

УДОСКОНАЛЕННЯ ТА ВИБІР МЕТОДУ КОЛОСТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ

В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо

Берегівська центральна районна лікарня, Закарпатська область

IMPROVEMENT AND CHOICE OF COLOSTOMY METHOD IN THE TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING AN ACUTE OBTURATIVE IMPASSABILITY OF LARGE BOWEL

V. I. Kustryo, O. V. Langazo

Хірургічне лікування хворих з приводу ГОНТК є актуальним питанням невідкладної хірургії органів черевної порожнини. Це зумовлене, насамперед, збільшенням захворюваності на рак товстого кишечника, частоти виконання ургентних операцій з приводу ускладненого перебігу хвороби, незадовільними результатами лікування, високою частотою післяопераційних ускладнень, незадовільною соціальною та трудовою реабілітацією хворих, особливо після накладання колостоми в ургентному порядку. В структурі ускладнень у хворих на рак ободової кишки ГОНТК становить 70 – 80%. За неефективності консервативного лікування та неможливості здійснення реканалізації пухлини основним методом лікування є виконання невідкладного оперативного втручання.

Виконання радикальних оперативних втручань з відновленням безперервності товстої кишки шляхом накладання первинного товсто–товстокишкового анастомозу не завжди можливе через задоволеність непрохідності кишечника, значні зміни у стінці товстої кишки, тяжкий стан хворого, виражену ендогенну інтоксикацію. Тому деякі автори рекомендують виконувати багатоетапні операції типу Цейдлера–Шлоффера. Першим етапом накладають цекостому, другим етапом – виконують радикальну операцію, третім етапом – закривають цекостому [1]. В той же час, інші дослідники вважають багатоетапні операції

Реферат

У 49 хворих накладена колостома з приводу гострої обтураційної непрохідності товстої кишки (ГОНТК). У 28 хворих (1–ша група) колостому наклали за стандартною методикою; у 21 (2–га група) – за запропонованою нами методикою. Застосування запропонованого методу хірургічного лікування ГОНТК забезпечило зменшення частоти післяопераційних параколомних ускладнень у 6,8 разу, післяопераційної летальності – у 2,2 разу, тривалості лікування хворого у стаціонарі – в 1,4 разу, частоту перев'язок та витрати перев'язувального матеріалу – у 10 разів.

Ключові слова: гостра обтураційна непрохідність товстого кишечника; хірургічне лікування; післяопераційні параколомні ускладнення.

Abstract

Colostomy was done in 49 patients, suffering an acute obturative impassability of large bowel (AOILB). In 28 patients (1st group) colostomy was conducted in accordance to standard method; in 21 (2nd group) – in accordance to the method, proposed by us. Application of the method proposed for surgical treatment of AOILB have guaranteed a reduction of postoperative paracolostomal complications rate in 6.8 times, of postoperative lethality – in 2.2 times, duration of the patient stationary treatment – in 1.4 times, the rate of dressings and the dressing material expenses – in 10 times.

Key words: acute obturative impassability of large bowel; surgical treatment; postoperative paracolostomal complications.

невиправданими, оскільки за період від виведення колостоми до радикального етапу втручання відбуваються прогресивний ріст пухлини, метастазування та генералізація процесу, особливо при виникненні післяопераційних ускладнень, що може значно відтермінувати радикальний етап операції та значно зменшує резектабельність пухлини [2, 3].

Найбільш частими локальними ускладненнями після операцій з приводу ГОНТК, що супроводжуються накладанням у невідкладному порядку колостоми, є гнійно–септичні в ділянці операційної рани та параколомної зони внаслідок інфікування шкільно–кишкових

швів каловими масами при відкритті просвіту виведеної на передню черевну стінку кишки, що виникає у 2,5 – 90,1% хворих. Їх частка в структурі післяопераційної летальності становить від 42 до 78% [4]. Гнійно–септичні параколомні ускладнення можуть супроводжуватись ретракцією колостоми у черевну порожнину [5, 6] внаслідок неспроможності швів з виникненням калового перитоніту, що потребує виконання релапаротомії та ще більше відтермінує радикальний етап операції. Тому дослідники рекомендують виконувати радикальні (обструктивні) оперативні втручання типу Гартманна з накладанням колостоми та подальшим здійснен-

ням реконструктивно—відновної операції у плановому порядку [7, 8]. Проте, за такого типу операції також не вирішується питання щодо попередження гнійно—септичних параколомостомних ускладнень, значно відтермінується виконання відновного етапу операції, збільшується інвалідність хворих, летальність, погіршується якість їх життя, трудова та соціальна реабілітація.

