

Реконструктивні операції з приводу превентивних колостом у хворих з У-подібним анастомозом

V. M. KOSOVAN

ME "Odesa Regional Hospital"

RECONSTRUCTIVE SURGERY ON PREVENTIVE COLOSTOMY IN PATIENTS WITH Y-SHAPED ANASTOMOSIS

Проведено аналіз та порівняння результатів реконструктивно-відновних операцій у 35 (52,24 %) хворих з У-подібним анастомозом і превентивною колостоюю і в 32 (47,76 %) хворих з обструктивною резекцією лівої половини товстої кишки. Післяопераційні ускладнення при ліквідації одностовбурових колостом залишаються досить високими і виникли у 13 (39,57 %) хворих. Внутрішньоочеревинні ускладнення виникли у 4 (12,5 %) пацієнтів і мали місце тільки у хворих контрольної групи. Ці ускладнення були представлені неспроможністю швів анастомозу в 1 (3,125 %) хворого, післяопераційної кишкової непрохідності в 1 (3,125 %) пацієнта, внутрішньоочеревинною кровотечею – в 1 (3,125 %) і кровотечею з лінії анастомозу – в 1 (3,125 %) хворого. Оперативні втручання з ліквідації превентивної колостоми у хворих з У-подібним анастомозом технічно менш складні при проведенні відновного етапу лікування. Проведення відновного етапу у хворих з У-подібним анастомозом дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень із 28,13 % при проведенні обструктивних резекцій до 11,44 % ($\chi^2=11,0$, $p<0,05$). Позаочеревинні втручання при ліквідації превентивної колостоми дозволяють уникнути цілого ряду життєво небезпечних внутрішньоочеревинних ускладнень та уникнути релапаротомії, спрямованої на усунення цих ускладнень.

The analysis and compared the results of reconstructive operations in 35 (52,24 %) patients with a Y-shaped anastomosis and preventive colostomy and 32 (47,76 %) patients with obstructive resection of the left half of the colon. Postoperative complications in the elimination of single-barreled colostomy remain relatively high and appeared in 13 (39,57 %) patients. Intraoperative complications occurred in 4 (12,5 %) patients and occurred only in patients in the control group. These complications were represented by failure of the anastomosis sutures in 1 (3,125 %) patients, postoperative intestinal obstruction in 1 (3,125 %) patients, bleeding in the intra-abdominal 1 (3,125 %) and bleeding from the anastomotic line in 1 (3,125 %) patients. Surgeries on the Elimination of preventive colostomy in patients with Y-shaped anastomosis technically less demanding during the recovery phase of treatment. Carrying out rehabilitation of patients with stage Y-shaped anastomosis to reduce the number of postoperative complications from 28,13 % during obstructive resections up to 11,44 % of cases ($\chi^2=11,0$, $p<0,05$). Extraperitoneal interference with the elimination of preventive colostomy avoids a number of life-threatening intra-abdominal complications and avoid relaparotomy to address these complications.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Хірургічне лікування раку лівої половини товстої кишки (ЛПТК), ускладненого гострою обтураційною кишковою непрохідністю, включає в себе ряд етапів.

Найбільш часто на першому етапі виконуються обструктивні резекції товстої кишки (ТК) [1, 4, 7, 8]. Незважаючи на цілий ряд переваг таких втручань (первинне видалення пухлини, зниження ракової інтоксикації та ін.), наявність колостоми значно погіршує якість життя хворого, знижує можливості соціальної та трудової реабілітації, потребує подальшої складної реконструктивно-відновної операції (РВО). Проведення РВО – один із головних етапів у хірургічній та соціальній реабілітації хво-

рих із тимчасовими колостомами. При виконанні відновного етапу операції виникають тяжкі післяопераційні ускладнення у вигляді неспроможності швів анастомозу в 6,8–12,6 % випадків, гнійно-септичних ускладнень післяопераційної рани в 22–26 % випадків, післяопераційна летальність коливається в межах 3–19,5 % [2, 5, 7].

За даними О. В. Шапринського та співавт. [5], проведення відновно-реконструктивного етапу в 71,5 % хворих ускладнювалось технічними труднощами, пов'язаними з анатомо-топографічними змінами органів на тлі спайкового процесу різного ступеня вираження, зниженням репаративних процесів у зоні формування анастомозу, пов'язаних із розвитком атрофічних змін слизового шару відключеної кишки.

Ряд авторів для запобігання проведенню складного відновно-реконструктивного етапу пропонували виконувати одномоментну лівобічну геміколектомію чи резекцію сигмоподібної кишки (СК) з первинним відновленням кишкової непрхідності та формуванням У-подібного (У-, Т-подібних) анастомозу з превентивною плоскою колостомою [3, 6].

