



В. В. Ставицкий

*Знаменская центральная
районная больница, г. Знаменка
Кировоградской области*

© Ставицкий В. В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 155 пациентов с различными травмами и хирургическими заболеваниями толстой кишки, потребовавшими проведения хирургических операций, закончившихся резекцией толстой кишки и/или формированием колостом. Первично-восстановительные операции после резекции ободочной кишки выполнены у 42 (27,1 %) пациентов. У 113 (72,9 %) пациентов первичное хирургическое вмешательство на толстой кишке закончилось наложением наружного кишечного свища. Реконструктивно-восстановительные и восстановительные операции выполнены у 72 (63,7 %) больных. Сроки проведения повторных операций варьировали от 3 недель до 14 месяцев и в среднем составили 86,2 дня. После проведения реконструктивно-восстановительных и восстановительных операций по поводу наружных толстокишечных свищей летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 15 (20,8 %) больных, в том числе внутрибрюшные — у 2 (2,8 %). Оптимальный срок проведения и объем восстановительной или реконструктивно-восстановительной операции у больных с наружными толстокишечными свищами должны определяться строго индивидуально с учетом тяжести и характера заболевания или травмы, приведших к наложению стомы, общего состояния пациента, течения послеоперационного периода и характера местных рубцово-воспалительных процессов.

Ключевые слова: *заболевания и травмы толстой кишки, колостома, хирургическое лечение.*

Введение

Хирургическое лечение больных с заболеваниями и травмами толстой кишки (ТК) является одной из самых сложных и актуальных проблем колопроктологии. Несмотря на значительные успехи хирургической науки эта проблема еще далека от своего решения. По данным литературы [1, 3, 5, 8, 11, 13] в последние годы отмечается заметный рост числа пациентов с хирургической патологией ТК, нуждающихся в проведении восстановительных (ВО) и реконструктивно-восстановительных операций (РВО), в том числе больных, которым в результате предыдущего лечения вынужденно накладывались наружные тонко- или толстокишечные свищи (НКС). Актуальность этой проблемы также определяется рядом важных психологических, медицинских и социально-экономических аспектов [1, 3, 4, 6, 10]. Наличие кишечной стомы заметно снижает комфортность жизни больного, ограничивая его трудоспособность, приводит к инвалидности и создает значительный психологический и эмоциональный дискомфорт, поэтому восстановление непрерывности кишечника не только

кардинально улучшает качество жизни пациента, но и имеет большое морально-психологическое и социально-экономическое значение [1, 4, 10, 13]. В решении вопросов ранней социально-психологической адаптации и трудовой реабилитации больных, перенесших резекцию ободочной кишки (ОК), важное значение занимает и проблема выполнения первичных РВО (ПРВО) на ТК [6, 9, 10, 12].

Проведение ВО и РВО у пациентов с патологией ТК является сложной хирургической проблемой, сопряжено с высоким операционным риском и сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений [12, 13]. Несмотря на выполнение РВО преимущественно в специализированных колопроктологических центрах, удельный вес послеоперационных осложнений достигает 37–94 % [3, 6, 12], нагноение операционной раны составляет 30–60 %, а несостоятельность швов анастомоза — 3–23 % [5, 7, 9, 13]. Послеоперационная летальность при проведении РВО на ТК также остается высокой и сохраняется на уровне 5–12 % [4, 6, 9, 13]. Вопросы определения показаний и сроков проведения ВО и РВО при патологии



ТК, дальнейшее совершенствование методов предоперационной подготовки, хирургической техники и послеоперационного ведения продолжают сохранять свою актуальность.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 155 пациентов, проходивших лечение в хирургическом стационаре по поводу различных травм и хирургических заболеваний ТК, потребовавших проведения хирургических операций, закончившихся резекцией ТК и/или формированием НКС. Средний возраст больных составил 55,7 года и варьировал от 19 до 92 лет. Мужчин было 64 (41,3 %), женщин — 91 (58,7 %). Все больные первично оперированы в ургентном порядке.

