

УДК 616.351-006.6-09.844

Я. П. Фелештинський¹, В. Ю. Пироговський^{1, 2}¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ² КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»

ВІДНОВЛЕННЯ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕТЛЬОВИХ КОЛОСТОМАХ, ВИВЕДЕНИХ З ПРИВОДУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Мета роботи — поліпшити результати відновних операцій при петльових колостомах різної локалізації шляхом зменшення частоти післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 152 хворих віком від 19 до 79 років з петльовими колостомами. Чоловіків було 80 (52,6%), жінок — 72 (47,4%). Тривалість періоду від формування стоми до проведення відновної операції — не менше ніж 3 міс. Залежно від способу закриття колостоми пацієнтів розподілили на дві групи. У першій групі (n = 73) у період з 1999 до 2006 р. закриття колостом здійснювали класичним позаочеревинним способом, у другій групі (n = 79) у період з 2006 до 2013 р. — за оригінальною методикою (після мобілізації ділянки кишки зі стоною зонд-провідник, який вводять до операції за допомогою колоноскопа крізь пряму кишку в дистальну петлю ободової кишки, використовують для проведення інтубаційного зонда-дренажу в проксимальну від стоми петлю на відстань 20 см. Після цього стоми закривають безперервним дворядним швом. Інтубаційний зонд-дренаж видаляють на 4—5-ту добу після відновлення пасажу в товстому кишечнику).

Результати та обговорення. Нагноєння післяопераційної рани зафіксовано у 5 (6,8%) пацієнтів першої групи та у 3 (3,8%) — другої, недостатність швів анастомозу — відповідно у 6 (8,2%) та 1 (1,2%) пацієнта, що свідчить про переваги запропонованого методу.

Висновки. Використання запропонованого способу закриття петльових колостом дає змогу зменшити частоту неспроможності анастомозу на 6% порівняно з традиційним способом.

Ключові слова: колостома, відновна операція, закриття колостом, колоноскопія, злоякісні пухлини ободової та прямої кишок.

У зв'язку з розширенням показань до органозберігальних операцій при раку нижньоампулярного відділу прямої кишки (низька передня резекція прямої кишки, інтрасфінктерна резекція з формуванням колоанального анастомозу) збільшилася кількість протективних петльових ілеостом та колостом. Частота виведення петльових колостом за наявності злоякісних пухлин ободової та прямої кишок становить 33,4% [2]. Здебільшого протективні петльові колостоми потребують проведення повторної операції з відновлення безперервності кишечника («закриття» стоми). Останніми роками в хірургічній практиці використовують два методи закриття петльових колостом: внутрішньоочеревинний та позаочеревинний.

Внутрішньоочеревинний спосіб закриття колостом передбачає лапаротомію, ревізію черевної

порожнини, вісцероліз, мобілізацію ділянки кишечника зі стоною, часткову або повну її резекцію та накладання анастомозу [1, 2]. Цей спосіб потребує багато часу, є травматичним, часто супроводжується післяопераційними ускладненнями. Основні ускладнення — нагноєння післяопераційної рани (51,2%) та неспроможність швів анастомозу (25,0%) [1—3, 5].

Позаочеревинний метод на відміну від внутрішньоочеревинного передбачає ушивання колостомічного отвору після мобілізації ділянки кишки зі стоною в товщі черевної стінки без розкриття черевної порожнини. Переваги методу — позаочеревинне розташування місця ушивання, менша травматичність, тому він легше переноситься пацієнтами. Однак при використанні цього методу також часто виникають місцеві ускладнення та

Фелештинський Ярослав Петрович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
E-mail: feleshchynsky@yahoo.com

© Я. П. Фелештинський, В. Ю. Пироговський, 2015

недостатність анастомозу, що пов'язано з неможливістю проведення інтубації кишечника. Так, за даними різних авторів [1, 2, 6], частота нагноєння післяопераційної рани становить 35—50 %, недостатності швів анастомозу та формування кишкової нориці — 20—23 %. Ускладнення призводять до летального наслідку в 1—4 % випадків.

