

# ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Р. А. Хмызов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Произведен анализ результатов лечения 60 больных с энтеростомами. Установлена прямая зависимость частоты послеоперационных осложнений со степенью выраженности воспаления в отключенной кишке в виде неинфекционного колита. Предложена индивидуальная подготовка культи толстой кишки с учетом степени выраженности колита, позволившая снизить частоту послеоперационных осложнений с 48 до 18%.*

**Ключевые слова:** энтеростома, восстановительные операции, колит отключенной толстой кишки, послеоперационные осложнения.

## ВПЛИВ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ТОВСТОЇ КИШКИ НА ЧАСТОТУ УСКЛАДНЕНЬ ЗА ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ У СТОМОВАНИХ ХВОРИХ

Р. А. Хмызов

*Проведено аналіз результатів лікування 60 хворих з ентеростомами. Встановлено пряму залежність частоти післяопераційних ускладнень зі ступенем тяжкості запалення в відключеній кишці у вигляді неінфекційного коліту. Запропонована індивідуальна підготовка кукси товстої кишки, ураховуючи ступінь тяжкості коліту, що дають змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень із 48 до 18%.*

**Ключові слова:** ентеростоми, відновлювальні операції, коліт відключеної товстої кишки, післяопераційні ускладнення.

## THE INFLUENCE OF THE COLON PREPARATION QUALITY ON THE FREQUENCY OF COMPLICATIONS IN RECONSTRUCTIVE SURGERY FOR OSTOMY PATIENTS

R. A. Khmizov

*We made the analysis of results of treatment of 60 patients with enterostomy. There is a direct correlation between the frequency of postoperative complications with the severity of inflammation in defunctioned the colon as a disabled non-infectious colitis. We offered, individual preparation stump of the colon with severity of colitis, which helped reduce the frequency of postoperative complications from 48 to 18%.*

**Keywords:** enterostomy, restorative surgery, colitis of defunctioned colon, postoperative complications.

Хирургическое лечение ряда заболеваний толстой кишки включает удаление или выключение из пассажа пораженного отдела и завершается формированием стомы на передней брюшной стенке [4, 6]. Выведенные энтеростоми в 60–85% случаев носят временный характер и в дальнейшем пациенты данной группы нуждаются в операциях, направленных на восстановление непрерывности кишки [5, 6]. За время физиологического покоя в отключенном сегменте толстой кишки развивается в различной степени интенсивности воспаление, по эндоскопической картине характерное для неинфекционного колита [7, 8]. На сегодняшний день нет доказательной базы о предпочтении какого-либо из способов подготовки отводящего сегмента и методов терапии колита в отключенной кишке [2, 3, 9].

Сроки восстановления непрерывности кишки определяют по активности ее мышечного тонуса.

Сроки эти составляют от 2–3 мес. при протективной двустольной энтеростоме и до 6–12 мес. после выполнения резекции участка кишки по типу Гартмана [1, 3]. Правильное определение сроков закрытия стомы необходимо для профилактики различного рода осложнений, которые могут возникать из-за развившейся слабости мышц тазового дна, снижения тонуса «культи» кишечника, а также образования рубцовой ткани и изменения формы кишечника [2]. Воспалительные изменения слизистой оболочки отключенной кишки во многом определяют выбор способа ее подготовки перед восстановительной операцией [1, 3].

**Цель работы** — улучшить результаты лечения больных с энтеростомами путем профилактики осложнений за счет выбора способа подготовки отключенной кишки перед восстановительным этапом.



## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 60 пациентов с временными колостомами, оперированных по поводу колоректального рака. Все больные были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 33 пациента, а в группу сравнения 27 больных. Критерием включения были пациенты с временными колостомами, поступившие для подготовки к оперативному вмешательству по восстановлению непрерывности толстой кишки. Пациенты с временными колостомами, оперированные по поводу неспецифического язвенного колита и болезни Крона, в исследование не включались. В основной группе пациентов с одностольными колостомами было 13 человек, а в группе сравнения 12. Двустольные колостомы в основной группе были у 20 пациентов, в группе сравнения — у 15 больных. Среди них мужчин было 32 (53,3%), а женщин — 28 (46,7%). Возраст больных был от 42 до 78 лет и в среднем составил  $58,45 \pm 4,6$ .

