



В.В. Бойко, І.А. Тарабан,  
В.Г. Грома, І.В. Криворотько,  
Д.О. Євтушенко

Харківський національний  
медичний університет

ДУ «Інститут загальної та  
невідкладної хірургії НАМН  
України»

© Колектив авторів

## ВИБІР ДОСТУПУ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ НА ТЛІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ

**Резюме.** Проаналізовано лікування 102 пацієнтів з кінцевими колостомами. У 58 хворих використовувався серединний лапаротомний доступ, у 44 – парастомічний доступ. При дослідженні спайкоутворення виразний спайковий процес в ділянці середнього рубця був у 67 (65,7 %), кукси кишки – у 56 (54,9%) і колостоми у 45 (44,1 %) хворих. Відновлювальні операції на кишечнику з використанням парастомічного доступу мінімізує травматизацію проксимальної та дистальної кукси кишки, скорочує тривалість операції з 58,20±10,04 до 38,34±3,6 хвилин, запобігає зайвої травматизації інших органів черевної порожнини завдяки локальному вісцеролізу.

**Ключові слова:** спайкова хвороба, обструктивна резекція товстої кишки, відновні операції.

### Вступ

Спайкова хвороба очеревини є розповсюдженим захворюванням з тенденцією до неухильного росту на протязі багатьох років. Серед важких післяопераційних ускладнень, які вимагають проведення термінових релaparотомій, рання післяопераційна спайкова непрохідність посідає друге місце після перитоніту. Кількість хворих гострою спайковою кишковою непрохідністю складає 3,5 % від загальної кількості хірургічних хворих у стаціонарі. Це ускладнення розвивається в 0,1-13,3 % хворих, які перенесли операції на органах черевної порожнини [2, 5].

За даними літератури, в 55-70 % пацієнтів, після абдомінального хірургічного втручання розвивається спайковий процес у черевній порожнині, що здатний привести до такого грізного ускладнення, як гостра спайкова кишково-непрохідність [1, 4].

Анатомічні особливості черевної порожнини після проведених лапаротомій змінюється у зв'язку із реконструкцією оперованих органів та адгезивного процесу, який забезпечує зміну топографії на сам перед петель кишечника та чепця [5].

Ряд хворих у подальшому потребують повторних операцій з метою відновлення цілісності кишкового тракту. Наявність та виразність спайкового процесу черевної порожнини під час таких операцій впливає на тривалість операції, рівень інтраопераційних та післяопераційних ускладнень [3, 6].

У зв'язку з недостатньою оцінкою проблеми спайкової хвороби очеревини відсутні повні дослідження, які вивчали особливості розповсюдження спайкового процесу, вибору до-

ступу та виконання операцій з урахуванням локалізації спайкового процесу.

### Мета дослідження

Вивчити вплив спайкової хвороби очеревини на відновлення цілісності кишечника та визначити засоби, які покращують результати відновлювальних операцій при кінцевих колостомах.

### Матеріали та методи дослідження

З 2009 по 2013 р. відновні операції проведені 102 хворим з кінцевими колостомами. Летальних випадків не було. Середній вік пацієнтів – (46,8±3,1) року. Чоловіків – 40, жінок – 39. Причиною формування стом були: травма товстої та прямої кишки – у 17 (16,7 %) хворих, рак ободової кишки – 32 (31,4 %), прямої кишки – у 45 (44,1 %), защемлена грижа – 8 (7,8 %). Оперовані в екстреному порядку всі окрім 5 хворих. У всіх пацієнтів був серединний післяопераційний рубець, а також рубці в інших відділах черевної стінки після дренивання.

Нориці були різного рівня: сігмостоми – у 61 (59,8 %), трансверзостоми – у 14 (13,7 %), десцендостоми – у 21 (20,6 %), асцендостоми – у 6 (5,9 %). Відновні операції виконані після первинних втручань через 4-6 міс – у 49 хворих (48,0 %), 7-12 міс. – у 42 (41,2 %) пацієнтів і понад 1 року – у 11 (10,8 %).

Для проведення відновної операції всі хворі поступали в плановому порядку в задовільному стані. Діагностичний алгоритм проведення хворих з кишковими норицями. Для вибору доступу звертали увагу на розташування, рухливість передбачуваних до анастомозування

сегментів ободової і прямої кишки. Виконували комп'ютерну томографію для визначення локалізації ушитої механічним швом кукси кишки в черевній порожнині і її проекції на передню черевну стінку з метою вибору доступу у 17 осіб.

Серединним доступом оперовані 58 пацієнта і парастомічним – 44. При серединній лапаротомії, як показали вимірювання, привідний та відвідний сегменти кишки знаходяться в стороні від рани, задовільні умови оперування досягаються за рахунок збільшення її. Розмір серединної рани складав  $(18,5 \pm 3,5)$  см.