ПРВО после резекции ОК выполнены у 42 (27,1%) пациентов, в том числе при осложненном раке — 33, при травме — 3, из них при закрытой травме — 2 и огнестрельном ранении — 1, при болезни Крона — 2, при инвагинации кишечника — 2, при спаечной странгуляционной кишечной непроходимости — 1 и при осложненном дивертикулёзе — 1. Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией выполнена у 28 больных, сигмэктомия — у 5, трансверзэктомия — у 4, левосторонняя гемиколэктомия — у 3 и резекция илеоцекального угла с илеоасцендостомией — у 2. Всем больным наложены инвагинационные анастомозы по Г. В. Бондарю. У 6 больных с целью профилактики послеоперационных осложнений выполнен интраоперационный закрытый лаваж ТК.

У 113 (72,9 %) пациентов первичное хирургическое вмешательство на ТК закончилось наложением НКС. У 66 (58,4 %) больных причиной наложения колостомы явился осложненный рак ТК, у 23 (20,35 %) — травма ободочной и прямой кишок (ПК), в том числе у 14 — закрытая, у 4 — ножевая, у 3 — огнестрельная и у 2 — травма кишки инородным телом, у 7 (6,2%) — мегадолихосигма, осложненная заворотом и некрозом сигмовидной ОК, у 5 (4,4 %) — некротическая флегмона ОК, у 2 (1,8 %) — воспалительный псевдотумор поперечно-ободочной кишки, у 2 (1,8 %) — дивертикулёз ОК, осложненный перфорацией, у 1 (0,9 %) — мезентериальный тромбоз ТК, у 1 (0,9 %) — болезнь Крона ОК, осложненная перфорацией, и у 1 (0,9 %) — липосаркома мезоколон с прорастанием в стенку поперечно-ободочной кишки. Также, у 3 (2,6 %) больных двуствольная трансверзостома наложена при возникновении осложнений РВО (2) и брюшно-анальной резекции ПК, выполненной по поводу рака (1). У 2 (1,8 %) больных причиной развития НКС явилась несостоятельность швов после выполнении аппендэктомии.

При осложненном раке ТК у 35 больных выполнена обструктивная резекция ободочной кишки (ОРОК) по Гартману с формированием одноствольной колостомы, в том числе сигмэктомия — у 19, левосторонняя гемиколэктомия — у 13, трансверзэктомия — у 3. У 31 больных наложены разгрузочные стомы, в том числе у 14 — двуствольная трансверзостома, у 6 — двуствольная сигмостома и у 11 — цекостома.

При травме ТК ОРОК по Гартману выполнена у 12 больных, в том числе левосторонняя гемиколэктомия — у 6, правосторонняя гемиколэктомия — у 1, трансверзэктомия — у 1 и сигмэктомия — у 4. Ушивание множественных повреждений левой половины ОК с наложением двуствольной трансверзостомы выполнено у 7 больных, ушивание внутрибрюшного разрыва ПК с наложением двуствольной сигмостомы — у 2. У 1 пострадавшего со сквозным огнестрельным ранением с касательным повреждением заднебоковой стенки восходящего отдела ОК возник НКС с развитием флегмоны забрюшинного пространства справа и передней брюшной стенки в правой подвздошной области, что потребовало в дальнейшем дренирования флегмоны и наложения разгрузочной двуствольной илеостомии. У 12 пострадавших с сочетанной травмой вмешательство на ТК дополнено ушиванием тонкой кишки (6), желудка (1), поджелудочной железы (1), печени (3) и мочевого пузыря с эпицистостомией (1), резекцией тонкой кишки (1) и спленэктомией (3).

У 7 больных ОРОК по Гартману выполнена по поводу заворота и некроза сигмовидной кишки. У 3 больных резекция поперечно-ободочной кишки по Гартману выполнена при воспалительном псевдотуморе ТК (2) и при разрыве забрюшинной липосаркомы мезоколон, прорастающей в стенку ТК (1). У 6 больных ОРОК выполнена по поводу некротической флегмоны (5) и мезентериального тромбоза (1) ТК. Из 2 больных с формирующимся наружным свищом слепой кишки при несостоятельности швов после аппендэктомии одному наложена илеотрансверзостома. Еще у одной больной НКС сформировался самостоятельно.

