні операції на товстій кишці: 216 (33,3%) — при злоякісній патології, 74 (26,7%) — при доброякісній патології та 184 (83,3%) — при травматичних пошкодженнях, а у 672 (58,6%) хворих (ІІ група) — завершено виведенням кишкової стоми: 432 (66,7%) — при злоякісній патології, 203 (30,2%) — при доброякісній патології та 37 (5,5%) при травматичних пошкодженнях. Післяопераційні ускладнення в І групі виникли в 137 (28,9%) випадках і були пов'язані з ускладненнями, небезпечними для життя, а в ІІ групі — в 419 (62,4%) хворих, але пов'язані вони з ускладненнями в зоні колостоми в 414 (61,6%) випадків, та є менш безпечними для життя хворих. Летальність у І групі становила 9 (1,9%), а в ІІ групі — 5 (0,7%). Колостомія залишається єдиним правильним методом завершення екстреного оперативного втручання на товстій кишці. Подальшої розробки потребують методики формування кишкових стом для зниження кількості ускладнень.

Ключові слова: колостомія, одно- та двостовбурова ентеро- та колостома.

Вступ

Екстрені оперативні втручання на товстій кишці в умовах задавненої хірургічної патології та відсутності адекватної підготовки товстої кишки завершуються формуванням одно- та двостовбурової кишкової стоми в 40—60% всіх випадків [2, 10].

Від 59 до 79,3% хворих, яким екстрене хірургічне втручання завершено формуванням колостоми, представлено тими чи іншими ускладненнями злоякісних пухлин (гостра obturaційна товстокишкова непрохідність (ГОТКН), перфорація та кровотеча із пухлини) [7, 8]. Чимала частка стомованих хворих представлена пацієнтами, оперованими у зв'язку з ускладненнями непухлинних захворювань товстої кишки: дивертикульозом, доліхосигмою, неспецифічним виразковим колітом (НВК), травмою товстої кишки та інших [1, 5, 6, 13].

В останні роки намітилася тенденція до проведення первинно-відновлювальних операцій (ПВО) на товстій кишці при ГОТКН пухлинного генезу, доброякісних захворюваннях та травмах товстої кишки з хорошими результатами [4, 15].

Але проведення ПВО у хворих із ГОТКН можливе лише в 6,3% випадків. Кількість післяопераційних ускладнень у таких хворих складала до 48,5% випадків та післяопераційна летальність досягала 28,7% [3]. Тільки завдяки застосуванню

комплексної діагностичної програми, раціонального вибору хірургічної тактики з впровадженням розроблених методик при ГОТКН дозволило збільшити кількість ПВО від 6,3 до 18,9%, двоетапних — від 33,9 до 45,4% та знизити кількість сформованих колостом від 51,2 до 28,1%, а частоту післяопераційних ускладнень зменшити від 48,5 до 22,4%, показник післяопераційної летальності від 28,7 до 16,3% [4, 8, 12].

У спеціалізованих центрах хірургічна тактика дозволила збільшити за останні 5 років питому вагу первинно-відновлювальних оперативних втручань від 78,8 до 87,9%, зменшити кількість післяопераційних ускладнень — від 33 до 21,8%, ускладнень із боку міжкишкових анастомозів від 22,6 до 8,4%, післяопераційну летальність — від 6,9 до 2,4%, збільшити показник прийнятних функціональних результатів від 64 до 88,2% [15].

При проникних колото-різаних та вогнепальних пораненнях товстої кишки можливе проведення ПВО відповідно до чітко сформульованих показань, а при наявності ускладнень у 62,5 — 70% хворих було необхідне формування колостоми [11, 14].

Але в сучасній хірургії неможливо обійтися без формування колостом. Кількість стомованих хворих, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я за матеріалами ЛІІ Асамблеї ООН



із соціального розвитку (1996), досягає 100—150 чоловік на 100 тисяч населення, у розвинених країнах — 0,05—0,1% від усього населення, а їхня кількість продовжує стрімко зростати. За літературними даними, частота ускладнень колостомії залежить від багатьох факторів, а насамперед — від її типу, і становить 24,6—74% [9].

