

УДК 616.348-089.89.844

© О.О. ВОРОВСЬКИЙ

Вінницький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

## Реконструктивно-відновні операції після виконання операцій Гартмана у хворих похилого та старечого віку

O.O. VOROVSKIY

Vinnytsia's Regional Hospital for Patriotic war invalids

### THE RECONSTRUCTIVE-RESTORATION OPERATIONS AFTER THE HARTMAN'S OPERATION IN THE PATIENTS OF THE ELDERLY AND SENILE AGE

Проаналізовано результати виконання реконструктивно-відновних операцій у 12 хворих похилого та старечого віку із колостомами. Встановлено, що оптимальним строком відновлення безперервності товстої кишки є 4-6 місяців після формування колостоми. Операція Гартмана була виконана 6-ти (50,0 %) хворим; лівобічна геміколектомія – 4 (33,3 %); резекція сигмоподібної кишки з формуванням двостовбурової колостоми – 2 (16,7 %). Запропоновано спосіб для виявлення кукси прямої кишки за допомогою фіброколоноскопа. Цекостома при виконанні реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці є одним із надійних методів декомпресії товстої кишки. Післяопераційні ускладнення склали 2 (16,7 %) випадки. Летальних випадків не було.

Results of performance of reconstructive-restoration operations in 12 patients with colostomas in the patients of the elderly and senile age were analyzed. It was exposed, that optimal term for colonic opacity reconstruction in 4-6 month after colostomy construction. Hartman's operation was performed in 6 (50,0 %) patients; left-sided hemicolectomy – 4 (33,3 %); resection of sigmoid continuity with forming of two-tubes colostomas – 2 (16,7 %). There was proposed the method for discovery of the stump of rectum with the help of fibrocolonoscopy. Cecostomy is one of the effective methods of decompression of colonic continuity. Post-operational made up 2 (16,7 %) cases. There wasn't no lethality.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Ріст злоякісних захворювань, включаючи колоректальну ділянку товстої кишки, найбільше залежить від віку хворого порівняно з іншими факторами [8]. Лікування онкозахворювань даної локалізації у хворих похилого та старечого віку є проблемним для колопроктології, часто має інвалідизуючий характер, прирікає на фізичне та психічне страждання та змушує їх до самоізоляції [3].

Наявність супутньої патології та тяжкість перенесення ускладнень даної патології є одним із факторів неможливості проведення радикальної операції з формуванням анастомозу [4]. Це змушує хірургів виконувати такі оперативні втручання, як операція Гартмана, геміколектомія з колостомою до 63 %, що є, в даній ситуації, операціями вибору внаслідок простоти виконання, меншої тривалості за часом та нижчого ризику розвитку тяжких післяопераційних ускладнень [7].

Це пов'язано з тим, що дана патологія в більшості випадків супроводжується такими усклад-

неннями, як кишкова непрохідність, параколярні абсцеси та перитоніт і вимагає на першому етапі накладання стоми навіть при радикальних операціях через високий ризик неспроможності анастомозу від 41,2 до 50 %, а летальність складає 2,5 – 4,8 % [2].

Незважаючи на те, що в літературі широко висвітлюються способи виконання реконструктивно-відновних операцій (РВО) після проведення лівобічної геміколектомії та операції Гартмана із залишеною короткою куксою прямої кишки, впровадження їх в практичну колопроктологію, особливо у хворих похилого та старечого віку, залишається досить проблемним [6]. Частота виконання даних операцій не перевищує 20 % після раку ободової кишки та 2 % після раку прямої кишки через високий ризик розвитку післяопераційних ускладнень та летальності [5].

На даний час піднімається питання про виправданість застосування лапароскопічних технологій при даних операціях, тривалих за часом, у хворих похилого та старечого віку [3].

Залишається актуальним вибір способу декомпресії міжкишкового анастомозу для профілактики його неспроможності [1].

Таким чином, техніка виконання РВО у хворих похилого та старечого віку потребує подальшого вдосконалення.

**Мета роботи:** покращити результати РВО у хворих похилого та старечого віку після раніше перенесених радикальних операцій з приводу онкологічних операцій на товстій кишці.

**Матеріали і методи.** У хірургічному відділенні обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни за період з 2002 до 2009 року було виконано РВО у 12 хворих, вік яких перебував у межах від 56 до 82 років. Хворих чоловічої статі було 5 (41,7 %), жіночої – 7 (58,3 %).

