

УДК 617.55-089.86-053

*Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар***РОЛЬ ВІКОВОГО ФАКТОРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЕНТЕРО- ТА КОЛОСТОМАМИ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

У статті проаналізовано причини формування стоми та причини виникнення ранніх та пізніх парастомних ускладнень в залежності від віку у 135 ургентно оперованих пацієнтів. З'ясовано, що причиною формування ентеро- або колостоми у пацієнтів молодого віку є травми та гострі запальні захворювання кишок, а у хворих, старших 45 років – ускладнений колоректальний рак. Частота ускладнень стоми у пацієнтів, старших 60 років у 5 разів більша, ніж у молодших і становить 26,6%. Однією із доволі частих причин післяопераційної летальності стомованих пацієнтів похилого та старечого віку є некроз і ретракція стоми. У всіх вікових групах пізні ускладнення ентеро- і колостомій виникають у половини хворих, які мали ранні гнійно-септичні парастомні ускладнення.

Ключові слова: колостоми, ентеростоми, похилий та старечий вік, ускладнення ентеро- та колостом.

Згідно даних ВООЗ, упродовж XX-XXI століття відбувається значна трансформація вікової структури населення планети у бік поглиблення постаріння [4]. Це має велике значення і суттєво позначається на усіх сферах людського життя і у медицині зокрема. Надзвичайно актуальною на сьогодні є тема старіння в ургентній абдомінальній хірургії тонкої і товстої кишок. За даними багатьох авторів, ця проблема стала насправді геронтологічною, адже серед хворих із ускладненими формами колоректального раку (КРР) пацієнти похилого та старечого віку складають 42,5-92,4% [1, 2, 6-8]. Значна частина операцій, які виконують у цієї групи пацієнтів, закінчується формуванням того чи іншого типу ентеро- або колостом [3, 7]. Також, наявність у хворих похилого та старечого віку низки супровідних захворювань часто призводить до значного збільшення кількості післяопераційних ускладнень та зростання післяопераційної летальності. Аналіз причин формування стом, з'ясування причин виникнення і профілактики ранніх та пізніх парастомних ускладнень (ПСУ) у залежності від віку пацієнта не достатньо висвітлено у літературних джерелах, а, враховуючи велике медичне та соціальне значення цієї проблеми, на сьогодні вона залишається доволі актуальною в ургентній абдомінальній хірургії [5].

Мета дослідження – з'ясувати причини формування ентеро- чи колостом в ургентній абдомінальній хірургії та проаналізувати причини виникнення ранніх і пізніх па-

растомних ускладнень у залежності від віку хворого.

Матеріал та методи

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 135 хворих із гострими захворюваннями і травмами тонкої та товстої кишок, у яких під час ургентних операцій було сформовано різного типу стоми. Чоловіків було 66, жінок – 69. Всіх пацієнтів розподілено за віком на 4 групи. Для цього ми використали класифікацію вікових груп, прийняту Європейським регіональним Бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я у Києві в 1963 році: молодий вік – 30-44 роки, зрілий – 45-59-років, похилий – 60-74 роки; старечий – 75-89 років, довгожителі – старші 90 років. Отож, пацієнтів молодого віку (1 група) було 10 (7,4%), зрілого віку (2 група) – 30 (22,2%), похилого віку (3 група) – 56 (41,4%), старечого віку (4 група) – 39 (28,8%), довгожителів не було. Середній вік – $66,4 \pm 12,71$ років. У 88,8% хворих виявлено різні супровідні соматичні захворювання.

Причиною формування стом були: ускладнений колоректальний рак – 106 (78,5%), рак інших локалізацій – 4 (2,9%) (лімфома заочеревинного простору – 2, рак яєчників – 1, рак шийки матки – 1), гострі запальні захворювання тонкої і товстої кишок – 7 (5,1%) (неспецифічний виразковий коліт – 1, хвороба Крона – 1, ускладнений дивертикуліт – 5), травма кишок – 7 (5,1%), гостра мезентерійна ішемія – 3 (2,2%), інші причини – 8 (5,9%) (гостра спайкова непрохідність кишок – 3, гостра странгу-

ляційна непрохідність кишок – 2, защемлена стегова грижа – 1, жовчнокам'яна непрохідність товстої кишки – 1, поліп товстої кишки, ускладнений кровотечею – 1).