У наблюдаемых нами больных отмечена следующая локализация сформированных НКС: поперечно-ободочная кишка — у 56, сигмовидная ОК — у 42, слепая кишка — у 14 и восходящий отдел ОК — у 1.

РВО и ВО выполнены у 72 (63,7 %) больных, средний возраст которых составил 49,4 лет и варьировал от 22 до 87 лет. Мужчин было 38 (52,8 %), женщин — 34 (47,2 %). Всего выполнено 78 операций. Повторные операции были проведены в сроки от 3 недель до 14 месяцев и составили в среднем 86,2 дня. В течение первого месяца прооперированы 16 (22,2 %) больных,

в сроки 1–2 месяца — 16 (22,2 %), 2–6 месяцев — 31 (43,1 %) и свыше 6 месяцев — 9 (12,5 %). У 5 больных операция выполнена позже 6 месяцев из-за нагноения и длительного заживления раны, а у 4 — в связи с более длительным восстановлением больных после первичной операции, выполненной на фоне тяжелого общего состояния больных и/или тяжелой сопутствующей соматической патологии. У 6 больных повторная операция не выполнена из-за отказа от операции и у 5 — вследствие неоперабельности рака. У 19 больных, после наложения разгрузочных колостом, резекция ТК с опухолью выполнена в специализированных онкологических учреждениях.

Характер выполненных РВО и ВО указан в таблице.

Таблица

Характер выполненных РВО и ВО

Название операции	Число
Трансверзосигмостомия с закрытием трансверзостомы	16
Сигморектостомия с закрытием сигмостомы	14
Сигмосигмостомия с закрытием сигмостомы	6
Трансверзотрансверзостомия с закрытием трансверзостомы	6
Аппаратная У-образная десцендоректостомия	1
Реконструктивно-восстановительная илеотрансверзостомия с закрытием трансверзостомы и концевой илеостомы	1
Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией при несформированном наружном трубчатом свище слепой кишки	1
Правосторонняя гемиколэктомия с иссечением сформированного наружного трубчатого свища слепой кишки	1
Резекция сигмовидной кишки с опухолью с сигморектостомией и закрытием трансверзостомы	1
Закрытие двухствольной трансверзостомы	12
Закрытие цекостомы	8
Закрытие двухствольной сигмостомы	4
Закрытие одноствольной сигмостомы	1
Иссечение сформированного наружного трубчатого толстокишечного свища	5
Закрытие илеостомы с межкишечным анастомозом при закрывшемся наружном трубчатом свище слепой кишки	1
ВСЕГО	78

При илеостоме или правосторонней колостоме больным проводилась предоперационная инфузионная гомеостазокорректирующая терапия в необходимом объеме. При левосторонней колостоме необходимости в проведении предоперационной инфузионной корректирующей терапии у большинства больных не было. В этой группе больных предоперационную подготовку в большинстве случаев ограничивали приемом пробиотиков, лечебной гимнастикой и предоперационной подготовкой кишечника. Предоперационную подготовку кишечника при повторных операциях у 9 больных проводили антиперистальтическим способом и у 41 — комбинированным способом полного изоперистальтического кишечного промывания [3] проксимальной части кишечника и антиперистальтическим промыванием

дистальной части ТК. У 22 больных при предоперационной подготовке кишечника использовали препарат Фортранс.

Восстановление проходимости кишечника и закрытие колостом проводили как внутрибрюшинным, так и внебрюшинным способами. РВО с закрытием одноствольных колостом у всех больных выполняли внутрибрюшинным способом. Межкишечные толстокишечные анастомозы у 45 больных выполнены инвагинационным способом В. Г. Бондаря, а у одного, с короткой культей прямой кишки, У-образная десцендоректостомия наложена циркулярным сшивающим аппаратом CDH33 компании Ethicon. Закрытие двухствольных трансверзостом у 12 больных выполнено внебрюшинно и у 6 внутрибрюшинно с резекцией участка поперечно-ободочной кишки со стомой и наложением инвагинационной трансверзотрансверзостомии. Двухствольные сигмостомы закрывали внебрюшинно (4), цекостомы — внутрибрюшинно с одномоментной пластикой брюшной стенки (6) и у 2 — внебрюшинно.