Формування колостоми запобігає виникненню можливих життєво небезпечних ускладнень (неспроможності швів, перитоніту, поліорганної недостатності та інших), дозволяє провести оперативне втручання в мінімально короткі терміни та з найменшою травматичністю. Таким чином, колостомія залишається єдиною можливим методом завершення оперативного втручання у випадках задавненої хірургічної патології та травматичного пошкодження товстої кишки.

Мета дослідження — визначити роль та місце колостомії в структурі екстрених оперативних втручань на товстій кишці, вивчити результати втручань, що завершуються ентеро- та колостомиєю.

Матеріали та методи

Оперовано 1146 хворих з екстреною хірургічною патологією товстої кишки (крім апендектомії).

Групи порівняння за віком, статтю, характером основної та супровідної патології були статистично зіставними. Всім хворим проводилися загальноклінічні лабораторні дослідження, оглядові рентгенограми черевної порожнини, іригографія та іригоскопія. Всім цим хворим виконано екстрене оперативне втручання з детальною ревізією органів черевної порожнини, інтраопераційним уточненням патології чи пошкодження, оцінкою тяжкості патології та стану хворого, прийняттям рішення про вибір обсягу оперативного втручання.

Як правило, хворі з доброякісною та злоякісною патологією надходили в задавненому стані, більшість із них — через 72 години від початку захворювання. У хворих із травматичними пошкодженнями товстої кишки в більшості випадків відзначалось інфікування черевної порожнини товстокишковим вмістом.

Злоякісна патологія товстої кишки становила 648 (56,5%) випадків, доброякісна патологія (ускладнений дивертикульоз, ускладнення доброякісних пухлин, завороти товстої кишки, тромбоз мезентеріальних судин, защемлені грижі та інші) — у 277 (24,2%) випадках, закрита та відкрита травми живота, проникні колото-різані пошкодження товстої кишки — у 221 (19,3%) хворих.

У 474 (41,4%) хворих (І група) виконано первинно-відновлювальні операції на товстій кишці: 216 (33,3%) — при злоякісній патології, 74 (26,7%) — при доброякісній патології та 184 (83,3%) — при травматичних пошкодженнях.

Під первинно-відновлювальними операціями при злоякісних новоутвореннях, доброякісних

захворюваннях та травмах прямої та ободової кишок ми мали на увазі одномоментне видалення субстрату захворювання (пухлина, уражений відділ кишки, висічені краї рани кишки) з відновленням безперервності кишкової трубки.

У 672 (58,6%) хворих оперативне втручання (ІІ група) завершено виведенням одно- та двостовбурової кишкової стоми (у 27 (4,0%) випадках при пухлинах сліпої та висхідної кишок — ентєростомія): 432 (66,7%) — при злоякісній патології (у 311 (72,0%) як тимчасова та в 121 (28,0%) постійна), 203 (73,3%) — при доброякісній патології та 37 (16,7%) — при травматичних пошкодженнях.

Розподіл хворих залежно від виду патології та типу виконаної операції наведено в таблиці 1 (див. с. 8).

При проведенні 1146 екстрених оперативних втручань на товстій кишці в 474 (41,4%) випадках виконано ПВО, а в 672 (58,6%) воно було завершено формуванням кишкової стоми. Із них при пухлинах правої половини товстої кишки у 27 (4%) пацієнтів було сформовано двостовбурову ентєростому. У 121 випадку двостовбурова колостома у зв'язку з розповсюдженістю пухлини та метастазами була постійною. В усіх інших випадках стома була тимчасовою, і хворим у подальшому планувалися реконструктивно-відновлювальні операції.

Показання для проведення ПВО повинні бути виважені хірургом під час інтраопераційного обстеження черевної порожнини та оцінки загального стану хворого.