Таким чином, результати відновних операцій після закриття петльових (двостовбурових, пристінкових) стом будь-яким із методів незадовільні. Одна з основних причин виникнення неспроможності анастомозу при використанні позаочеревинного методу закриття петльових колостом — порушення кровопостачання на ділянці зшитих країв кишки внаслідок підвищення внутрішньокишкового тиску. Це особливо актуально для пацієнтів, які отримують хіміотерапію та мають знижені репаративні властивості організму. Наведене вище зумовлює необхідність подальших пошуків для поліпшення результатів відновних операцій при петльових колостомах.

Мета роботи — поліпшити результати відновних операцій при петльових колостомах різної локалізації шляхом зменшення частоти післяопераційних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз лікування 152 хворих з петльовими колостомами, яким у відділенні проктології Київської обласної клінічної лікарні у період з 1999 до 2013 р. виконано операції з відновлення безперервності кишечника. Вік пацієнтів — від 19 до 79 років, середній вік — $(52,0 \pm 1,7)$ року. Чоловіків було 80 (52,63 %), жінок — 72 (47,37 %). Згідно з даними анамнезу в 116 (80,2 %) хворих мала місце протективна трансверзостомія, виконана при низьких передніх резекціях прямої кишки з приводу раку прямої кишки, у 21 (13,8 %) — сигмостома, виконана з приводу травм або перфорацій прямої кишки, у 6 (4 %) — стома за Мікулічем, виконана з приводу товстокишкової непрохідності за неможливості накладання первинного анастомозу в лівих відділах товстої кишки, у 3 (2 %) — стома за Лахеем, виконана з приводу товстокишкової непрохідності за неможливості накладання первинного анастомозу в правих відділах товстої кишки.

Залежно від способу закриття колостом хворих розділили на дві групи. До першої групи залучено 73 (48 %) хворих (чоловіків — 40 (54,7 %), жінок — 33 (45,3 %)) віком від 25 до 78 років (середній вік — $(53,4 \pm 1,6)$ року), в яких операцію закриття колостоми здійснювали традиційним позаочеревинним способом у період з 1999 до 2006 р. До другої групи залучено 79 (52 %) хворих (чоловіків — 40 (50,6 %), жінок — 39 (49,4 %)) віком від 19 до 79 років (середній вік — $(50,5 \pm 1,9)$ року), в яких операцію закриття колостоми виконували за розробленим нами способом у період з 2006 до 2013 р.

Дані щодо виду колостом у групах наведено в таблиці.

Закриття колостоми виконували не раніше ніж через 3 міс після формування стоми. Такий термін закриття колостом оптимальний, оскільки за цей період відновлюється мікроциркуляція в стінці кишки, зникають запальні зміни та набряк у стомованій кишці, зменшуються кількість мікроорганізмів у навколишніх тканинах і запальні процеси в черевній порожнині [1, 2].

Традиційний позаочеревинний спосіб передбачав виділення стоми з тканин передньої черевної стінки до очеревини без виконання серединної лапаротомії, мобілізацію стінок кишки, ушивання стінки кишки та зашивання рани передньої черевної стінки.

Сутність розробленого нами способу полягає в тому, що за день до операції хворим трансанально виконують колоноскопію, яка дає змогу оцінити стан слизової оболонки товстої кишки. За наявності запальних процесів операцію відкладають на 1 міс та призначають протизапальну терапію. Для інтубації кишки вище за колостому використовують такий прийом: колоноскоп виводять у дистальний відділ колостоми, ендоскопічним затискачем захоплюють кінчик поліхлорвінілової трубки-провідника діаметром 0,4—0,5 см, довжиною 50 см. Потім її разом з колоноскопом протягують у зворотному напрямку. Кінці трубки (один виходить зі стоми, інший — трансанальний) зав'язують між собою.