Загалом, у 41 (30,3%) пацієнта виникли післяопераційні ускладнення, у 30 випадках вони потребували повторного операційного втручання, у 14 (10,3%) хворих саме при релапаротомії (РЛТ) сформовано стому. Парастомні ускладнення виникли у 49 (36,9%) хворих, з них ранні – у 25, пізні – у 24. В структурі всіх післяопераційних ускладнень ранні ПСУ становили більше половини (58,3%). Померло 27 хворих, післяопераційна летальність – 20%. Основною причиною смерті більшості пацієнтів була поліорганна недостатність внаслідок перитоніту, в тому числі і післяопераційного та ракової інтоксикації на фоні загострення хронічної супровідної патології, 4 постраждалих померли від тяжкої поєднаної травми.

Результати та обговорення

Операцію завершено накладанням ентеростоми у 25 (18,5%), колостоми – у 110 (81,5%) пацієнтів. Розподіл хворих по групах показано у таблиці.

Причиною формування стом у більшості хворих першої групи – молодих осіб – була травма кишок (7 із 10 – 70%) як компонент тяжкої поєднаної травми. Вона і стала причиною смерті 4 постраждалих. В іншого пацієн-

та з хворобою Крона ентеростому сформовано після резекції сліпої та висхідної ободової кишок внаслідок їх множинної перфорації, ще у 2 хворих – з приводу гострої непрохідності кишок, в однієї – на ґрунті раку сліпої кишки, в іншій – метастатичного інфільтрату малого тазу із втягуванням у нього петель тонкої та товстої кишок при раку шийки матки.

У цій групі ускладнення стоми виникли у двох хворих – некроз та ретракція виведеної кишки, дифузний перитоніт – у жінки із раком шийки матки та стриктура ентеростоми – у пацієнта із хворобою Крона.

Причиною формування стом у групі осіб зрілого віку у 25 (83,3%) хворих була онкологічна патологія. Отож, у 24 (80%) пацієнтів ентеро-(6) і колостомію (19) виконано з приводу ускладненого КРР, ще в 1 хворого – з приводу лімфоми заочеревинного простору, ускладненої гострою непрохідністю товстої кишки. На другому місці у цій групі серед причин стоми були гострі запальні захворювання кишок – ускладнений дивертикуліт – у 3 (10%) та неспецифічний виразковий коліт – в 1 (3,3%). Ще в однієї пацієнтки сигмостому сформували з приводу перфорації сигмоподібної кишки великим (діаметром 5 см) жовчним конкрементом. Ранні ПСУ виникли у 3 хворих, при чому, значне поверхневе нагноєння рани довкола стоми після первинної операції в подальшому призвело до виникнення у

Таблиця.

Розподіл хворих по групах

Групи	1	2	3	4	Всього
Кількість хворих	10 (7,4%)	30 (22,2%)	56 (41,4%)	39 (28,8%)	135 (100%)
Тип стоми					
ентеростома	4 (40%)	6 (20%)	11 (19,6%)	4 (10,2%)	25 (100%)
колостома	6 (60%)	24 (80%)	45 (80,3%)	35 (89,8%)	110 (100%)
Супровідні захворювання	5 (50%)	20 (66,6%)	56 (100%)	39 (100%)	129 (88,8%)
Стомія при РЛТ	1	2	4	7	14 (10,3%)
ПСУ	2 (20%)	7 (23,3%)	26 (46,4%)	14 (35,9%)	49 (36,9%)
ПСУ ранні	1	3	14	7	25
ПСУ пізні	1	4	12	7	24
Летальність	4 (40%)	1 (3,3%)	10 (23,8%)	12 (30,8%)	27 (20%)

2 хворих стриктури стоми, в іншого пацієнта, якому на першій операції вимушено сформовано пристінкову трансверзостому виник пролапс стоми, ще в однієї пацієнтки із супровідним психічним захворюванням виникли значні шкірні зміни навколо стоми у вигляді ерозивного дерматиту.