Етапні оперативні втручання, що супроводжуються накладанням ургентної колостоми, становлять 75—80% всіх оперативних втручань, виконаних з приводу ГОНТК.

У теперішній час існують майже 200 методів накладання колостом різного виду, більшість з яких пропонують для покращання функціональних результатів у плановій хірургії з приводу колоректального раку, проте, жоден з них не відповідає вимогам мінімізації частоти ранніх післяопераційних гнійно—запальних параколомостомних ускладнень при лікуванні хворих з приводу ГОНТК. Ранні післяопераційні гнійно—септичні ускладнення є основною причиною виникнення пізніх параколомостомних ускладнень, зокрема, параколярної

грижі, стриктури стоми, параколярних норниць, що утруднюють технічні умови виконання відновного етапу операції. Тому формування колостоми з приводу ГОНТК з мінімальною частотою ранніх післяопераційних ускладнень є одним з основних завдань лікування таких хворих.

Однією з основних місцевих причин виникнення ранніх післяопераційних гнійно—запальних параколомостомних ускладнень, поряд з порушеннями техніки накладання колостоми [6], є інфікування параколомостомної рани вмістом кишечника [9]. Тому удосконалення та розробка нових методів хірургічного лікування хворих з приводу ГОНТК, що дозволили б уникнути цього, є одним з найважливіших чинників профілактики гнійно—септичних параколомостомних ускладнень.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих з приводу ГОНТК з накладанням колостоми шляхом розробки нових методів оперативних втручань та попередження ранніх гнійно—септичних параколомостомних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 49 хворих, у яких накладена колостома з приводу ГОНТК, у 42 з них — сформована одноствольна колостома після виконання радикальної обструктивної операції типу Гартманна, у 7 — двоствольна колостома. Віком від 40 до 59 років було 11 хворих, від 60 до 74 років — 32, старше 75 років — 6.

В усіх пацієнтів діагностоване одне або кілька соматичних захворювань у стадії компенсації чи субкомпенсації.

Залежно від методики накладання колостоми хворі розподілені на дві групи. У 28 з них (1—ша група) колостома накладена за стандартною методикою (у 24 — одноствольна, у 4 — двоствольна); у 21 (2—га група) — колостома сформована за запропонованою нами методикою (у 18 — одноствольна [10, 11], у 3 — двоствольна [12]). Групи репрезен-



Рис. 1. Випорожнення вмісту кишки за межі операційного поля через мобілізовану частину ободової кишки.

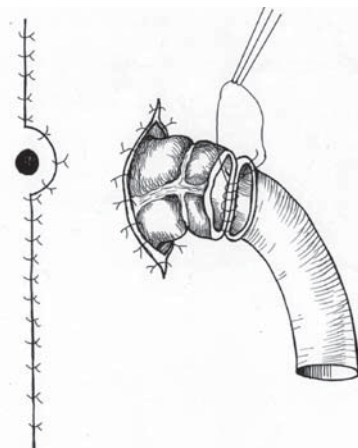


Рис. 2. Зшивання виведеної ободової кишки з гумовим протезом-відводом вмісту кишечника.

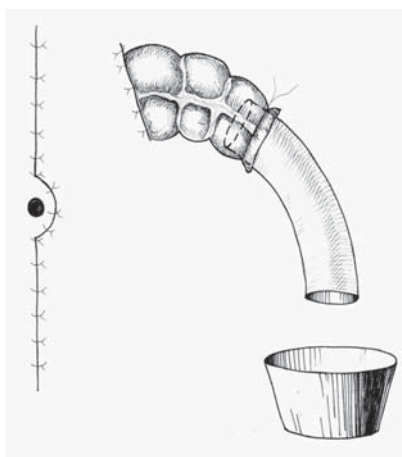


Рис. 3. Фіксація конструкції для відводу вмісту кишки шляхом перев'язування кишки на опорному кільці.

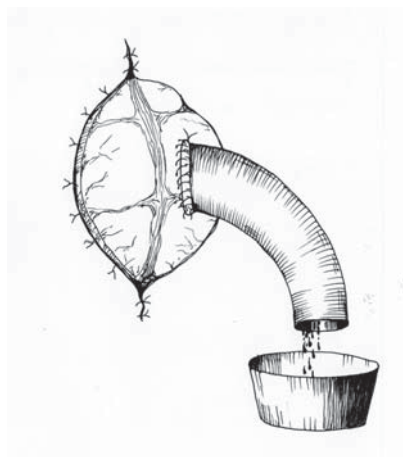


Рис. 4. Спорожнення кишечника через протез-відвід за межі операційного поля.