Під час операції ділянку кишки з колостомою виділяють з тканин передньої черевної стінки до очеревини. Перед закриттям колостоми до кінця поліхлорвінілової трубки-провідника, який виходить зі стоми, фіксують інтубаційний дренаж. При ретроградному протягуванні трубки-провідника з боку прямої кишки проводять інтубацію товстої кишки, при цьому проксимальний кінець дренажу проводять за ділянку майбутнього анастомозу на відстань 20 см у проксимальному напрямку. Сам анастомоз накладають за типом «кінець у кінець» дворядним безперервним швом. Додатково на відстань 15 см за анальний канал проводять другий інтубаційний дренаж. Таким чином, при мінімальному обсязі операції досягають декомпресії тов-

Т а б л и ц я
Види колостом

Вид стоми	Перша група (n = 73)	Друга група (n = 73)
Трансверзостом	57 (78,1 %)	65 (82,3 %)
Сигмостома	11 (15,1 %)	10 (12,7 %)
Стома за Мікулічем	3 (4,1 %)	3 (3,8 %)
Стома за Лахеем	2 (2,7 %)	1 (1,2 %)

стої кишки для захисту анастомозу. Після ушивання апоневрозу на кути шкірно-підшкірної рани накладають шви за Донаті, залишаючи центральну частину рани відкритою.

У післяопераційний період пацієнти отримували антибактеріальну терапію (фторхінолони (гатифлоксацин), метронідазол). В інтубаційний дренаж двічі на добу вводили 0,5 % розчин метронідазолу в дозі 50 мл. Рану перев'язували тричі на добу, використовуючи «Діоксизоль», до остаточного загоєння. Інтубаційний дренаж видаляли на 3-тю—5-ту добу після відновлення пасажу по товстому кишечнику.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Результати закриття петльових колостом та відновлення безперервності кишечника у хворих першої групи оцінювали ретроспективно та порівнювали з результатами, отриманими в другій групі. Вивчали частоту неспроможності анастомозу та наявність запалення країв післяопераційної рани.

У першій групі нагноєння післяопераційної рани відзначено у 5 (6,8 %) хворих, у другій — у 3 (3,8 %). В обох групах лікування інфікованої післяопераційної рани проводили консервативними заходами: знімали шви, розводили краї, промивали рану 0,02 % розчином декаметоксину. Антибактеріальну терапію призначали з урахуванням чутливості мікроорганізмів.

У першій групі недостатність швів анастомозу з формуванням нориці спостерігали у 6 (8,2 %) випадках, з них у 3 (4,1 %) вона виникла на 4-ту

добу, ще у 3 (4,1 %) — на 5-ту. У цих хворих знято шви з рани, останню промито розчинами антисептиків (декаметоксин) та накладено мазеву (мірамістин) пов'язку. Недостатність швів ліквідовано у 5 (6,9 %) випадках. В 1 (1,3 %) випадку сформувалася кишкова нориця, яку ліквідовано хірургічним шляхом через 3 міс. У другій групі недостатність швів анастомозу виникла в 1 (1,2 %) випадку на 5-ту добу у хворого із субкомпенсованим цукровим діабетом 2 типу та ожирінням II стадії. Недостатність швів було ліквідовано консервативними методами.

Таким чином, використання запропонованої методики порівняно з традиційним способом дало змогу знизити частоту нагноєння післяопераційної рани на 3 %, а неспроможність швів анастомозу — на 6 %. Зниження частоти неспроможності анастомозу у хворих другої групи досягнуто завдяки декомпресії ділянки кишечника з анастомозом, що дає змогу знизити внутрішньокішковий тиск та уникнути порушення кровопостачання ділянки анастомозу.

ВИСНОВКИ

Закриття колостом традиційним позаочеревинним способом супроводжується високою частотою виникнення неспроможності швів анастомозу, що потребує вдосконалення цієї методики. Використання запропонованого способу позаочеревинного закриття петльових колостом, який передбачає декомпресію кишечника в ділянці анастомозу, дає змогу знизити частоту неспроможності анастомозу на 6 % порівняно з традиційним способом.

Література

1. Агавелян А. М., Шахназарян К. Л. Проблема хирургической реанастомозации больных с одностольной колостомой // Вестн. хирургии Армении. — 2001. — № 2 (27). — С. 43—46.
2. Агавелян А. М., Шахназарян К. Л. Выбор сроков выполнения реконструктивно-восстановительных операций у больных с одностольной колостомой // Тез. докл. первого съезда колопроктологов России с международным участием. — Самара, 2003. — С. 338—339.
3. Atallah S., Albert M., Larach S. Technique for constructing an incisionless laparoscopic stoma // Tech. Coloproctol. — 2011. — Vol. 15 (3). — P. 345—347.
4. Bafford A. C., Irani J.-L. Management and complications of stomas // Surg. Clin. North Am. — 2013. — Vol. 93 (1). — P. 145—166.
5. Beirens K., Penninckx F. Defunctioning stoma and anastomotic leak rate after total flaresorectal excision with coloanal anastomosis in the context of procare // Acta Chir. Belg. — 2012. — Vol. 112 (1). — P. 10—14.
6. Woodward M. N., Foley P., Cusick E. L. Colostomy for treatment of functional constipation in children: a preliminary report // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2004. — Vol. 38 (1). — P. 75—78.