Абсолютними протипоказаннями для проведення ПВО на товстій кишці були:

І. Виконання радикального оперативного втручання на товстій кишці в умовах задавнених гострих та хронічних ускладнень:

1) перфорація чи пошкодження товстої кишки в умовах розлитого перитоніту;

2) профузна кровотеча з товстої кишки з великою крововтратою при наявності нестабільної гемодинаміки;

3) наявність токсичної дилатації товстої кишки;

4) декомпенсована обтураційна непрохідність товстої кишки, частіше за все пухлинного генезу.

ІІ. Гостра странгуляційна непрохідність (заворот, защемлена грижа) чи порушення мезентеріального кровообігу з некрозом товстої кишки.

ІІІ. Тяжкий та вкрай тяжкий стан хворого, зумовлений ступенем тяжкості та розповсюдженням захворювання.

Відносними протипоказаннями для проведення ПВО на товстій кишці були:

1. Наявність субкомпенсованої товстокишкової непрохідності.

2. Стан хворого середнього ступеня тяжкості, обумовленого основним захворюванням.

Розподіл хворих залежно від виду патології та типу виконаної операції

Вид патології	Первинно-відновлювальні операції, I група, n= 474		Колостома та ентєростомія, II група, n=672				Всього/до всіх операцій	
	Абс. число	%	Двостовбурові КС та ЕС		Одностовбурові КС		Абс. число	%
			Абс. число	%	Абс. число	%		
			432 (66,7%)					100
Злоякісні пухлини:	216	33,3	138	21,3	294	45,4	648	56,5
сліпої кишки	9	0,8	9	0,8	—	—	18	1,5
висхідної кишки	6	0,5	18	1,6	—	—	24	2,1
поперечно-ободової кишки	29	2,5	12	1,0	48	4,2	89	7,7
нисхідної кишки	27	2,4	15	1,3	35	3,1	77	6,8
сигмоподібної кишки	118	10,3	39	3,4	196	17,1	353	30,8
прямої кишки	27	2,4	45	3,9	15	1,3	87	7,6
			203 (73,3%)					100
Доброякісні захворювання:	74	26,7	42	15,2	161	58,1	277	24,2
доброякісні пухлини	34	3,0	12	1,0	24	2,1	70	6,1
перфорація дивертикула	11	1,0	5	0,4	35	3,1	51	4,5
кровотеча з дивертикула	12	1,1	—	—	28	2,4	40	3,5
заворот сигмоподібної кишки з некрозом	2	0,2	3	0,3	19	1,7	24	2,2
НВК	9	0,8	5	0,4	20	1,7	34	2,9
тромбоз мезентеріальних судин	3	0,3	3	0,3	22	1,9	28	2,5
защемлена грижа з некрозом товстої кишки	3	0,3	14	1,2	13	1,2	30	2,5
			37 (16,7%)					100,0
Травматичні пошкодження:	184	83,3	24	10,8	13	5,9	221	19,3
колото-різани	157	13,7	3	0,3	1	0,1	161	14,1
вогнепальні	9	0,8	—	—	9	0,8	18	1,6
закриті	6	0,5	12	1,0	3	0,3	21	1,8
стороннім тілом	12	1,0	9	0,8	—	—	21	1,8
			672 (58,6%)					100,0
ВСЬОГО:	474	41,4	204	17,8	468	40,8	1146	100,0

3. Великі травматичність та тривалість (більше 3 годин) радикального етапу операції та значна інтраопераційна крововтрата.

4. Наявність тяжких хронічних супровідних захворювань у стадіях суб- та декомпенсації (серцево-судинна та легенева недостатність, цукровий діабет та інші).

