

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ТЕРМІНУ ВИКОНАННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

В.О.Шапринський, С.М.Шалигін

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Резюме. Проаналізовані результати лікування 138 колостомованих хворих, яким були виконані реконструктивно-відновлювальні операції. Оптимальним терміном відновлення безперервності товстої кишки є 2,5-3 місяці після формування колостоми.

Ключові слова: реконструктивно-відновлювальні операції, резекція товстої кишки, колостома.

В останні десятиліття у багатьох країнах світу спостерігається збільшення кількості стомованих хворих, що зумовлено, головним чином, неспинним зростанням онкологічної та неонкологічної захворюваності товстої кишки (ТК). Так, у Європі стомовані хворі становлять близько 0,1-0,2% від всього населення [1, 2]. Найбільшу питому вагу у структурі захворюваності на колоректальну патологію становлять злоякісні онкологічні процеси, хірургічне лікування яких в обсязі первинно-відновної операції значно ускладнюється при наявності непрохідності, кровотечі чи перфорації пухлини, ендогенної інтоксикації. Розвиток даних ускладнень є причиною летальності у 14-47% пацієнтів і потребує завершення хірургічного втручання формуванням товстокишкової стоми у 60% випадків [3, 4]. Нерідко накладання колостоми є методом вибору при травматичних пошкодженнях, запальних захворюваннях ТК з перфорацією або виникненням неспроможності швів анастомозу з подальшим розвитком перитоніту [5, 6]. Реконструктивно-відновні операції (РВО) – фінальний етап у хірургічній та медико-соціальної реабілітації хворих з тимчасовими колостомами. Частота виникнення неспроможності при виконанні РВО зберігається досить високою – 18,4-36,7%, а післяопераційна летальність коливається в межах 4-5% [1, 6]. Проте й досі не встановлені чіткі терміни виконання РВО, що негативно позначається на кінцевих результатах лікування.

Мета дослідження: покращати результати РВО шляхом обґрунтування термінів їх проведення.

Матеріал і методи. За період 2001-2011 рр. під нашим спостереженням перебувало 138 хворих з товстокишковими стомами віком 21-76 років. У більшості випадків (117 хворих; 85,4%) формування колостоми виконувалося на тлі обструктивної кишкової непрохідності, спричиненої пухлиною ТК. Рідше стоми накладалися у зв'язку з травматичним пошкодженням ТК – 11 (8,0%) та розвитком ускладнених запально-дистрофічних процесів ТК, підшлункової залози з перфорацією і перитонітом – 10 (6,7%). За обсягом первинного хірургічного втручання у 99 (71,5%) хворих виконано резекцію сигмоподібної ободової кишки, у 27 (19,7%) – геміколонектомію, у 12 (8,7%) – резекцію поперечної ободової кишки. Терміни виконання РВО розподілилися так: до 1 міс. – 8 (5,8%) хворих, до 2 міс. – 31 (22,6%), до 3 міс. – 63 (45,3%), до 4 міс. – 17 (2,9%), до 5 і більше міс. – 19 (13,9%). При виконанні РВО сформовано: сигморектоанастомоз – у 82 (59,9%) хворих, сигмосигмоанастомоз – 29 (20,4%), траверзосигмоанастомоз – 15 (10,9%), траверзотрансверзоанастомоз – 12 (8,8%). Використовували два основних типи міжкишкового сполучення: кінець у кінець – 94 (68%), кінець у бік – 44 (32%) хворих. У план обстеження хворих включали загальноприйняте лабораторне обстеження, рентгенологічне, УЗД органів черевної порожнини та малого таза. З метою передопераційної оцінки стану відключеної петлі ТК виконували ректороманоскопію або фіброколоноскопію. Для оцінки морфологічних змін у відключеній ділянці ТК за показаннями проводили біопсію. Під час РВО з анастомозованих ділянок привідного і відвідного сегментів брали

тканини для гістологічного дослідження.

