

УДК 616.344-007.64-002-06-089.86

**КОЛОСТОМІЯ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОГО ДИВЕРТИКУЛІТУ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

**Б.О. Матвійчук**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**В.Т. Бочар**, асистент кафедри хірургії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

**Резюме.** У статті проаналізовано результати хірургічного лікування 32 пацієнтів із ускладненим дивертикулітом ободової кишки. У 62,5 % пацієнтів операцію закінчено формуванням того чи іншого типу колостоми. Одноканальну кінцеву стому сформовано у 65% хворих, післяопераційна летальність становила 38,4%. Двоканальну проксимальну колостому сформовано у 30%, післяопераційна летальність – 50%, і пристінкову колостому накладено у 1 пацієнта, післяопераційна летальність – 100%. Оптимальним при ускладненому перфорацією дивертикуліті є резекція патологічно зміненого сегмента товстої кишки і формування кінцевої колостоми.

**Ключові слова:** ускладнений дивертикуліт ободової кишки, одноканальна колостома, двоканальна колостома, параколостомні ускладнення.

**Вступ.** Дивертикульоз ободової кишки є поширеним захворюванням, яке виявляють у третини осіб, старших за 80 років [8, 10, 12]. В 10-20% хворих у дивертикулах розвиваються виражені запальні зміни, які ведуть до виникнення важких, небезпечних для життя ускладнень, що потребують невідкладного хірургічного лікування [5, 9, 10]. До таких ускладнень належать: перфорація дивертикула із розвитком гнійного або калового перитоніту, профузна кишкова кровотеча та гостра непрохідність кишок внаслідок формування перидивертикулярного інфільтрату [9]. Часто низка загальних (важкий стан пацієнта, похилий і старечий вік, наявність багатьох супровідних захворювань) та місцевих (відсутність об'єктивної інформації про розповсюдження патологічного процесу, непідготовленість товстої кишки до операції, небезпека неспроможності швів анастомозу внаслідок формування його на роздутій, ураженій дивертикульозом кишці в умовах гнійного або калового перитоніту) факторів змушують хірурга до виконання багатоетапних методів хірургічного лікування ускладненого

дивертикуліту ободової кишки (УДОК). Саме у таких пацієнтів першим етапом хірургічного лікування є формування різних типів колостом [2, 3, 4]. Вибір відповідного типу стоми, дотримання техніки її виконання має важливе значення у хірургічному лікуванні таких пацієнтів та у подальшій їх медико-соціалній реабілітації. Тому ця проблема залишається актуальною у невідкладній хірургії товстої кишки [4, 9].

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 179 карт стаціонарних хворих із дивертикулітом ободової кишки, пролікованих в клініці у 2000-2008 р.р. Предметом дослідження були 32 (17,3%) пацієнти, яким виконано невідкладні операційні втручання з приводу УДОК. Жінок було 19, чоловіків – 13. Вік хворих – від 41 до 85 років, середній –  $67,5 \pm 3,1$ . Більшу частину оперованих склали особи похилого та старечого віку (73,4%). Значна кількість пацієнтів (80,6%) мала супровідну патологію: ішемічну хворобу серця (77,4%), есенціальну артеріальну гіпертензію (17,4%), захворювання дихальної системи (19,3%), аліментарне

ожиріння (6,6%), цукровий діабет (3%), алкогольний цироз печінки (3%). Померло 12 хворих, післяопераційна летальність склала 37,5%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У переважної більшості пацієнтів (87%) клінічний діагноз був встановлений інтраопераційно, що засвідчує складність діагностики УДОК та відсутність характерної клінічної симптоматики цього захворювання [1, 6].

Переважали пацієнти із лівобічною локалізацією дивертикуліту (84,3%). Розміщення патологічного вогнища у сигмоподібній кишці стверджено у 19 хворих, низхідній ободовій і сигмоподібній – 5, низхідній ободовій – 3. Значно рідше локалізація його була у поперечній ободовій (9,4%) та правій половині ободової кишки (печінковому вигині) – 6,2%.