У 474 (41,4%) хворих проведено ПВО. Осяг операції при злоякісних пухлинах включав радикальне видалення пухлини з лімфатичним апаратом та формуванням міжкишкового анастомозу. У 74 (26,7%) хворих із доброякісною патологією обсяг втручання включав видалення патологічно зміненого сегмента товстої кишки з формуванням первинного товстокишкового анастомозу. При травматичних пошкодженнях товстої кишки в 184 (41,4%) хворих обсяг операції включав зашивання дефекту з висіченням країв рани чи резекцію пошкодженого сегмента товстої кишки з формуванням первинного анастомозу.

Абсолютні та відносні протипоказання для проведення ПВО були показаннями для завершення операції формуванням колостоми.

У 432 (66,7%) хворих (II група) оперативне втручання завершено формуванням колостоми: в 204 (17,8%) випадках сформована двостовбурова стома, а в 468 (40,8%) — одностовбурова стома.

Із них при злоякісній патології двостовбурова стома сформована у 138 (21,3%) хворих, при цьому було досягнуто ліквідації непрохідності кишечника без видалення пухлини, а в 294 (45,4%) випадків при наявних показаннях проведено обструктивні резекції тих чи інших відділів товстої кишки з видаленням пухлини та формуванням одностовбурової стоми.

При доброякісній патології товстої кишки, а це, як правило, завжди ускладнена патологія колостоми, сформовано в 203 (73,3%) випадках: в 42 (15,2%) — двостовбурові стоми, а в 161 (58,1%) — одностовбурові стоми. У випадках формування одностовбурової стоми виконувалась обструктивна резекція ураженого відділу товстої кишки.

Із 184 (83,3%) випадків травматичного пошкодження товстої кишки показання для колостоми були лише в 37 (16,7%) хворих: двостовбурові стоми сформовані лише в 24 (10,8%) випадках, а одностовбурові — в 13 (5,9%). Це, насамперед, пов'язано з ранньою шпиталізацією хворих та відсутністю у них ускладнень.

Післяопераційні ускладнення після ПВО виникли в 137 (28,9%) випадках. Із них неспроможність швів анастомозу відзначено в 34 (7,2%) хворих, нагноєння післяопераційної рани — в 77 (16,3%), поліорганна недостатність — у 2 (0,4%) випадках, тромбоемболічні ускладнення —



в 4 (0,8%). У хворих із неспроможністю швів анастомозу у 12 (35,3%) випадках потребувало повторного оперативного втручання та виведення колостоми, а в 22 (64,7%) — завдяки застосуванню метода дренування зони анастомозу вдалося ліквідувати неспроможність консервативними заходами. Летальність у цій групі зафіксована в 9 (1,9%) випадках.

Ускладнення в групі пацієнтів, яким було сформовано колостому, виникли в значно більшій кількості хворих (419 (62,4%)), але пов'язані вони значною мірою з ускладненнями в зоні колостоми — 414 (61,6%) та є менш безпечними для життя хворих. Нагноєння післяопераційної рани, параколомостічні абсцеси та флегмони виникли в 187 (27,8%) випадків, параколомостічні дерматити — в 208 (31%), ретракція та некроз виведеної стоми — в 17 (2,5%), евертація тонкої кишки поряд зі стомою в 2 (0,3%) випадках. Поліорганна недостатність спостігалася в 3 (0,5%) хворих, а сепсис у зв'язку з прогресуванням перитоніту — в 2 (0,3%).

Летальність у цій групі становила 5 (0,7%) випадків.

Велика кількість ургентних оперативних втручань при злоякісній, доброякісній патології та травматичних пошкодженнях ободової та прямої кишок закінчуються формуванням колостоми як єдиним можливим методом завершення операції. Такі оперативні втручання виконано 672 (58,6%) хворим, що свідчить про значне місце та роль колостомії в структурі ургентних оперативних втручань на товстій кишці.

При більш детальному розгляді встановлено, що відсоток операцій, завершених формуванням колостоми, в групі хворих зі злоякісною екстре-

ною патологією становить 432 (66,7%) випадки, тоді як у хворих із доброякісними захворюваннями сягає 203 (73,3%), а при травматичних пошкодженнях товстої кишки показник оперативних втручань, завершених формуванням колостоми, лише 37 (16,7%).