РВО з ліквідації превентивної стоми в таких випадках є технічно більш простішою, дозволяє виконати її позаочеревинно та уникнути тяжких післяопераційних ускладнень, властивих РВО після обструктивних резекцій ТК.

Таким чином, актуальність проблеми потребує розробки нових та удосконалення існуючих методів і підходів при проведенні РВО на ТК, створення сприятливих умов для проведення відновних операцій з метою зменшення кількості післяопераційних ускладнень та летальності.

Мета роботи: порівняти результати РВО на ЛПТК після стандартних обструктивних резекцій та при резекції кишки з виконанням У-подібного анастомозу з превентивною одноствовбуровою колостомою.

Матеріали і методи. У дослідження включено 67 хворих віком від 34 до 80 років із раком ЛПТК, яким на першому етапі провели радикальне видалення пухлини ТК (обструктивна резекція або У-подібний анастомоз із колостомою), а на другому – відновне лікування з ліквідацією колостоми.

Обов'язковою умовою на другому етапі хірургічного втручання була відсутність віддалених метастазів.

Більшість хворих належала до групи похилого та старечого віку (у середньому (72,2±4,7) року) із наявністю як однієї, так і кількох видів компенсованої та субкомпенсованої соматичної патології, яка в багатьох випадках визначала вибір хірургічної тактики.

Хворих з колостомами залежно від типу радикальної одномоментної операції на ЛПТК поділено на дві групи.

У групу дослідження (І група) включено 35 (52,24 %) пацієнтів, яким на першому етапі було виконано лівобічну геміколектомію (13 (37,14 %) випадків) та резекцію СК (22 (62,86 %) випадки) з формуванням У-подібного анастомозу та превентивної одноствовбурової колостоми.

До ІІ групи (контрольна) включено 32 (47,76 %) хворих, яким було виконано обструктивну лівобічну геміколектомію в 15 (46,87%) випадках та в 17 (53,13 %) – обструктивну резекцію СК (типу Гартмана).

Оперативне втручання з ліквідації превентивної одноствовбурової стоми проводили з місцевого парастомального доступу. Після овального висічення шкіри навколо стоми та її зашивання виділяли петлю кишки зі стомою. Виділену петлю на 1,5–2 см нижче стоми прошивали механічним зшиваючим апаратом фірми “Ethikon” та “Auto Suture” та пере-

сікали між апаратом та кишковим замикачем. Лінію механічних швів занурювали в кишку окремими вузловими швами. У зв'язку з тим, що при формуванні У-подібного анастомозу виконували підшивання лінії анастомозу до передньої черевної стінки, лінія швів зашитої колостоми міститься позаочеревинно. Пошарово зашивали передню черевну стінку з залишенням гумового дренажу в ділянці накладених швів. РВО з ліквідації одноствовбурових колостом після обструктивних лівобічних геміколектомій в 15 (46,17 %) випадках проведено із середньої лапаротомії з внутрішньоочеревинним формуванням трансверзосигмоанастомозу “кінець в кінець”, а в 17 (53,13 %) випадках після обструктивних резекцій СК – з місцевого парастомального доступу з формуванням внутрішньоочеревинного десцендосигмо- та десцендоректоанастомозу “кінець в кінець”, “кінець в бік” та “бік у бік”.

Визначення вірогідності розходжень між порівнюваними групами або підгрупами за частотами окремих клінічних показників або виходів проводили за допомогою критерію χ^2 з урахуванням поправки Йетса для парних порівнянь та поправки Бонфероні для множинних порівнянь із контрольною групою. Статистичну обробку проведено за допомогою програмного комплексу Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Результати досліджень та їх обговорення. Комплексний підхід щодо обстеження та передопераційної підготовки хворих до етапу реконструктивно-відновного лікування дозволив уникнути післяопераційної летальності в групах дослідження. Післяопераційні ускладнення при ліквідації одноствовбурових стом залишаються достатньо високими та виникли в 13 (39,57 %) хворих і наведені в таблиці 1.

Всі ці ускладнення умовно поділені на загальні – в 4 (11,97 %) хворих, внутрішньоочеревинні ускладнення – в 4 (12,5 %) пацієнтів та гнійні ускладнення післяопераційної рани – у 5 (15,10 %) хворих.

Із загальних ускладнень у 2 (5,72 %) пацієнтів І групи та 2 (6,25 %) хворих ІІ групи, незважаючи на проведення антикоагулянтної терапії та задовільні показники системи згортання крові, виникли тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії. Своєчасно проведена системна тромболітична терапія дозволила запобігти летальному випадку. Післяопераційне запалення легень виникло, відповідно, в 1 (2,86 %) та 1 (3,125 %) обох груп хворих.

Внутрішньоочеревинні ускладнення виникли в 4 (12,5 %) хворих та мали місце тільки в пацієнтів ІІ групи. Ці ускладнення були представлені неспроможністю швів анастомозу в 1 (3,125 %) хворого, післяопераційною кишковою непрхідністю в 1 (3,125 %) хворого, внутрішньоочеревинною кровотечею в 1 (3,125 %) пацієнтів та кровотечею з лінії анастомозу в 1 (3,125 %) хворого.