В 75% пацієнтів дивертикуліт ободової кишки ускладнився перфорацією дивертикулів із розвитком місцевого (3) або дифузного (21) перитоніту (гнійно-фібринозного – 17, калового – 4). Профузна кишкова кровотеча розвинулася в 3 (9,3%) хворих, гостра непрохідність кишок внаслідок втягування петель тонкої кишки у запальний інфільтрат навколо сигмоподібної кишки – в одного пацієнта (3%).

Згідно класифікації Hincheу [10], I стадію (обмежений параколярний абсцес) стверджено у 4 пацієнтів, II стадію (віддалений тазовий абсцес) – у 1, III стадію (дифузний гнійно-фібринозний перитоніт внаслідок розриву дивертикула) – у 14 і IV стадію (дифузний каловий перитоніт) – у 4 хворих.

У 62,5 % пацієнтів операцію закінчено колостомією. Високий відсоток таких операцій при УДОК співзвучний із повідомленнями низки авторів [3, 5, 7] і пов'язаний із тим, що більшість таких хворих мали дифузний гнійний або каловий перитоніт (III-IV стадія за Hincheу).

При формуванні колостоми застосовували 3 її типи – термінальну одноканальну, петлеву двоканальну і пристінкову.

Термінальну одноканальну стому виконували при резекційних операціях, її сформовано у 13 (65%) пацієнтів (сигмостому

– у 11, трансверзостому – у 1, десцендостому – у 1). У 6 хворих виконано резекцію зміненого сегмента сигмоподібної чи низхідної ободової кишки (операція типу Гартмана), яку ще у 6 доповнено розкриттям та дрениванням параколярної флегмони (5) чи параколярного абсцесу (1). У одного пацієнта виконано лівобічну геміколектомію. У цій групі померло 5 хворих, причиною смерті у 4 було прогресування поліорганної недостатності на фоні перитоніту, в одного – гостра серцево-судинна недостатність. Післяопераційна летальність склала 38,4%.

Двоканальну петлеву стому сформовано у 6 (30%) пацієнтів. Цей тип операції використовували переважно з метою розвантаження проксимальних відділів товстої кишки після зашивання дивертикула чи з метою декомпресії кишки при гострій її непрохідності. Отож, проксимальну трансверзостому сформовано у 2 хворих із профузною товстокишковою кровотечею після прошивання кривавлячого дивертикула, проксимальну сигмостому – у 4 пацієнтів (у 2 – після зашивання дивертикула, у 1 – після розкривання та дренивання параколярної флегмони, та одного – проведено декомпресію кишок при їх гострій непрохідності). У цій групі померло 3 хворих, післяопераційна летальність – 50%.

Пристінкову сигмостому, сформовану через серединну операційну рану, виконано в одного пацієнта із дифузним каловим перитонітом, використавши при цьому перфораційний отвір дивертикула. Хворий помер.

Серед пацієнтів, оперованих без формування колостоми (37,5%), проведено наступні операції: зашивання перфорації дивертикула, санація та дренивання черевної порожнини – 3, правобічну геміколектомію, ілеотрансверзостомію, розкриття та дренивання параколярної флегмони – 2, роз'єднання інфільтрату, санацію та дренивання черевної порожнини – 2, діагностичну лапаротомію, санацію та дренивання черевної порожнини – 3. Ще у 3 пацієнтів санацію та дренивання черевної порожнини виконано під

час ургентної відеолапароскопії. Померло 3 хворих, причиною їх смерті був перитоніт.

У післяопераційному періоді розвинулися 6 (18,7%) післяопераційних ускладнень, в тому числі 3 – пов'язаних із стоною. В однієї пацієнтки із перфораційним дивертикулітом сигмоподібної кишки після операції типу Гартмана на 2 добу наступила перфорація гострої виразки 12-палої кишки, після релапаротомії хвора померла. У іншого пацієнта розвинувся гострий тромбофлебіт вен нижньої кінцівки, ще у 1 – проведено вимушену релапаротомію через прогресування перитоніту; хворий помер.