Я. П. Фелештинський¹, В. Ю. Пироговський^{1,2}

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МЗ України, Київ

² КУ КОС «Київська обласна клінічна лікарня»

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПЕТЛЕВЫХ КОЛОСТОМАХ, ВЫВЕДЕННЫХ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Цель работы — улучшить результаты восстановительных операций при петлевых колостомах разной локализации путем уменьшения частоты послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 152 больных в возрасте от 19 до 79 лет с петлевыми колостомами. Мужчин было 80 (52,6%), женщин — 72 (47,4%). Длительность периода от формирования стомы до проведения восстановительной операции — не менее 3 мес. В зависимости от способа закрытия колостомы пациентов распределили на две группы. В 1-й группе (n = 73) за период с 1999 по 2006 г. закрытие колостомы осуществляли классическим внебрюшинным способом, во 2-й группе (n = 79) за период с 2006 по 2013 г. — по оригинальной методике (после мобилизации участка кишки со стомой зонд-проводник, который вводят до операции с помощью колоноскопа через прямую кишку в дистальную петлю ободочной кишки, используют для проведения интубационного дренажа в проксимальную от стомы петлю на расстояние 20 см. После этого стому закрывают непрерывным двухрядным швом. Интубационный зонд-дренаж удаляют на 4—5-е сутки после восстановления пассажа по толстому кишечнику).

Результаты и обсуждение. Нагноение послеоперационной раны зафиксировано у 5 (6,8%) пациентов первой группы и у 3 (3,8%) — второй, недостаточность швов анастомоза — соответственно у 6 (8,2%) и 1 (1,2%) пациента, что свидетельствует о преимуществах предложенного метода.

Выводы. Использование предложенного способа закрытия петлевых колостом позволяет снизить частоту несостоятельности анастомоза на 6% по сравнению с традиционным способом.

Ключевые слова: колостома, восстановительная операция, закрытие колостомы, колоноскопия, злокачественные опухоли ободочной и прямой кишок.

J. P. Feleshtinsky¹, V. J. Pyrogovsky^{1,2}

¹ P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

² Kyiv Regional Clinical Hospital

BOWEL CONTINUITY RESTORATION WITH LOOP COLOSTOMY IN RECTAL CANCER SURGERY

The aim — to improve the recovery surgery results of the differently localized loop colostomy by the postoperative complications frequency reducing.

Materials and methods. The surgical treatment results in 152 patients (80 (52.6%) male, 72 (47.4%) female) aged 19 to 79 years with loop colostomy were analyzed. Term from stoma formation to closure was no less than 3 months. Depending on the surgery tactic patients were divided into 2 groups. In G1 (73 patients) from 1999 to 2006 the colostomy closure was performed with classic extra-peritoneal approach, in G2 (79 patients) from 2006 to 2013 the colostomy closure was performed with suggested method (after colon with stoma mobilization the conductor probe, that was endoscopic introduced prior to the surgery through the anal canal into the distal colonic loop, was used to drag the intubation drainage to the proximal stoma loop on 20 cm. Then stoma closure is performed by with continuous dual in-line suture. Intubation drainage is removed on 4—5th day after colonic passage recovery).

Results and discussion. Wound suppuration was observed in 5 (6.8%) patients of G1 and in 3 (3.8%) patients of G2, anastomotic leakage was observed in 6 (8.2%) patients and in 1 (1.2%) patients respectively that shows obvious suggested method benefits.

Conclusions. Loop colostomy closure by proposed method reduces the anastomotic leakage incidence by 6% compared with the traditional method.

Key words: colostomy, reconstructive surgery, colostomy closure, colonoscopy, malignant tumors of colon and rectum.