Таблиця 1. Післяопераційні ускладнення при проведенні РВО у хворих з У-подібним анастомозом і превентивною стомою та одностовбуровою стомою і після обструктивних резекцій ЛПТК

Види ускладнень	Кількість ускладнень	
	I група n=35	II група n=32
Загальні:	2 (5,72 %)	2 (6,25 %)
тромбоемболія гілок легеневих артерій	1 (2,86 %)	1 (3,125 %)
післяопераційне запалення легень	1 (2,86 %)	1 (3,125 %)
Внутрішньоочеревинні ускладнення:	-	4 (12,5 %)
неспроможність швів анастомозу	-	1 (3,125 %)
післяопераційна кишкова непрохідність	-	1 (3,125 %)
внутрішньоочеревинна кровотеча	-	1 (3,125 %)
кровотеча з лінії анастомозу	-	1 (3,125 %)
Гнійні ускладнення рани:	2 (5,72 %)	3 (9,38 %)
інфільтрати та нагноєння парастомальної рани	2 (5,72 %)	2 (6,25 %)
інфільтрати та нагноєння лапаротомної рани	-	1 (3,13 %)
Всього	4 (11,44 %)	9 (28,13 %)

У зв'язку з тим, що в пацієнтів дослідної групи був відсутнім внутрішньоочеревинний етап втручання, небезпечних для життя хворих ускладнень не виникло. У разі розвитку неспроможності анастомозу в пацієнта II групи була налагоджена активна проточно-аспіраційна система із застосуванням антисептиків у зоні анастомозу, що дозволило запобігти релапаротомії та виведенню колостоми. У випадках кровотечі із зони анастомозу та внутрішньоочеревинної кровотечі їх вдалося виявити та зупинити під час релапаротомії, ревізії та при прошиванні кровоточивої судини.

У групі дослідження гнійні ускладнення ран у вигляді інфільтратів та нагноєння парастомальної рани спостерігали у 2 (5,72 %) випадках втручань. Серед гнійних ускладнень післяопераційних ран у II групі в 3 (9,38 %) випадках нагноєння рани після серединної лапаротомії спостерігали в 1 (3,13 %) хворого, а нагноєння парастомальних ран – у 2 (6,25 %) пацієнтів ($p > 0,05$).

При розвитку інфільтратів та нагноєнні післяопераційних ран проводили дренажування рани, ан-

тибактеріальну терапію, місцеву терапію антисептиками та мазями, що привело до загоєння рани.

Таким чином, потребує подальшого вивчення та дослідження розробка нових та удосконалення існуючих методів і підходів, створення сприятливих умов при проведенні РВО на товстій кишці з метою зменшення кількості післяопераційних ускладнень та летальності.

Висновки. 1. Оперативні втручання з ліквідації превентивної колостоми у хворих з У-подібним анастомозом є технічно більш простими при проведенні відновного етапу лікування.

2. Проведення відновного етапу у хворих з У-подібним анастомозом дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень з 28,13 % при проведенні обструктивних резекцій до 11,44 % ($\chi^2=11,0$ $p < 0,05$).

3. Позаочеревинне втручання при ліквідації превентивної колостоми дозволяє уникнути цілого ряду життєво небезпечних внутрішньоочеревинних ускладнень та релапаротомій, спрямованих на усунення цих ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Косован В. М. Хірургічна реабілітація хворих із тимчасовими одностовбуровими колостомами після обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки / В. М. Косован // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2011. – № 4. – С. 46–49.
2. Косован В. Н. Параколомостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В. Н. Косован. – Медичні перспективи. – 2012. – № Т XVII, № 1. – Ч. 2. – С. 168–170.
3. Малахов Ю. П. Опыт применения У-образного анастомоза при хирургическом лечении острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Ю. П. Малахов, П. Г. Брюсов // Воен.-мед. журнал. – 2003. – № 12. – С. 25–29.
4. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза: принципы выбора тактики хирургического лечения / С. С. Маскин, А. М. Карсанов, З. М. Шамаев, О. Ю. Долгих // Матери-

алы междунар. хир. конгресса. – М., 2003. – С. 131.

5. Реконструктивно-відновні операції в колопроктології / В. О. Шапринський, О. А. Камінський, В. Ф. Білощицький, С. В. Вознюк // Український журнал хірургії. – 2011. – № 5 (14). – С. 170–172.

6. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Бакшеев, Ю. В. Думанский и др.] // Новоутворення. – 2009. – № 3–4. – С. 85–91.

7. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2006. – № 7. – С. 35–40.

8. Яицкий Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 376 с.

Отримано 16.08.12