Всі параколомні ускладнення були гнійно-септичного характеру. В одному випадку наступило прорізання швів навколо двоканальної трансверзостоми з розвитком параколомної флегмони. В іншому – після операції типу Гартмана наступив некроз і ретракція термінальної сигмостоми із розвитком дифузного калового перитоніту – виконано релапаротомію, реколомію через наявну апертуру в черевній стінці. Ще в одного хворого, якому сформовано пристінкову сигмостому, використавши перфораційний отвір у кишці, розвинувся параколомний абсцес. Усі хворі померли.

Отже, за даними літератури та за нашими спостереженнями, коломія при перфораційному дивертикуліті надалі

залишається дуже частою операцією і супроводжується доволі високою післяопераційною летальністю [9, 11]. При виборі типу коломії перевагу слід віддавати термінальній одноканальній коломії (резекція кишки по типу Гартмана), адже під час таких операцій усувають джерело постійного інфікування черевної порожнини, тоді як, використання проксимальної петлевої двоканальної чи пристінкової коломії на непідготовленій кишці, не дає гарантії повного виключення останньої із пасажу і призводить до подальшого прогресування гнійного процесу внаслідок потрапляння у нього калу [3, 4, 5].

### Висновки

1. Коломія залишається одним із основних операційних втручань при лікуванні ускладненого, зокрема, перфораційного дивертикуліту ободової кишки (III-IV стадія за Hinchey).

2. Вибір оптимального методу коломії залежить від загального стану пацієнта, наявності супутніх захворювань, перитоніту, його розповсюдження, характеру ексудату та стану товстої кишки.

3. При формуванні коломії перевагу слід надавати термінальній одноканальній стомі після резекції патологічно зміненого сегмента товстої кишки, ніж формуванню проксимальної розвантажувальної коломії.

### Література

1. Воробьев Г.И., Панцырев Ю.М., Жученко А.П. и др. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – №4. – С.44-49.

2. Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто О.П. та ін. Особливості хірургічного лікування ускладненого дивертикульозу ободової кишки у хворих похилого віку // Шпитальна хірургія. – 2007. – №3. – С. 16-18.

3. Книш Я.М. Гострий дивертикуліт товстої кишки: клініка, діагностика, лікування: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / Я.М. Книш. - Львів, 2004. - 22 с.

4. Книш Я.М. Невідкладні операції з приводу гострого дивертикуліта товстої кишки // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 1. – С. 48–52.

5. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Солтанов Б.Ц. Проксимальная коломия в многоэтапном лечении осложненного дивертикулеза ободочной кишки // Хирургия. – 1998. – №1. – С. 34-36.

6. Тимербулатов В.М., Мехдиев Д.И., Меньшиков А.М. и др. Лечебная тактика при дивертикулярной болезни толстой кишки // Хирургия. – 2000. – №9. – С. 48-51.

7. Casal Nъсез JE, Ruano Poblador A, Garcna Martnnez MT et all Morbidity and mortality after a Hartmann operation due to peritonitis originating from

a sigmoid diverticulum disease (Hinchey grade III-IV) *Cir Esp.* - 2008 . - Vol.84(4). - P.210-214.

8. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention // *Aliment Pharmacol Ther.* - 2003. - Vol.18 (suppl 3). - P.71-74.

9. Daniel A. Anaya, David R. Flum Risk of Emergency Colectomy and Colostomy In Patients With Diverticular Disease // *ArchSurg.* - 2005. - Vol.140. - P.681-685.

10. Danny O. Jacobs Diverticulitis // *N Engl J Med.* - 2007. - Vol.357. - P.2057-2066.

11. Salem L, Anaya DA, Roberts KE et al Hartmann's colectomy and reversal in diverticulitis: a population-level assessment // *Dis Colon Rectum.* - 2005. - Vol.48(5). - P.988-95.

12. Simon E J Janes, Allan Meagher, Frank A Frizelle Management of diverticulitis // *BMJ.* - 2006. - Vol.332. - P.271-275.

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.*