Пациентам основной группы предоперационная подготовка осуществлялась на основании эндоскопических изменений в отключенном отделе толстой кишки.

Перед проведением гидромассажных процедур больным обеих групп выполняли эндоскопическое исследование отключенного отдела толстой кишки, на основании которых определялась степень тяжести воспаления отключенного отдела. При легкой степени во время эндоскопии выявляли картину катарального воспаления на фоне отека слизистой оболочки, без эрозий и язв. Средняя степень тяжести характеризовалась выраженными воспалительными изменениями слизистой оболочки с наличием геморрагий и легкой ранимостью слизистой оболочки. Тяжелое поражение слизистой толстой кишки характеризовалось резко выраженными воспалительными изменениями, атрофией слизистой, с наличием сливных эрозий, при этом слизистая оболочка контактно кровоточива (табл. 1).

В качестве предоперационной подготовки при легком или умеренно выраженном воспалении у больных основной группы к гидромассажу отключенного отдела толстой кишки добавляли введение пенного аэрозоля «Олазол» утром и вечером. При эндоскопической картине тяжелого воспаления

Таблица 1

**Степень поражения слизистой отключенного отдела толстой кишки до предоперационной подготовки у пациентов в исследуемых группах ( $p \leq 0,01$ )**

Степень поражения	Основная группа (n = 33)	Группа сравнения (n = 27)
Тяжелая	12 (36,3 %)	11 (40,7 %)
Средней тяжести	16 (48,5 %)	10 (37 %)
Легкая или нет изменений	5 (15,2 %)	6 (22,3 %)

к 1 л раствора для гидромассажа добавляли 60 мг преднизолона и вводили 2 раза в день утром и вечером. Перед сном в отключенную кишку вводили микроклизму с 4 г месалазина, пена «Олазол» вводилась только утром.

Пациентам группы сравнения в качестве подготовки толстой кишки к операции проводили только гидромассажные клизмы в отключенный отдел толстой кишки 2 раза в день — утром и вечером, физиологическим раствором комнатной температуры объемом от 200 мл до 1000 мл, в зависимости от длины отключенной кишки.

Кроме этого, осуществляли подготовку кожных покровов путем ежедневной обработки кожи мыльными и спиртовыми растворами, цинковой пастой, а при наличии осложнений проводилась их консервативная коррекция. За 1–1,5 мес. до операции пациентам амбулаторно назначали гидромассаж отключенной кишки с целью тонической тренировки мышечной стенки кишки, профилактики спастических явлений и механической очистки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведения предоперационной подготовки на протяжении 1,5 мес. больным проводили повторную эндоскопию с биопсией, на основании которых определялась степень поражения слизистой отключенного отдела толстой кишки (табл. 2).

В группе сравнения количество пациентов с тяжелой и средней степенью воспалительных изменений в отключенном отделе толстой кишки достоверно не изменилось и остается высоким: у 77,7% до проведения предоперационной подготовки и 74% после ее проведения ( $p \leq 0,01$ ). В основной группе после проведения предоперационной подготовки тяжелая и средняя степень поражения слизистой выявлена лишь у 30,3% по сравнению с 84,5% до ее проведения ( $p \leq 0,01$ ). Индивидуальная предоперационная подготовка отключенной кишки с учетом выраженности ее воспалительных изменений позволяет достоверно снизить число пациентов с тяжелыми и средней степени тяжести воспалением слизистой по данным эндоскопического исследования.

Таблица 2

**Степень поражения слизистой отключенного отдела толстой кишки у пациентов в исследуемых группах после проведения предоперационной подготовки ( $p \leq 0,01$ )**

Степень поражения слизистой толстой кишки	Основная группа (n = 33)	Группа сравнения (n = 27)
Тяжелая	3 (9 %)	9 (33,3 %)
Средней тяжести	7 (21,3 %)	11 (40,7 %)
Легкая или нет изменений	23 (69,7 %)	7 (26 %)



Проанализированы результаты реконструктивно-восстановительных операций в исследуемых группах в ближайшем послеоперационном периоде. У больных обеих групп оценку качества проведенной операции осуществляли по частоте несостоятельности анастомоза, длительности послеоперационного пареза толстой кишки, анастомозита, кровотечений из зоны анастомоза и нагноений послеоперационной раны. В основной группе общее число осложнений составило 18 %, а в группе сравнения — 48 % (табл. 3).