Із анамнезу захворювання операція Гартмана з виведенням сигмостоми була виконана 6-ти (50,0 %) хворим; лівобічна геміколектомія з виведенням трансверзостоми – 4 (33,3 %), де в одного хворого, в якого в анамнезі мав місце рак селезінкового кута товстого кишечника, після резекції ділянки ободової кишки був сформований У-подібний анастомоз між сигмоподібною та висхідною ободовою кишкою з виведенням трансверзостоми; резекція сигмоподібної кишки з виведенням двостовбурової колостоми – 2 (16,7 %).

Всім хворим колостому виводили після виконання радикальної операції з приводу онкологічного захворювання товстої кишки. Дані оперативні втручання проводились в ургентному порядку, причиною яких стала наростаюча товстокишкова обтураційна непрохідність. У 3-х (25,0 %) випадках непрохідність ускладнилась перфорацією пухлини та каловим перитонітом, у 2-х (16,7 %) – кровотечею з пухлини.

За локалізацією ракова пухлина до виконання радикальної операції в 2-х (16,7 %) випадках містилась в ділянці селезінкового кута ободової кишки, в 2-х (16,7 %) – в низхідній ділянці, в 6 (50,0 %) – в сигмоподібній кишці, включаючи ректосигмоїдний кут товстої кишки, в 2-х (16,7 %) – верхньо- та середньоампулярний відділ прямої кишки. Відповідно до класифікації, яка була розроблена Міжнародним протираковим союзом та прийнята до використання у 1997 р. (International Union Against Cancer, TNM Classification of Malignant Tumors Fifth Edition), у 5 (41,7 %) хворих розповсюдженість процесу відповідала II стадії, у 7 (58,3 %) – III стадії [15]. Ураження регіонарних лімфатичних вузлів мало місце у 4-х (33,3 %) випадках.

У всіх хворих діагноз був встановлений в передопераційному періоді та, за їхньою згодою, пацієнти були

прооперовані в умовах хірургічного відділення обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни.

Для закриття колостоми з відновленням пасажу по товстій кишці хворих госпіталізували в строки від первинної операції від 4-х місяців до 1,5 року.

При даних оперативних втручаннях формували анастомоз “кінець в кінець” у 8 (66,7 %) випадках та “кінець в бік” у 4 (33,3 %) із застосуванням інвагінаційного дворядного ручного шва. Для знеболювання при проведенні оперативного лікування у 6-ти (50,0 %) випадках застосовували епідуральну анестезію, а у 6-ти (50,0 %) – загальний комбінований ендотрахеальний наркоз.

Всі хворі були обстежені із застосуванням загальноприйнятих методик. Особливу увагу приділяли загальному аналізу крові, ультразвуковому дослідженню органів черевної порожнини, фіброгастроскопії, фіброколоноскопії із взяттям біопсії з кукси дистального відділу товстої кишки, рентгенологічному дослідженню шлунково-кишкового тракту з проксимальною ділянкою ободової кишки з колостоною та іригоскопії дистального відділу товстої кишки, цитологічному дослідженню слизової оболонки та вмісту товстої кишки. Після проведення даних обстежень у 2-х хворих після 6-ти місяців виконання первинної радикальної операції було діагностовано метастатичні ураження печінки, що змусило відмовитись від РВО.

У всіх хворих перебіг основної патології був обтяжений поєднаною супутньою патологією: атеросклеротичний кардіосклероз – у 12 (100,0 %) випадках; постінфарктний кардіосклероз – у 2-х (16,7 %); гіпертонічна хвороба – у 6 (50,0 %); хронічні обструктивні захворювання легень – у 4 (33,3 %); ожиріння – у 4 (33,3 %); цукровий діабет – у 2 (16,7 %); захворювання опорно-рухової системи – у 10 (83,3 %); оклюзійні захворювання судин нижніх кінцівок – у 8 (66,7 %); посттромбофлебітичні ускладнення та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 2 (16,7 %); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. із кохлестибілярним та атаксичним синдромом – у 4 (33,3 %); аденома передміхурової залози – у 2 (16,7 %). В середньому на одного хворого даної вікової категорії припадає поєднання від 3 до 4 супутніх захворювань. Паралельно з обстеженням даним хворим проводилась коригуюча терапія супутньої патології.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При виконанні операції для відновлення безперервності товстої кишки перш за все враховували об'єм раніше виконаної операції, довжину та топографоанатомічну локалізацію як проксимального, так і дистального відрізків товстої кишки, наявність руб-

цевих змін у їх ділянках та післяопераційної спайкової хвороби черевної порожнини.