Тривалість операції, яка виконана з серединної лапаротомії, склала  $(163,34 \pm 8,2)$  хвилин, тривалість етапу розсічення спайок –  $(58,2 \pm 10,04)$  хвилин. У 7 хворих (6,9 %) під час операції при роз'єднанні спайок була перфорована стінка тонкої кишки. У 2 (1,9 %) хворих резеційована петля кишки з перфорацією і накладено анастомоз, 5 (4,9 %) – виконано ушивання рани кишкової стінки. У 12 (11,8 %) хворих ушкодження стінки були в межах серозного та м'язового шарів. Після операції стійка перистальтика з'явилася через  $(3,24 \pm 0,25)$ , відходження газів –  $(4,15 \pm 0,30)$ , перший стул –  $(4,68 \pm 0,33)$  доби.

При парастомічній лапаротомії після висічення нориці рана продовжується в напрямку заглушеної кишки по типу одного із стандартних оперативних доступів до появи її в зоні візуального контролю. Привідний та відвідний сегменти кишки знаходяться в центрі рани, середній розмір її склав  $(11,35 \pm 0,5)$  см. Операції тривали  $(124 \pm 9,64)$  хвилин, час вісцеролізу –  $(38,34 \pm 3,6)$  хвилин (табл.).

Таблиця

**Метричні характеристики операцій відновлення цілісності товстої кишки на тлі спайкової хвороби очеревини після обструктивних резекцій**

	лапаротомний доступ	парастомальний доступ
довжина рани (см)	$18,5 \pm 3,5$	$11,35 \pm 0,5$ см
час операції (хв)	$163,34 \pm 8,2$ хвилин	$124 \pm 9,64$ хвилин
час вісцеролізу (хв)	$58,2 \pm 10,04$ хвилин	$38,34 \pm 3,6$ хвилин

Розтин просвіту кишки було у 3 (2,9 %) хворих, дефект своєчасно виявлений і ушитий. У 9 чоловік був пошкоджений серозом'язовий шар стінки кишки. В післяопераційному періоді перистальтика відновила через  $(1,58 \pm 0,12)$  доби, гази відійшли через  $(2,18 \pm 0,12)$  і стул –  $(3,56 \pm 0,24)$  доби.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Під час дослідження особливостей спайкоутворення у хворих з кінцевими колостоми виявлено, що спайки виникли у всіх хворих, яким сформовано норицю, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при операціях на прямій і ободовій

кишці. Виразний спайковий процес в ділянці серединного рубця був у 67 (65,7 %), кукси кишки – у 56 (54,9 %) і колостоми у 45 (44,1 %) хворих (рис.).

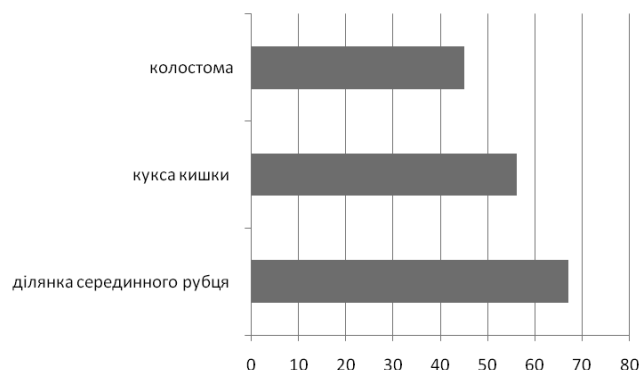


Рис. Розповсюдженість спайкового процесу

В ділянці серединного рубця переважали вісцеропарієтальні спайки, які фіксували петлі кишки, сальник до прилеглої передньої черевної стінки. В ділянці стоми і кукси заглушеної кишки зустрічалися частіше вісцеровісцеральні спайки. Зрощення між передньою черевною стінкою і внутрішніми органами виникали в місці встановлення дренажів. Навколо кукси заглушеної кишки спайки різної форми утворювали конгломерат з сальника, петель кишечника, кукси брижі. Через спайки технічні труднощі частіше виникали при виділенні кукси заглушеної кишки, ніж стоми.

Серединна лапаротомія застосовувалася при необхідності колопластики, коли її неможливо виконати з парастомального доступу. У 27 хворих для відновлювальної операції було достатньо мобілізувати від спайок привідний та відвідний сегменти кишки, що можна було виконати з парастомічного доступу.

Парастомічний доступ застосовувався при локалізації стоми і кукси заглушеної кишки в одній або сусідніх анатомічних ділянках черевної порожнини. Випадків конверсії парастомічного доступу на серединну лапаротомію не було.