Таким чином, у більшості випадків екстрені оперативні втручання на товстій кишці завершуються формуванням колостоми. Потребують подальшої розробки методики формування одно- та двостовбурової колостоми для покращення результатів хірургічного лікування хворих зі злоякісною, доброякісною патологією та травматичними пошкодженнями товстої кишки, для зниження кількості параколомостічних ускладнень.

Висновки

1. Колостомія продовжує бути єдиним можливим правильним методом завершення екстреного оперативного втручання на товстій кишці при давнених доброякісній і злоякісній патологіях та травматичних пошкодженнях.

2. У 58,6% випадків екстрені оперативні втручання на товстій кишці завершуються формуванням колостоми: при злоякісній патології — в 66,7%, при доброякісних захворюваннях — в 73,3%, а при травматичних пошкодженнях — в 16,7%.

3. Кількість післяопераційних ускладнень, небезпечних для життя, та летальність при формуванні колостоми значно нижчі, ніж при проведенні первинно-відновлювальних операціях на товстій кишці.

4. Необхідне удосконалення методики формування одно- та двостовбурової колостоми, щоб зменшити показник параколомостічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Спорные и нерешенные вопросы хирургической тактики при перфорации толстой кишки / С.А. Алиев // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 2001. — № 4. — С. 44—49.
2. Алиев С.А. Огнестрельные ранения толстой кишки / С.А. Алиев, З.А. Салахов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова — 2009. — № 1. — С. 35—40.
3. Гордійчук П. І. Інтраопераційна декомпресія та лаваж кишечника / П.І. Гордійчук // Клін. хірургія. — 2000. — № 6. — С. 55.
4. Гордійчук П.І. Кишкова непрохідність пухлинного генезу як проблема невідкладної хірургії (патогенез, діагностика, клініка, лікування, хірургічна реабілітація): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / П.І. Гордійчук. — Київ, 2002. — 53 с.
5. Демидов В.А. Результаты лечения травм толстой кишки в условиях специализированного отделения / В.А. Демидов // Пробл. колопроктол. — 1998. — Вып. 16. — С. 255—257.
6. Дивертикулез толстой кишки / П.Г. Курдюкова, Б.В. Заиграев, М.П. Кисельников [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию Респ. центра колопроктологии. — Улан-Удэ, 2002. — С. 118—125.
7. Захараш М.П. Хирургическое лечение осложненного рака правой половины толстой кишки / М.П. Захараш, А.И. Пойда, В.М. Мельник // Материали ХХІ з'їзду хірургів України. — Запоріжжя, 2005. — Т. 1. — С. 338—339.
8. Мельник В.М. Хирургическая тактика при осложненных формах рака правой половины толстой кишки / В.М. Мельник // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 4. — С. 11—15.
9. Михайлова Е.В. Кишечные стомы. Правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / Е.В. Михайлова, В.П. Петров, С.Н. Переходов. — М.: Наука, 2006. — 105 с.
10. Патогенетичне обґрунтування формування кишкових стом і накладання анастомозів при гострій кишковій непрохідності кишечника / І.Ю. Полянський, В.Ф. Грінчук, В.В. Андріць [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2006. — № 1. — С. 69—71.
11. Петров В.П. Хирургическая тактика при огнестрельных ранениях толстой кишки / В.П. Петров, А.К. Ревской, А.Н. Курицын // Материали Первой всеармейской науч. конференции: Актуальные вопросы военной проктологии. — М., 1989. — С. 79—85.
12. Радзіховський А.П. Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з обтураційною непрохідністю товстої кишки залежно від виконання інтраопераційного лаважу / А.П. Радзіховський, П.І. Гордійчук // Клін. хірургія. — 2002. — № 5—6. — С. 18—19.



