



В.О. Шапринський,  
О.А. Камінський,  
С.В. Шапринський,  
Ю.А. Миронишен, А.В. Верба,  
С.М. Шалигін

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М.І. Пирогова

© Колектив авторів

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

**Резюме.** Проаналізовані результати лікування 138 колостомованих хворих, яким були виконані реконструктивно-відновлювальні операції. Встановлено, що оптимальним строком відновлення безперервності товстої кишки є 2,5-3 місяці після формування колостоми. Неспроможність швів анастомозу спостерігалась у 8,7 %. Жодних летальних випадків не було.

**Ключові слова:** реконструктивно-відновні операції, резекція товстої кишки, колостома.

### Вступ

В невідкладній хірургії органів черевної порожнини завершення оперативного втручання формуванням колостоми після виконання резекції сигмоподібної кишки або після видалення лівої половини товстої кишки при злякисних або доброякісних пухлинах, травмах, запальних процесах, судинних захворюваннях, має цілий ряд переваг щодо зниження летальності та післяопераційних ускладнень [2-5]. І, нерідко, є єдино вірним способом завершення оперативного лікування в тактичному плані. Нескорегована супутня патологія на тлі кишкової непрохідності або ускладнені гнійно-септичні форми раку, такі як параколічний абсцес, флегмона, перитоніт, не дають можливості виконання первинно-відновних операцій і вимагають на першому етапі оперативного втручання формування колостоми через високий ризик неспроможності анастомозу. Частота виникнення неспроможності швів при виконанні реконструктивно-відновних операцій залишається досить високою та складає 6,8-12,6 %, частота гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани коливається в межах 22-26 %, а післяопераційна летальність – 3-5 % [1, 3, 6].

Разом з цим, наявність колостоми прирікає хворих на фізичне і психологічне страждання, нерідко інвалідизацію. Все це значно погіршує якість життя пацієнтів. Реконструктивно-відновна операція реабілітує таких пацієнтів в соціальному і трудовому плані. Але успіх хірургічного лікування колостоми багато в чому залежить від вибору оптимальних термінів для її ліквідації [3, 7]. В доступній нам літературі немає єдиної думки щодо оптимальних термінів. Так, деякі автори [3] пропонують виконання таких операцій в термін від 14 днів до 1 місяця. Але, як підтверджують гістологічні дослідження та інтраопераційна ревізія тканин, в кишці зберігається запальний процес, що збільшує ризик неспроможності анастомозу, і не завжди ліквідовані ті причини, які спонукали до накладення стоми. Більшість авторів рекомен-

дують ліквідувати колостому, в терміни від 1 до 4 місяців [4, 6]. Після операції Гартмана – в терміни 6 місяців – 1 рік [2, 7]. Ті ж самі гістологічні дослідження показують, що в куксі прямої кишки відбуваються атрофічні і склеротичні зміни та значні зміни її рухливості. Все це вказує на те, що немає на сьогодні встановлених чітких термінів виконання операцій і не прослідковані ускладнення в залежності від строків виконання операцій.

Все вище викладене визначає актуальність роботи, наукову і практичну її значимість.

**Мета роботи** – покращити результати реконструктивно-відновних операцій у колостомованих хворих шляхом вибору оптимального терміну операції.

### Матеріали і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз реконструктивно-відновних оперативних втручань у 138 хворих з колостомами різної локалізації віком від 21 до 76 років за період з 2001 по 2011 рр. У більшості випадків формування колостоми виконували на тлі обструктивної кишкової непрохідності, що спричинена пухлина товстої кишки – 117 (85,4 %) хворих. Рідше стоми накладались у зв'язку з травматичним пошкодженням товстого кишечника – 11 (8,0 %) пацієнтів. На останньому місці були ускладнені запально-дистрофічні процеси товстої кишки, підшлункової залози з перфорацією і перитонітом – 10 (6,7 %) випадків.

За об'ємом первинного оперативного втручання у 99 (71,5 %) хворих виконана резекція сигмовидної кишки (операція Гартмана), у 27 (19,7 %) – геміколектомія, у 12 (8,7 %) резекція поперековоободової кишки.

Доопераційний план обстеження та підготовка хворих включала загально-лабораторні аналізи, біохімічні дослідження крові, рентгенологічне обстеження, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та малого тазу. Проводилась підготовка кукси прямої кишки. Вивчались особливості попередньо виконаної операції, при необхідності морфо-



структурні зміни стінки колостоми і досліджувався рентгенологічно з контрастуванням залишок кукси та проксимальний відрізок товстої кишки.

У переважній більшості хворих 87 (63,5 %) у передопераційному періоді нами застосовувався комплекс розроблених профілактичних заходів направлених на попередження атрофічних змін дистальної частини кишки. Це дозволило зберегти задовільні антропометричні параметри кишки, а також морфоструктурні і ангиотрофічні характеристики її стінки. У даної групи хворих ми не спостерігали жодної неспроможності.

Терміни виконання реконструктивно-відновних операцій розподілялись наступним чином: до одного місяця – 8 (5,8 %) хворих, до двох місяців – 31 (22,6 %), трьох місяців – 63 (45,3 %), чотирьох місяців – 17 (2,9 %), п'яти і більше місяців – 19 (13,9 %) хворих.