Таблица 3

**Частота ранних осложнений у больных после восстановительных операций ( $p \leq 0,01$ )**

Вид осложнения	Основная группа (n = 33)	Группа сравнения (n = 27)
Недостаточность анастомоза	0 (0%)	2 (7,4%)
Послеоперационный парез толстой кишки	2 (6%)	4 (14,8%)
Анастомозит	2 (6%)	4 (14,8%)
Кровотечение из зоны анастомоза	0 (0%)	1 (3,7%)
Нагноение послеоперационной раны	2 (6%)	2 (7,4%)
Количество койко-дней	8,2 ± 2,6	11,8 ± 3,8

Наиболее тяжелым осложнением после восстановления непрерывности толстой кишки является несостоятельность анастомоза, которая возникла у 7,4 % пациентов группы сравнения, в то время как в основной группе этот вид осложнения не отмечен. В группе сравнения было достаточно высокое число анастомозитов и пареза кишечника — по 14,8 %, соответственно, в то время как в основной группе эти осложнения встречались достоверно реже и отмечены у 6 % по каждому виду, соответственно. Все осложнения в исследуемых группах не потребовали оперативных вмешательств и были разрешены консервативно. Однако наличие осложнений у 48 % больных существенно увеличило время нахождения больных в стационаре.

### ВЫВОДЫ

1. Отключенный отдел толстой кишки требует проведения предоперационной подготовки перед выполнением восстановительных операций.
2. Частота различного вида осложнений после реконструктивно-восстановительных операций имеет прямую зависимость от тяжести воспалительных изменений в отключенном отделе кишки.
3. Предоперационная подготовка отключенного отдела толстой кишки с учетом степени выраженности воспалительного процесса *перспективна*, позволяет уменьшить степень воспаления и снизить количество послеоперационных осложнений в 2,5 раза.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Горбуров Г. Ф. О сроках хирургической реабилитации больных после обструктивных операций по поводу осложненного колоректального рака / Г. Ф. Горбуров, О. В. Высоцкий, Е. А. Антонов // Клиническая онкология. Спец. вып. — № II. — 2011. — С. 94–96.
2. Колит отключенной толстой кишки / Г. И. Воробьев, А. П. Жученко, А. Ф. Филон, Г. М. Китчиева // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2008. — № 5. — С. 65–70.
3. Комплексная профилактика гнойно-септических осложнений после операций на толстой и прямой кишках / В. В. Дарвин, А. Я. Ильканич, Г. Г. Пехото, М. М. Лысак // Хирургия. — 2002. — № 7. — С. 47–49.
4. Муравьев А. В. Анализ ранних и отдаленных парастомальных осложнений / А. В. Муравьев, Д. Б. Оверченко // Матер. III Всероссийского съезда колопроктологов 2011 г., Белгород. — С. 123–124.
5. Применение протективной илеостомии в хирургическом лечении рака прямой кишки / С. В. Васильев, В. В. Григорян, А. Е. Ем [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии: науч. конф., посвященная 40-летию ГНЦ колопроктологии. — М.: Медпрактика, 2005. — С. 176–177.
6. Руководство по колопроктологии / В. Л. Ривкин, С. Н. Файн, А. С. Бронштейн, В. К. Ан. — М.: Медпрактика, 2004. — 488 с.
7. De Olivera-Neto J. P. Intraluminal irrigation with fibers improves mucosal inflammation and atrophy in diversion colitis / J. P. De Olivera-Neto, J. E. De Aguilar-Nascimento // Nutrition. — 2004. — Vol. 20, № 2. — P. 197–199.
8. Glotzer D. J. Proctitis and colitis following diversion of the fecal stream / D. J. Glotzer, M. E. Glick, H. Goldman // Gastroenterology. — 1981. — Vol. 80, № 3. — P. 438–441.
9. Haas P. A. Endoscopic examination of the colon and rectum distal to a colostomy / P. A. Haas, T. A. Jr. Fox, E. J. Szilagyi // Am. J. Gastroenterol. — 1990. — Vol. 85, № 7. — P. 850–854.