У 46 (63,9 %) больных при проведении ВО и РВО выполнено 57 симультанных операций (СО). У 34 больных симультанным этапом при проведении РВО являлась аллогерниопластика передней брюшной стенки, у 8 — холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита, у 4 — аппендэктомия, у 2 — удаление кисты яичника и у 1 — удаление рецидивной забрюшинной липосаркомы. Послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) у 17 (50,0 %) больных наблюдались в области лапаротомной раны и у 9 (26,5%) — в области стомы. У 8 (23,5 %) больных отмечено сочетание послеоперационной вентральной и параколостомической грыж. Пластика параколостомических грыж у всех больных (17) проводилась методом onlay. При устранении срединных ПВГ у 12 (48,0 %) больных выполнена аллогерниопластика методом onlay и у 11 (44,0 %) — методом sublay. У 2 (8,0 %) больных с гигантскими ПВГ использовались различные модификации операции Ramirez. У 38 больных, в связи с распространенным спаечным процессом в брюшной полости, проводился обширный висцеролиз. При проведении сочетанной аллогерниопластики послеоперационные раны дренировали с помощью одной — двух полимерных трубок подсоединенных к низковакуумному устройству. Контроль за эффективностью вакуумного дренирования послеоперационных ран осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего после проведения хирургических вмешательств по поводу патологии ТК умерло 12 (7,7 %) больных. Все умершие больные опе-



рированы urgently по жизненным показаниям. После проведения ПРВО умер 1 (2,4 %) больной после паллиативной правосторонней гемиколэктомии, выполненной по поводу распространенного рака слепой кишки с обширными метастазами в печень, осложненного острой обтурационной кишечной непроходимостью и массивным кишечным кровотечением. ПРВО выполнено в связи с категорическим отказом больного от наложения НКС. Причиной смерти данного больного стал необратимый геморрагический шок, осложнившийся острой полиорганной недостаточностью. У 4 (9,5 %) больных после проведения ПРВО развились послеоперационные осложнения, в том числе у 1 (2,4 %) частичная несостоятельность швов илеотрансверзоанастомоза, у 1 (2,4 %) — острая послеоперационная спаечная тонкокишечная непроходимость, у 1 (2,4 %) — серома и у 1 (2,4 %) — нагноение операционной раны. Купирование острой кишечной непроходимости потребовало проведения релапаротомии. Последующий послеоперационный период у данного больного гладкий. Несостоятельность швов анастомоза купирована консервативно. Несформированный НКС зажил самостоятельно через 3 недели.

После неотложных хирургических вмешательств с наложением НКС, выполненных по поводу осложненного рака ТК, умерло 8 больных, в том числе после левосторонней гемиколэктомии по Гартману — 1, резекции сигмовидной кишки по Гартману — 1, цекостомы — 3, двухствольной трансверзостомы — 2 и двухствольной сигмостомы — 1. Обтурационная резекция у обоих умерших больных выполнена по поводу перфорации опухоли ТК, осложненной общим перитонитом. Также 3 больных умерли после ОРОК, выполненных по поводу некротической флегмоны (2) и мезентериального тромбоза (1) ТК. Непосредственной причиной смерти у данных больных стал септический шок, осложненный острой полиорганной недостаточностью.

После проведения РВО и ВО по поводу НКС летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 15 (20,8%) больных, в том числе серома операционной раны у 2 (2,8 %) и нагноение — у 9 (12,5 %). При внебрюшинном закрытии двухствольных колостом частичная несостоятельность кишечных швов возникла у 2 (11,1 %) больных с формированием в дальнейшем трубчатых кишечных свищей, закрывшихся самостоятельно по мере заживления операционных ран в течение 3-4 недель.