тативні за віком пацієнтів, супутніми захворюваннями, тяжкістю ГОНТК.

Методика операції. Виконували серединну лапаротомію. За загальноприйнятими онкологічними принципами мобілізували ліву половину ободової кишки. На дистальну частину мобілізованої кишки накладали апаратний шов, прошивали та пересікали її. Прошиту куксу дистального відділу кишки перитонізували за допомогою кисетного шва. Дистальний кінець мобілізованої кишки разом з пухлиною виводили за межі операційного поля. На 4 см проксимальніше пухлини розкривали кишку і видаляли її вміст шляхом "зцідження", починаючи від сліпої кишки в дистальному напрямку, при цьому вміст через тимчасово збережену мобілізовану частину кишки евакуювали та спорожняли через розріз вище пухлини за межі операційного поля у підготовлену ємність (рис. 1). За необхідності через утворений розріз у кишечник вводили поліхлорвінілову трубку, промивали його просвіт з подальшою аспірацією залишків промивних вод. Раніше мобілізований відділ кишки використовували для тимчасового природнього інтраопераційного видалення вмісту за межі операційного поля. Після спорожнення кишечника на рівні мобілізації проксимального відділу ободової кишки накладали апаратний шов, пересікали її, видаляли препарат разом з пухлиною. Прошитий спорожнений оральний кінець ободової кишки через окремий розріз виводили на передню черевну стінку і фіксували окремими пошаровими вузловими швами, залишаючи надлишок довжиною до 4 см. Черевну порожнину пошарово зашивали. Тимчасово перекривали просвіт виведеної кишки м'яким затискачем. Танталовий шов відсікали, виведений кінець ободової кишки зшивали з гумовим еластичним циліндричним протезом довжиною 15 — 17 см кінець у кінець (рис. 2) [10], або в просвіт кишки вводили циліндричне опірне кільце з насадженням на нього гумовим відводом довжиною 15 — 17 см, діаметр якого відповідав діаметру кишки (рис. 3). Конструкцію фіксу-

вали у просвіті кишки на опірному кільці лігатурою [11]. Дистальний кінець гумового протеза—відвода вмісту кишки. Знімали з кишки затискач, після чого стома починала функціонувати. На 7—8—му добу після операції на рівні шкіри відсікали та видаляли надлишок виведеної кишки разом з гумовим протезом—відводом.

При накладанні петльової колостоми нами запропонований спосіб формування колостоми при гостій непрохідності кишечника [12]. Розкривали черевну порожнину. Проксимальніше пухлини виводили ділянку ободової кишки на передню черевну стінку у вигляді двостовлки, підшивали її до м'яких тканин та шкіри вузловими швами. Тимчасово перекривали просвіт виведеної кишки м'яким затискачем, після чого розкривали її бічну стінку розрізом довжиною до 4 см та зшивали її з проксимальним кінцем гумового еластичного протеза—відвода відповідного діаметра довжиною 15 — 17 см з використанням безперервного атравматичного шва, дистальний кінець відвода вміщували в ємність для збирання вмісту кишечника. Знімали затискач. Спорожнення кишечника починали безпосередньо після операції через тимчасовий протез—відвід за межі операційного поля, оминаючи шкірно—кишкові шви, у ємність (рис. 4). При необхідності можливо додатково герметизувати шви з використанням медичних клеючих засобів. На 7—8—му добу після операції, за умови адекватного злипання кишки з шкірою та тканинами передньої черевної стінки, на рівні шкіри відсікали та видаляли протез—відвід разом з надлишком бічної стінки ободової кишки.

Це дозволило відводити через гумовий протез весь вміст кишечника за межі операційної рани, що попереджало інфікування швів каловими масами, виникнення гнійно—септичних параколомостомних ускладнень, значно зменшувало потребу у перев'язках та витрати перев'язувального матеріалу. Крім того, спорожнення та декомпресію кишечни-

ку здійснювали безпосередньо після операції.

Після покращання стану хворого, за умови операбельності процесу, виконували радикальний етап втручання та закриття колостоми.

Після початку випорожнення у 17 хворих (7 — 1—ї групи, 10 — 2—ї групи) проведене бактеріологічне дослідження змиву з шкіри параколомостомної ділянки та шкірно—кишкових швів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих 1—ї групи стоми відкривали на 2 — 3—тю добу після операції. За даними бактеріологічного дослідження виявляли асоціації з двох, трьох патогенних мікроорганізмів і більше, найчастіше — ентеробактерії, стафілокок, синьогнійну паличку. Через постійне потрапляння вмісту кишечника на шви та шкіру навколо стоми необхідно було проводити до 12 перев'язок на добу, постійну гігієнічну обробку шкіри навколо стоми. Витрати перев'язувального матеріалу становили у середньому 200 — 300 см² на добу.