При виконанні реконструктивних операцій сформовано сигмо-ректоанастомозу 82 (59,9 %), сигмо-сигмо у 29 (20,4 %), траверзо-сигмо у 15 (10,9 %), трансверзо-трансверзоанастомоз у 12 (8,8 %). Використовували два основних типи формування міжкишкового співустя: «кінець в кінець» – у 94 (68 %) та «термінолатеральний» – у 44 (32 %) хворих.

У 98 (71,5 %) хворих проведення оперативних втручань ускладнювалось технічними труднощами, що пов'язані із анатомо-топографічними змінами органів на тлі вираженого спайкового процесу різного ступеня вираженості. Крім цього, тривалий дореконструктивний період інколи призводив до атрофічних змін слизової стінки у виключеній частині кишки, що ускладнювало формування анастомозу, а також знижувало його репаративні властивості. Також нами встановлено, що при недостатньому проміжку часу від першого оперативного втручання до реконструкції, менш ніж один місяць, стінка кишки була рихлою,

набряклою, тобто не підготовленою до анастомозування. Це збільшувало ризик виникнення неспроможності швів співустя, який ми спостерігали в 4 (2,9 %) прооперованих хворих в даний термін.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Після виконання реконструктивно-відновних операцій одужали 124 (89,8 %) хворих. У 12 (8,7 %) хворих спостерігали часткову неспроможність швів анастомозу, яка закрилась самостійно протягом двох-трьох тижнів. У 2 (2,9 %) прооперованих виникла неспроможність швів анастомозу, що призвело до необхідності виконання релапаротомії та накладання повторної колостоми. Причиною неспроможності став тромбоз судин (1) та некроз кишки (1). Жодного летального випадку не було.

#### Висновки

1. Отже, згідно з нашими клінічними спостереженнями оптимальним терміном для виконання реконструктивно-відновних операцій у хворих з колостомою слід вважати 2,5-3 місяці. За цей період відбувається адекватне відновлення всіх функцій організму, маси тіла, структури стінки кишки і зникають явища запального процесу.

2. У випадках, коли є сумніви щодо ймовірної неспроможності швів анастомозу, доцільним є виведення його екстраперитонеально. Даний технічний прийом дозволяє локалізувати можливі ускладнення та уникнути калового перитоніту.

3. Реабілітація стомованих хворих, яка направлена на ліквідацію колостоми з відновленням пасажу кишкового вмісту, є психологічно, соціально та економічно обґрунтованою. Оскільки тільки після виконання реконструктивно-відновної операції може відбутись повноцінна медико-соціальна реабілітація пацієнта.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Лапароскопически-ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп / Г.И. Воробьев, С.И. Ачкасов, З.А. Степанова // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 9. – С. 72–76.
2. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки / Н.В. Бондаренко, Г.Г. Псарас [и др.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 10. – С. 44 – 47.
3. Косован В.М. Відновлювальні операції після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки в ранні терміни / В.М. Косован // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – № 14 (1). – С. 119 – 122.
4. Несостоятельность швов анастомозов при операциях на кишечнике / О.И. Миминошвили, О.С. Антонюк,

- С.В. Ярошак, В.П. Сопельняк // Клінічна хірургія. – 2004. – № 11. – С. 67.
5. Павленко С.Г. Реконструктивная хирургия толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста / С.Г. Павленко, С.А. Яргунин, М.М. Физулин // Клінічна хірургія. – 2005. – № 4 – 5. – С. 28.
6. Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки / А.И. Пойда // Здоров'я України. – 2009. – № 12/1. – С. 44 – 45.
7. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / Т.И. Тамм, Б.М. Даценко, С.Г. Белов, А. В. Кириллов // Хірургічна перспектива. – 2010. – № 1. – С. 173–175.



РЕКОНСТРУКТИВНО-  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ  
ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ  
ТОЛСТОЙ КИШКИ

*В.А. Шапринский,  
А.А. Каминский,  
Е.В. Шапринский,  
Ю.А. Миронишен,  
А.В. Верба, С.М. Шалигин*

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 138 колостомированных больных, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Установлено, что оптимальным сроком восстановления непрерывности толстой кишки есть 2,5-3 месяца после формирования колостомы. Несостоятельность швов анастомоза наблюдалась в 8,7 %. Летальных случаев не было.

**Ключевые слова:** *реконструктивно-восстановительные операции, резекция толстой кишки, колостома.*

RECONSTRUCTIVE  
RESTORATIVE OPERATIONS  
IN COLON SURGERY

*V.O. Shaprynskyu,  
O.A. Kamynskyu,  
Y.V. Shaprynskyu,  
Ju.A. Myronyshen, A.V. Verba,  
S.M. Shalugin*

**Summary.** The results of treatment 138 patients with colostomy, who underwent reconstructive restorative operations, were analyzed. Optimal time of restoration of colon continuity was to be 2,5-3 months after colostomy formation. It was observed that the inefficiency of sutures of anastomosis was in 8,7 % of patients. Lethality was not.

**Key words:** *reconstructive restorative operations, resection of colon, colostomy. treatment, programme of treatment.*