Внутрибрюшные осложнения возникли у 2 (2,8 %) больных. Частичная несостоятельность швов колоректального анастомоза воз-

никла у 1 (2,2 %) пациента после наложения аппаратной У-образной десцендоректостомии в сочетании с аллогерниопластикой ПВГ, что потребовало проведения в ближайшем послеоперационном периоде релапаротомии, удаления аллоэксплантата, наложения проксимальной двухствольной трансверзостомы и проведения программированных санационных релапаротомий. Дальнейший послеоперационный период у данного больного осложнился нагноением лапаротомной раны и развитием рецидивной ПВГ. При проведении повторного хирургического вмешательства у этого больного через 14 месяцев была одномоментно выполнена герниолапаротомия, резекция поперечно-ободочной кишки с трансверзостомой и наложением межкишечного инвагинационного анастомоза по Бондарю, внутрибрюшинное закрытие концевой сигмостомы и аллогерниопластика брюшной стенки в модификации операции Ramirez. После проведения повторной операции у данного больного послеоперационный период гладкий. Также у одного (1,4 %) больного после наложения трансверзосигмоанастомоза возник пролежень и перфорация сигмовидной ОК интубационной трубкой ниже уровня анастомоза. Ликвидация данного осложнения также потребовала проведения релапаротомии и наложения проксимальной двухствольной трансверзостомы. Наружный трубчатый толстокишечный свищ закрылся самостоятельно в течение 4 недель. Закрытие двухствольной трансверзостомы у данного больного выполнено через 2 месяца после закрытия свища.

Выводы

1. Показания к проведению ПРВО на ТК должны обосновываться строго индивидуально с учетом тяжести заболевания или травмы, общего состояния пациента и квалификации медицинского персонала.

2. Оптимальный срок проведения хирургической реабилитации и объем ВО или РВО у больных с НКС должны определяться строго индивидуально с учетом тяжести и характера заболевания или травмы, приведших к наложению стомы, общего состояния пациента, течения послеоперационного периода и характера местных рубцово-воспалительных процессов в брюшной полости, в области свища и лапаротомной раны.

3. Выполнение СО при проведении хирургической реабилитации у больных с НКС практически не увеличивает риск возникновения послеоперационных осложнений. Показания к проведению СО при РВО на ТК выстраиваются строго индивидуально.



ЛИТЕРАТУРА

1. *Богданов А.В.* Свищи пищеварительного канала в практике общего хирурга / А. В. Богданов. — М. : ИМ, 2001. — 196 с.
2. *Клур В.Ю.* Гемодинамические и гомеостатические эффекты изоперистальтической подготовки толстой кишки в колоректальной хирургии / В.Ю. Клур, А. П. Костюченко, А.Л. Литарский // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1985. — № 9. — С. 38–43.
3. *Мельник В. М.* Реконструктивно-восстановительные операции при удалении функционально-активных отделов толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. М. Мельник. — К., 2008. — 40 с.
4. *Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике.* Под ред. Э. Н. Ванцяна. — М. : Медицина, 1990. — 224 с.
5. *Пойда А.И.* Прогнозирование и профилактика недостаточности швов анастомозов при операциях на толстой кишке / А. И. Пойда, В. М. Мельник // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины. — Одесса, 2011. — С. 286–288.
6. *Результаты* лечения наружных кишечных свищей / А. В. Базаев, В. А. Овчинников, В. А. Соловьев, А. В. Пузанов // Хирургия. — 2004. — № 1. — С. 30–33.
7. *Рычагов Г.П.* Хирургическая реабилитация стомированных больных / Г. П. Рычагов, О. В. Попков, В. М. Руссинович [и др.] // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины. — Одесса, 2011. — С. 291.
8. *Хирургическое* лечение больных с колостомами / В. М. Тимербулатов, С. Н. Афанасьев, Ф. М. Гайнутдинов [и др.] // Хирургия. — 2004. — № 10. — С. 34–37.
9. *Alwan M. N.* Primary resection and immediate anastomosis of the unprepared colon / M. N. Alwan, M. M. Kawal, R. A. Sharif // Colo-Proctology. — 1998. — Vol. 4, № 2. — P. 257–262.
10. *Brian J. Miller.* Colonic injury: does colostomy still have a place? / Brian J. Miller // Injury, Int. J. Care Injured. — 2001. — № 32. — P. 433–434.
11. *Conrad J. K.* Changing management trends in penetrating colon trauma / J.K. Conrad, K. M. Ferry, M. L. Foreman // Dis. Colon Rectum (United States). — Apr. 2000. — 43(4). — P. 466–471.
12. *Douglas M. G.* Evolving concepts in the management of colonic injury / Douglas M. G. Bowley, Kenneth D. Boffard, Jacques Goosen, Brendan D. Bebington, Frank Plani // Injury, Int. J. Care Injured. — 2001. — № 32. — P. 435.
13. *Murray J.A.* Colonic resection in trauma: colostomy versus anastomosis / J.A. Murray, D. Demetriades, M. Colson // J. Trauma (United States). — Feb. 1999. — № 46 (2). — P. 250–254.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ
ТОВСТОЇ КИШКИ В
УМОВАХ ЗАГАЛЬНО
ХІРУРГІЧНОГО
СТАЦІОНАРУ РАЙОННОЇ
ЛІКАРНІ