13. Сафронов Д.В. Двухэтапная хирургическая реабилитация больных с осложненными заболеваниями и травмами ободочной кишки: дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Сафронов — Чита, 2004. — 174 с.

14. Ханевич М.Д. Хирургическая помощь раненым в живот с повреждением толстой кишки / М.Д. Ханевич, А.Б. Смирнов // Достижения и проблемы современной во-

енно-полевой и клинической хирургии: материалы Северо-Кавказской научно-практической конференции. — Ростов-на-Дону, 2002. — С. 135—137.

15. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М. П. Захараш А. И. Пойда, В. М. Мельник [та ін.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова — 2006. — №7 — С. 35—40.

МЕСТО И РОЛЬ ЭНТЕРО- И КОЛОСТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

В. Н. Косован

Резюме. Целью исследования являются определение роли и места колостомии в структуре экстренных оперативных вмешательств на толстой кишке, изучение результатов вмешательств завершенных энтеро- и колостомией. Проведено 1146 оперативных вмешательств на толстой кишке (кроме аппендэктомии): 648 — при злокачественной патологии, 277 — при доброкачественной патологии и 221 — при травматических повреждениях. У 474 (41,4%) больных (I группа) выполнены первично-восстановительные операции на толстой кишке: у 216 (33,3%) — при злокачественной патологии, 74 (26,7%) — при доброкачественной патологии и у 184 (83,3%) — при травматических повреждениях, а у 672 (58,6%) больных (II группа) — операция завершена выводом кишечной стомы: 432 (66,7%) при злокачественной патологии, у 203 (30,2%) — при доброкачественной патологии и у 37 (5,5%) — при травматических повреждениях. Послеоперационные осложнения в I группе возникли в 137 (28,9%) случаях и были связаны с осложнениями, опасными для жизни, а во II группе — у 419 (62,4%) больных, но связанными с осложнениями в зоне колостомии в 414 (61,6%) случаев, и менее безопасными для жизни больных. Летальность в I группе составила 9 (1,9%), а во II группе — 5 (0,7%). Колостомия продолжает оставаться единственно правильным методом завершения экстренного оперативного вмешательства на толстой кишке. В дальнейшей разработке нуждаются методики формирования кишечных стом с целью снижения количества осложнений.

Ключевые слова: колостомия, одно- и двуствольные энтеро- и колостомы.

PLACE AND THE ROLE OF THE ENTERO- AND KOLOSTOMY IN THE STRUCTURE OF SPECIAL SURGICAL INTERVENTIONS ON THE THICK GUT

V. N. Kosovan

Summary. The purpose of a study are the determinations of role and position for kolostomy in the structure of special operational interference on the thick gut, the study of the results of the interferences of those completed by entero- and kolostomy. Is carried out 1146 operational interference on the thick gut (besides apendektomii): 648 with the malignant pathology, 277 with the high-quality pathology and 221 during the traumatic damages. In 474 (41,4%) patients (I group) primary-reducing operations on the thick gut are performed: 216 (33,3%) with the malignant pathology, 74 (26,7%) with the high-quality pathology and 184 (83,3%) during the traumatic damages, and in 672 (58,6%) patients (II group) — are completed by the conclusion of intestinal stomy: 432 (66,7%) with the malignant pathology, 203 (30,2%) with the high-quality pathology and 37 (5,5%) during the traumatic damages. Postoperative complications in the I group arose in 137 (28,9%) cases and were connected with the complications of dangerous for the life, and in the II group — in 419 (62,4%) patients, connected with the complications in the zone of kolostomy into 414 (61,6%) the cases, and with less safe for the life of patients. Lethality in the I group — into 9 (1,9%), and in the II group — in 5 (0,7%) cases. Kolostomy it continues to remain singularly the most correct possible method of the completion of special operational interference on the thick gut and it needs further development of the procedures of the formation of intestinal stom for reduction in the quantity of complications.

Key words: kolostomy, one- and double-barrelled entero- and kolostomy.