Результати дослідження. В основній групі хворих у передопераційному періоді нами застосовувався комплекс розроблених профілактичних заходів, спрямованих на зменшення запальних процесів, атрофічних змін дистальної частини кишки та відновлення кишкового дисбалансу. Це дозволило пацієнтам зберегти задовільні антропометричні параметри кишки, а також морфоструктурні та ангіотрофічні характеристики її стінки. Морфогістологічні дослідження показали, що в перші 2 міс. у відповідному і привідному сегментах кишки спостерігався набряк, густа лейкоцитарна інфільтрація, розволокнення підслизового шару, повнокров'я судин, місцями щільні лімфоцитарні інфільтрати. У м'язовій оболонці спостерігали помірну атрофію волокон. Дослідження в динаміці показали, що виражені запальні зміни зменшувалися до 2 міс. з наступним поступовим переходом в атрофічні зміни (нерівномірна атрофія слизової оболонки, склероз, атрофія м'язових волокон), які були особливо виражені у відключеній кишці. Розвиток вказаних процесів спостерігався з 3-го до 12-го міс.

У 98 (71,5%) хворих хірургічні втручання ускладнилися технічними труднощами, пов'язаними з анатомо-топографічними змінами орга-

нів на тлі спайкового процесу різного ступеня вираженості. Крім цього, тривалий дореконструктивний період призводив до атрофічних змін слизової оболонки у відключеній ділянці кишки, що ускладнювало формування анастомозу, а також знижувало його репаративні властивості. Це збільшувало ризик виникнення неспроможності швів анастомозу, що спостерігалося у 4 (2,9%) прооперованих хворих. Після РВО одужало 124 (89,8%) хворих. У 12 (8,7%) хворих констатовано розвиток часткової неспроможності швів анастомозу, яка закрилася самостійно протягом 2-3 тижнів. У 2 (2,9%) прооперованих виникла неспроможність швів анастомозу з розвитком місцевого перитоніту, що призвело до необхідності виконання релапаротомії, санації та накладання повторної колоостоми. Причиною неспроможності був тромбоз судин (1 випадок) та некроз кишки (3).

Висновки. 1. Оптимальним терміном для виконання РВО у хворих з колостою слід вважати 2,5-3 міс., оскільки за цей період відбувається адекватне відновлення всіх функцій організму, маси тіла та структури кишкової стінки. 2. Реабілітація стомованих хворих, яка передбачає усунення колостоми з відновленням пасажу кишкового вмісту, є психологічно, соціально та економічно обгрунтованою.

Література

1. Воробьев Г.И. Лапароскопически-ассистированные операции на ободочной кишке у больных старших возрастных групп / Г.И.Воробьев, С.И.Ачкасов, З.А.Степанова // Хирургия. – 2007. – № 9. – С. 72-76.
2. Косован В.М. Відновлювальні операції після перенесених обструктивних резекцій сигмоподібної кишки в ранні терміни / В.М.Косован // Вісн. Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2010. – № 14. – С. 119-122.
3. Бондаренко Н.В. Восстановительная хирургия при раке толстой кишки / Н.В.Бондаренко // Клін. хірургія. – 2007. – № 10. – С. 44-47.
4. Павленко С.Г. Реконструктивная хирургия толстой кишки у больных пожилого и старческого возраста / С.Г.Павленко, С.А.Яргунин, М.М.Физулин // Клін. хірургія. – 2005. – № 4-5. – С. 28.
5. Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки / А.И.Пойда // Здоров'я України. – 2009. – № 12/1. – С. 44-45.
6. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / Т.И.Тамм, Б.М.Даценко, С.Г.Белов, А.В.Кириллов // Хірург. персп. – 2010. – № 1. – С. 173-175.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СРОКА ПРОВЕДЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Резюме. Проанализировано лечение 138 колостомированных больных, которым выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Оптимальным сроком возобновления непрерывности толстой кишки является 2,5-3 месяца после формирования колостомы.

Ключевые слова: реконструктивно-восстановительные операции, резекция толстой кишки, колостома.

A CHOICE OF AN OPTIMAL TERM OF PERFORMING RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE OPERATIONS ON THE COLON

Abstract. The authors have analyzed the results of treating 138 colostomized patients who underwent reconstructive-restorative operations. The optimal term of restoring the continuity of the large intestine is 2,5-3 months after forming colostomy.

Key words: reconstructive-restorative operations, resection of colon, colostomy.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia)

Надійшла 19.06.2012 р.