V. V. Stavitsky

Резюме. Проаналізовано результати лікування 155 пацієнтів з різноманітними травмами і хірургічними захворюваннями товстої кишки, що потребували проведення хірургічних операцій, які закінчились резекцією товстої кишки і/або формуванням колостом. Первинно-відновні операції після резекції ободової кишки виконані у 42 (27,1 %) пацієнтів. У 113 (72,9 %) пацієнтів первинне хірургічне втручання на товстій кишці закінчилось накладанням зовнішньої кишкової нориці. Реконструктивно-відновні і відновні операції виконані у 72 (63,7 %) хворих. Строки проведення повторних операцій коливались від 3 тижнів до 14 місяців і в середньому склали 86,2 дня. Після проведення реконструктивно-відновних і відновних операцій з приводу зовнішніх товстокишкових нориць летальних випадків не було. Післяопераційні ускладнення виникли у 15 (20,8 %) хворих, в тому числі внутрішньочеревні — у 2 (2,8 %). Оптимальний строк проведення і обсяг відновної або реконструктивно-відновної операції у хворих з зовнішніми товстокишковими норицями повинні визначатися строго індивідуально з врахуванням тяжкості і характеру захворювання або травми, що призвели до накладання стоми, загального стану пацієнта, перебігу післяопераційного періоду і характеру місцевих рубцево-запальних процесів.

Ключові слова: *захворювання і травми товстої кишки, колостома, хірургічне лікування.*

SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH
PATHOLOGY OF THE
COLON IN UNDER THE
CONDITIONS OF GENERAL
SURGICAL DEPARTMENT
OF THE CENTRAL DISTRICT
HOSPITAL

V. V. Stavitsky

Summary. There have been analyzed results of surgical treatment of 155 patients who were treated for trauma and surgical diseases of the colon, which required surgery ended resection of the colon and/or the forming of colostoma. The primary recovery surgery after colon resection have been performed in 42 (27,1 %) patients. In 113 (72,9 %) patients primary surgery on the colon has been ended in imposition of external intestinal fistula. Reconstruction recovery surgery have been performed in 72 (63,7 %) patients. The terms of reoperation varied from 3 weeks to 14 months and made average of 86,2 days. After reconstruction recovery surgery for colostoma there have been no lethal outcomes. Postoperative complications have appeared in 15 (20,8 %) patients, including intraabdominal — in 2 (2,8 %). The optimal term and the volume of reconstruction recovery surgery in patients with colostoma should be determined strictly individually taking into account the severity and nature of disease or trauma which led to stoma surgery, the patient's general state of health the postoperative period and nature of local scarring and inflammatory processes.

Key words: *diseases and trauma of the colon, colostoma, surgical treatment.*