Основними етапами РВО були виділення та відсічення колостоми, лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, мобілізація проксимального та дистального відділів товстої кишки та прямої кишки, формування анастомозу, проведення способу профілактики його неспроможності.

У передопераційній підготовці хворого особливу увагу надавали підготовці всіх відділів товстої кишки. Очищення кишки добивались завдяки застосуванню препарату “Ендофальк” за схемою, доповнювали дану процедуру очисними клізмами увечері та вранці. Санацію проксимального відділу товстої кишки проводили за допомогою 1 % водного розчину хлоргексидину біглюконату чи 0,02 % розчину фурациліну через колостому, а дистального – через пряму кишку.

Перед проведенням даного оперативного втручання отвір колостоми щільно тампонували матеріалом, обробленим антисептиком, навколо нього двома півовальними розрізами розсікали шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз, відсікали стому, накладали “кисетний” шов, виконували пластику дефекту черевної стінки або використовували даний дефект для лапароскопічно асистованих операцій.

Наступним етапом виконували лапаротомію з висіченням старого післяопераційного рубця. При сигмостомі черевну порожнину розкривали середньо-нижнім доступом, при трансверзостомі – нижнім, яку доповнювали лапароскопічно асистованою операцією через дефект у передній черевній стінці від колостоми по низведенню проксимальної ділянки товстої кишки для формування анастомозу.

Після ручної та візуальної ревізії органів черевної порожнини, у разі відсутності рецидиву та метастазування захворювання, виконували розсічення злук, відновлення топографо-анатомічного розташування кишечника для можливості формування анастомозу.

Потім приступали до найбільш складного етапу – виділення кукси прямої кишки. Хворим надавали положення Тренделенбурга, тонкий кишечник відмежовували змоченими у теплий фізіологічний розчин рушниками.

У 6-ти (50,0 %) випадках при наявності посиленого спайкового процесу та ожиріння в ділянці малого таза було застосовано розроблений спосіб для виявлення розташування кукси прямої кишки (подана заявка на патент на корисну модель). При виконанні даної методики під час операції, на даному етапі, лікар-ендоскопіст через анус в просвіт прямої кишки проводить фіброколоноскоп. Одночасно оператор пальпаторно допомагає ендоскопу

досягнути кукси прямої кишки. Після цього хірург, орієнтуючись на джерело світла даного апарата, розсікає спайково-рубцеві тканини та очеревину таза, виділяє проксимальну ділянку прямої кишки вздовж її задньої стінки. Утворений простір щільно тампонуємо для зупинки кровотечі із сакральних артерій. При цьому зменшується тривалість даного етапу оперативного втручання, зберігається кровопостачання прямої кишки від судин малого таза, значно зменшується ризик пошкодження судин малого таза та сечовивідної системи.

У 6-ти (50,0 %) хворих, у яких була виведена сигмостома, достатньо було розсікти ділянку парієтальної для мобілізації низхідної ділянки ободової кишки. В одного хворого з У-подібним анастомозом між сигмоподібною та висхідною ободовою кишками було достатньо закрити трансверзостому при допомозі лапароскопічної методики через 4 місяці після первинної операції.

Двом хворим із трансверзостомою після її відсічення для мобілізації ділянки поперечноободової та низхідної товстої кишки пересікали печінково-ободову зв'язку та ділянку парієтальної очеревини при допомозі лапароскопічно асистованого методу. При цьому не порушували кровопостачання, оскільки не перев'язували та не пересікали судини правої ободової артерії. Після формування колоректального анастомозу, для попередження неспроможності, відкривали цекостому, яку закривали преперитонеально приблизно через місяць під спинномозковою анестезією. При формуванні інвагінаційного колоректального анастомозу надавали перевагу модифікації “кінець в бік” (терміно-латеральному), де ободову кишку з'єднували з підготовленою “площадкою” задньої стінки прямої кишки, що сприяло затриманню передчасної дефекації. У 4 (33,3 %) хворих при короткій куксі прямої кишки вдалось сформувати анастомоз за типом “кінець в кінець” (терміно-термінальному), операції за Duhamel, Soave залишились операціями “резерву”. Після закінчення формування анастомозу особливу увагу надавали старанній перитонізації анастомозу і тазового дна.