Група осіб похилого віку була найчисельнішою і становила практично половину всіх пацієнтів даного дослідження – 56 (42%). У 48 (85,7%) хворих причиною формування стоми був ускладнений колоректальний рак, серед інших причин – у 2 (3,5%) стомію виконували з приводу раку іншої локалізації, у 2 (3,5%) – защемленої грижі із некрозом кишки та перитонітом, у 2 (3,5%) – гострої мезентерійної ішемії, в 1 (1,7%) – ускладненого дивертикуліту товстої кишки та ще в 1 (1,7%) – аденоматозного поліпу сигмоподібної кишки, ускладненого кровотокою. У всіх пацієнтів були супровідні соматичні захворювання, у 81% з них – два і більше. ПСУ у цій групі виникли більше, ніж у третини хворих – у 24 (37,5%). Ранні ПСУ констатовано у 13 (23%), пізні – у 10 (16%). Всі ранні ПСУ були гнійно-септичними. Отож, у 5 виник некроз одноканальної стоми, у 3 з них – із ретракцією виведеної кишки та дифузним перитонітом, 4 пацієнти померли. Парастомний абсцес діагностовано у 3, парастомну флегмону – у 1, нагноєння рани довкола стоми – у 5, у 2 з них – із частковою ретракцією стоми. Серед пізніх ПСУ найчастіше виникала стриктура стоми (4), у 3 вона призвела до розвитку непрохідності кишок. У більш пізні терміни (від 6 до 15 міс.) виникли парастомна грижа (3), пролапс колостоми (2). Ще у 3 хворих із ентеростомами періодично виникали ускладнення з боку шкіри навколостомної ділянки. У половини пацієнтів цієї групи пізні ПСУ виникли після перенесених ранніх.

В останній групі – пацієнтів старечого віку, теж серед причин формування стоми переважав ускладнений КРР (34 із 39 – 87,1%). Ще у 3 хворих стому сформували після резекції некротизованого сегмента кишки на фоні дифузного перитоніту при гострій мезентерійній ішемії (2) та при гострій спайковій непрохідності кишок (1). У 7 (17,9%) пацієнтів стому було сформовано під час повторних втручань. В цій групі померло 12 хворих, післяопераційна летальність була найвищою серед усіх

груп і становила 30,8%. Відзначено 14 ПСУ у 12 (30,8%) пацієнтів. Серед ранніх ПСУ переважав некроз із ретракцією стоми – це ускладнення виникло у 3, всі пацієнти померли. Нагноєння рани довкола стоми було у 2, парастомний абсцес – у 1. Ще у однієї пацієнтки на 3 добу після операції виникла сильна кровотока із цекостоми, яка потребувала прошивання кривавлячої судини. Серед пізніх ускладнень у 2 хворих виник пролапс стоми, у 1 – стриктура стоми, ще у 1 – парастомна грижа. Сильно виражений парастомний дерматит із мацерацією та виразкуванням шкіри відзначено у 3 пацієнтів.

Аналізуючи основні причини формування стом у залежності від віку пацієнта, можна ствердити, що у молодих людей ентеро- і колостомію переважно виконують з приводу травми кишок із дифузним перитонітом, або з приводу ускладнених запальних захворювань тонкої і товстої кишки. З віком відзначено стрімке зростання ролі ускладненого КРР як основної причини формування стоми при переважно паліативних або симптоматичних операціях, що співзвучно із даними літератури [1, 3, 5, 6, 7]. Також у пацієнтів похилого і старечого віку доволі часто формують стому при ускладненому дивертикуліті та гострій мезентерійній ішемії.

При аналізі частоти ПСУ з'ясовано, що вони виникли практично у кожного третього пацієнта похилого та старечого віку – у 40 (29,6%). У групі осіб, старших 60 років, у порівнянні із групами молодих та зрілих, частота ранніх ПСУ була у 5 разів вища. Особливо тяжкими ПСУ були некроз та ретракція стоми – адже ці ускладнення призводили до виникнення післяопераційного перитоніту та потребували негайного повторного втручання. Післяопераційна летальність у пацієнтів, старших 60 років із некрозом та ретракцією стоми становила 63%. Аналізуючи причини такої великої кількості ускладнень, ми погоджуємося із думкою ряду авторів, що з віком, на фоні тяжкої, часто множинної соматичної супровідної патології, відбувається значне зниження імунних захисних сил людини і будь-яка гостра хірургічна патологія призводить до раннього зриву компенсаторних можливостей організму та сприяє значному зростанню схильності таких пацієнтів до виникнення гнійно-септичних ускладнень у післяопераційному періоді [1, 6].