Тривалість оперативного втручання в значній мірі залежала від часу розсічення спайок, яке при серединному і парастомічному доступах достовірно відрізняється. При серединному доступі висікали післяопераційний серединний рубець, виконували вісцероліз для підходу до привідного та відвідного сегментів кишки, що знаходяться поза апертури рани, і тільки після цього етапи операції збігалися при обох доступах: виділення нориці і кукси кишки з спайок, їх зіставлення і накладення анастомозу. Крім того, розміри серединної рани перевищують довжину парастомальної, у зв'язку з чим необхідний додатковий час на виділення її країв від спайок.



Рухова функція кишечника відновлюється на 1,0-1,5 доби раніше у хворих, які оперовані з використанням парастомічного доступу, що пов'язано з мінімізацією травматизації проксимальної та дистальної кукси кишки та запобіганню зайвої травматизації інших органів черевної порожнини завдяки локальному вісцеролізу.

Таким чином спайкова хвороба очеревини виявлена у всіх хворих, яким сформовано кінцеву норицю, що пов'язано з травматичністю, інфікованістю черевної порожнини при опе-

раціях на прямій і ободовій кишці. Виразний спайковий процес, виявлений в зоні післяопераційного рубця та дистальної кукси кишки, меншу щільність спайок виявлено у парастомічній області. Відновлювальні операції на кишечнику з використанням парастомічного доступу мінімізує травматизацію проксимальної та дистальної кукси кишки, запобігає зайвої травматизації інших органів черевної порожнини завдяки локальному вісцеролізу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. — Волгоград: Гос. учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.
2. Лапароскопические реконструктивные вмешательства в колопроктологии / О.Э. Луцевич, Э.А. Галламов, М.П. Толстых [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы 2-го съезда колопроктологов России.—Уфа, 2007. —С. 589-590
3. Липатов В.А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В.А. Липатов, А.Д. Мясников. // Сб. матер. Рос. науч. конф. с междунар. участием «Медико — биологические аспекты мультифакториальной патологии». В 2-х томах.— Курск: КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324-329.
4. A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy / G. Polymeneas, T. Theodosopoulos, A. Stamatiadis, E. Kourias// Surg Endosc — 2001 — № 15 — P. 41-43.
5. Adhesions: pathogenesis and prevention — panel discussion and summary. / L.Holmdahl, B.Risberg, D.E.Beck [et al.] //Eur. J. Surg. — 1997. — № 577. — P. 56-62.
6. Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions / F. Boys // Br J Surg — 2002. — Vol.89, №1. — P. 50-56.
7. Postoperative Adhesions: Ten-Year Follow-Up of 12,584 Patients undergoing lower abdominal surgery / M.C. Parker, H. Ellis, B.J. Moran [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2001. — Vol. 44, № 6. — P. 822-829.

### ВИБОР ДОСТУПА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕННЯ ЦЕЛОСТНОСТІ ТОЛСТОЇ КИШКИ НА ФОНЕ СПАЕЧНОЇ БОЛЕЗНИ БРЮШИНИ У БОЛЬНИХ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТОЛСТОЇ КИШКИ.

**В.В. Бойко, И.А. Тарабан,  
В.Г. Грома,  
И.В. Криворотько,  
Д.А. Евтушенко**

**Резюме.** Проанализировано лечение 102 пациентов с концевой колостомой. У 58 больных использовался срединный лапаротомный доступ, у 44 — парастомический доступ. При исследовании спайкообразования выраженный спаечный процесс в области срединного рубца был у 67 (65,7%), культы кишки — у 56 (54,9 %) и колостомы у 45 (44,1 %) больных. Восстановительные операции на кишечнике с использованием парастомического доступа минимизирует травматизацию проксимальной и дистальной культы кишки, сокращает продолжительность операции с 58,20±10,04 мин до 38,34±3,6 мин, предотвращает излишнюю травматизацию других органов брюшной полости благодаря локальному висцеролізу.

**Ключевые слова:** спаечная болезнь, обструктивная резекция толстой кишки, восстановительные операции.

### CHOICE OF ACCESS FOR RESTORING THE INTEGRITY OF THE COLON AGAINST ADHESIVE PERITONEAL DISEASE IN PATIENTS AFTER RESECTION OF OBSTRUCTIVE COLON.

**V.V. Boyko, I.A. Taraban,  
V.G. Groma, I.V. Kryvorotko,  
D.A. Yevtushenko**

**Summary.** Treatment analyzed 102 patients with end colostomy. In 58 patients used median laparotomy access, 44 — parastomic access. In the study of adhesion formation distinct adhesions in the scar area median was 67 (65,7 %), stump cancer — in 56 (54,9 %) and colostomy in 45 (44,1 %) patients. Renewable bowel surgery using parastomic access minimizes trauma proximal and distal stump of the colon, reduces transactions 58,20±10,04 min to 38,34±3,6 min, preventing unnecessary trauma other abdominal organs through local adhesiolysis.

**Key words:** adhesive disease, obstructive resection of the colon, reconstruction surgery.