Всім хворим під час формування колоректального чи ободово-сигмоподібного анастомозів була проведена інтубація товстої кишки за анастомоз, яку усували після самостійного відходження калу.

Двом хворим із двостовбуровою колостомою виконали позаперитонеальне закриття стоми без лапаротомії з формуванням інвагінаційного двохрядного анастомозу за типом “кінець в кінець” за методикою Г.В. Бондаря з обов'язковою постановкою через анус газовивідної трубки.

У 3-х (25,0 %) хворих після первинних операцій мали місце лігатурні нориці післяопераційного руб-

ця та післяопераційні вентральні грижі. Їм були виконані симультанні операції, що включали висічення нориць із післяопераційним рубцем та грижопластику поліпропіленовим імплантатом.

У 2-х (16,7 %) хворих у ранньому післяопераційному періоді перебіг загоєння післяопераційної рани ускладнився серомою. Летальних випадків не було.

**Висновки.** 1. Вік хворих не є протипоказанням для проведення РВО з метою відновлення природного пасажу калу по товстому кишечнику.

2. У разі високого ризику проведення інтубаційного наркозу у даній віковій категорії оперативне втручання слід проводити під епідуральним знеболюванням. Виконання даних операцій можливе через 4-6 місяців після формування колостоми із обов'язковим проведенням коригуючої терапії супутньої патології.

3. Застосування при РВО лапароскопічно асистованих методик виправдане, оскільки вони по-

єднують в собі малоінвазивність і пальпаторне обстеження та асистенцію при відкритих операціях.

4. При наявності посиленого спайкового процесу та ожиріння в ділянці малого таза рекомендовано застосовувати розроблений спосіб для виявлення розташування кукси прямої кишки, оскільки при цьому зменшується тривалість оперативного втручання, зберігається кровопостачання прямої кишки від судин малого таза, значно зменшується ризик пошкодження судин малого таза та сечовивідної системи. Вибір виду та способу формування анастомозу є індивідуальним, залежить від топографо-анатомічного і функціонального стану проксимальної та дистальної ділянок товстої кишки.

5. Цекостома залишається одним із надійних методів декомпресії товстої кишки, оскільки її формування та закриття є простим методом оперативного втручання з найменшим ризиком для хворого.

6. Інвагінаційні дворядні анастомози підтверджують свою надійність, оскільки ділянка відторгнення міститься в ділянці шва анастомозу.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуллажанов Б.Р., Нишалов Ф.Н., Батыров А.К., Рахманов Б.Ж. Профилактика осложнений межкишечных инвагинационных анастомозов у пожилых людей // Клиническая геронтология. – 2005. – № 3. – С. 12–14.
2. Бондаренко Н.В., Псарас Г.Г., Семикоз Н.Г., Золотухин С.Э., Верченко Я.В. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки // Клінічна хірургія. – 2007. – № 10. – С. 44–47.
3. Воробьев Г.И., Ачкасов С.И., Степанова Э.А. Лапароскопически-ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп // Хирургия. – 2007. – № 9. – С. 72–76.
4. Гришилин В.С., Харатегзов Д.А., Старцев Ю.М. Преимущества использования механических аппаратных анастомозов

в хирургии прямой кишки // Актуальные проблемы колопроктологии. – М., 2002. – 258 с.

5. Гюльмамедов П.Ф. Выполнение реконструктивно-восстановительных операций у больных после наложения илеоколостомы // Клінічна хірургія. – 2001. – № 5. – С. 51–55.
6. Павленко С.Г., Яргуни С.А., Физулин М.М. Реконструктивная хирургия толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста // Клінічна хірургія. – 2005. – № 4-5. – С. 28.
7. Пахомова Г.В., Подловченко Т.Г. Субтотальная колонэктомия. 20-летний опыт // Хирургия. – 2003. – № 12. – С. 63–65.
8. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М., 2001. – 295 с.

Отримано 08.09.10