Гнійно—септичні параколомостомні ускладнення після операції виникли у 9 (32,1%) хворих, у 7 — параколомостомне нагноєння, у 2 — параколомостомна флегмона з втягуванням стоми у черевну порожнину — в 1. Померли 3 (10,7%) хворих. Тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 19 діб.

У хворих 2—ї групи стома функціонувала з 1—ї доби. Завдяки відведенню вмісту кишечника за межі операційного поля через гумовий протез—відвід в ємність для його збирання здійснювали одну перев'язку на добу. Витрати перев'язувального матеріалу становили у середньому 20 — 30 см². За даними бактеріологічного дослідження мікроорганізми виявлені в одного хворого. Гнійно—септичні параколомостомні ускладнення після операції виникли в 1 (4,7%) хворого — гематома в ділянці стоми з нагноєнням. Помер 1 (4,7%) хворий. Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила 13 діб.

ВИСНОВКИ

1. Уникнення інфікування параколомостомної рани, вдосконалення техніки оперативного втручання є важливими засобами профілактики гнійно—септичних параколомостомних ускладнень у хворих при виникненні ГОНТК.

2. Застосування запропонованого методу хірургічного лікування ГОНТК дозволило зменшити частоту післяопераційних гнійно—септичних параколомостомних ускладнень у 6,8 разу, післяопераційну летальність — у 2,2 разу, тривалість лікування хворого у стаціонарі — в

1,4 разу, частоту перев'язок та витрати перев'язувального матеріалу після операції — у 10 разів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Anselmetii G. La chirurgia d'urgenza nelle neoplasie del colon / G. Anselmetii // Chir. Gastroenterol. — 1992. — Vol. 26, N 3. — P. 409 — 418.
2. Шулуток А. М. Субтотальная колэктомия при обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / А. М. Шулуток, А. Ю. Мойсеев, В. Ю. Зубцов // Хирургия. — 2000. — № 2. — С. 14 — 16.
3. Пойда А. И. Восстановительные операции на толстой кишке: автореф. дис. ... д—ра мед. наук: спец. 14.00.27 — хирургия / А. И. Пойда; Киев. мед. ин—т. — К., 1993. — 40 с.
4. Саенко В. Ф. Сучасні підходи до проблеми гострої обструкції ободової кишки / В. Ф. Саенко, Л. С. Білянський, А. С. Лаврик // Шпитал. хірургія. — 2005. — № 1. — С. 10 — 14.
5. Бочар В. Т. Профілактика післяопераційних гнійно—септичних параколомостомічних ускладнень / В. Т. Бочар // Клін. хірургія. — 2008. — № 11—12. — С. 32 — 33.
6. Тамм Т. И. Причины развития локальных осложнений у стомированных больных / Т. И. Тамм, Б. М. Даценко, Р. А. Хмызов // Сучасна хірургія та колопроктологія. — 2012. — № 1 (1). — С. 56 — 58.
7. Юхтин В. И. Хирургия ободочной кишки / В. И. Юхтин. — М.: Медицина, 1988. — 320 с.
8. Gebhardt C. Diffrenzierte chirurgische Therapie des Dickdarmileus / C. Gebhardt, W. Meyer, K. H. Schultheis // Caduc. News. — 1998. — Vol. 1. — P. 1 — 4.
9. Матвійчук Б. О. Клінічно—мікробіологічні аспекти профілактики та лікування гнійно—септичних параколомостомних ускладнень / Б. О. Матвійчук, В. Т. Бочар, В. В. Бакланський // Сучасні мед. технології. — 2009. — № 4. — С. 5 — 8.
10. Пат. 66696 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб відведення кишкового вмісту після резекції кишки при гострій кишковій непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо (Україна); заявники і власники патенту В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо. — № u 201108558; заявл.07.07. 11; опубл. 10.01. 12. Бюл. № 1.
11. Пат. 35797 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування гострої кишкової непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Кустрьо (Україна); заявники і власники патенту В. І. Кустрьо, О. В. Кустрьо. — № u200804079; заявл.01.04.08; опубл. 10.10. 08. Бюл. № 19.
12. Пат. 68096 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб накладання колостоми при гострій кишковій непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо (Україна); заявники і власники патенту В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо. — № u201111401; заявл.27.09.11; опубл. 12.03.12. Бюл. № 5.