При аналізі пізніх ПСУ їх частота була теж в 5 разів вищою у хворих, старших 60 років. Примітно, що у 11 (44%) пацієнтів, у яких були ранні гнійно-септичні ПСУ через певний час виникли стриктура або пролапс стоми чи парастомна грижа. Окрім того, серед інших факторів, які часто сприяють виникненню пізніх ПСУ у хворих похилого та старечого віку можна відзначити зміни у будові передньої черевної стінки – підвищену в'ялість м'язів та шкіри, нерідко – надмірний розвиток підшкірно-жирового шару [1, 6].

Висновки

1. Причиною формування ентеро- або колостоми у пацієнтів молодого віку переважно є травми та гострі запальні захворювання кишківника.

2. Починаючи від 45 років, перше місце серед причин ургентного формування ентероци колостоми займає ускладнений колоректальний рак.

3. Частота ускладнень стоми у пацієнтів, старших за 60 років у 5 разів більша, ніж у молодших.

4. Однією із доволі частих причин післяопераційної летальності пацієнтів похилого та старечого віку, яким ургентно сформовано стому, є такі ранні парастомні гнійно-септичні ускладнення, як некроз і ретракція стоми.

5. У всіх вікових групах пізні ускладнення ентеро- і колостомій виникають практично у половини хворих, які мали ранні гнійно-септичні парастомні ускладнення.

РОЛЬ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА У ПАЦІЄНТОВ С ЕНТЕРО- И КОЛОСТОМАМИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар

В статье проанализированы причины формирования стоми и причины возникновения ранних и поздних параколостомических осложнений в зависимости от возраста в 135 ургентно оперированных пациентов. Выяснено, что причиной формирования энтеро- или колостоми у пациентов молодого возраста являются травмы и острые воспалительные заболевания кишечника, а у больных старше 45 лет – осложненный колоректальный рак. Частота осложнений стоми у пациентов старше 60 лет в 5 раз больше, чем у младших и составляет 26,6%. Одной из довольно частых причин послеоперационной летальности стомированных паци-

ентов пожилого и старческого возраста является некроз и ретракция стоми. Во всех возрастных группах поздние осложнения энтеро- и колостоми возникают у половины больных, имевших ранние гнойно-септические параколостомные осложнения.

Ключевые слова: колостомы, энтеростомы, пожилой и старческий возраст, осложнения энтеро- и колостом

ROLE OF AGE FACTOR IN PATIENTS WITH ENTERO- AND COLOSTOMAS IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

B.O. Matviychuk, V.T. Bochar

The article contains the analysis of indications for ostomy and reasons of parastomic complications depending on age in 135 emergency surgical patients. Trauma and acute inflammatory bowel diseases were the main indications for ostomy in young patients, complicated colon cancer – in older than 45. Incidence of parastomic complications in patients older than 60 was 26,6%, being 5 times higher than in young patients. One of the most frequent reasons of lethal outcome in ostomized patients of senile and old age are stoma necrosis and retraction. Late ostomic complications develop regardless of age in half of patients, who previously had early pyo-septic parastomic complications.

Key words: colostomy, enterostomy, senile and old age, parastomic complications.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.: ЗАО «Издательство «Стольный град», 2002. – 160 с.
2. Курбонов К.М. Диагностика и хирургическое лечение обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки / К.М. Курбонов, О.К. Кандаков // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2-1. – С.141-144.
3. Хірургічна тактика при гострій обтураційній товстокишкової непрохідності в осіб похилого і старечого віку / М.М. Милиця, Ю.Д. Торопов, І.М. Ангеловський [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 4. – С. 10-13.
4. Москаленко В.Ф. Постаріння як глобальна проблема сучасності / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 3. – С. 83-91.
5. Осложнения кишечных стом / П.Н. Олейников, К.Р. Александров, Н.В. Филаткина [и др.] // Клиническая геронтология. – 2008. – Т.14, № 9. – С. 83-84.
6. Сотников Д.Н. Послеоперационный гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Д.Н. Сотников, Б.А. Абрамян, В.П. Курилов // Хирургия. – 2009. – № 6. – С. 44-49.
7. Bosshardt T.L. Outcomes of ostomy procedures in patients aged 70 years and older / T.L. Bosshardt // Archives of Surgery. – 2003. – Vol. 138. – P. 1077-1082.
8. Saghir J.H. Factors that predict complications after construction of a stoma: a retrospective study / J.H. Saghir, F.D. McKenzie, D.M. Leckie // European Journal of Surgery. – 2001. – Vol. 167, Issue 7. – P. 531-534.

Стаття надійшла 22.02.2011