

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

ЛЕОШИК ОЛЕКСІЙ ВЯЧЕСЛАВОВИЧ

УДК: 616.348-089.86-06:616-031.64-007.253

**ПАРАСТОМІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРИХ З ОДНО- ТА
ДВОДУЛЬНИМИ ЕНТЕРО-КОЛОСТОМАМИ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Ужгород – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, МОЗ України.

Науковий керівник: кандидат медичних наук, доцент
ЛОЗИНСЬКИЙ ЮРІЙ СИЛЬВЕСТРОВИЧ,
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, МОЗ України, кафедра хірургії № 1, доцент кафедри.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
ЧОБЕЙ СТЕПАН МИХАЙЛОВИЧ,
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», МОН України, кафедра хірургічних хвороб, професор кафедри;

доктор медичних наук, професор
ЗАХАРАШ ЮРІЙ МИХАЙЛОВИЧ,
Національний медичний Університет імені О.О.Богомольця, МОЗ України, кафедра хірургії №1, професор кафедри;

Захист дисертації відбудеться «12» грудня 2018р. о 11.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 61.051.08 при ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України за адресою (88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3).

З дисертацією можна ознайомитись у науковій бібліотеці ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (88000, м. Ужгород, вул. Університетська, 14).

Автореферат розісланий «30» жовтня 2018р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Д61.051.08
д. мед. н., професор



О. В. Клітинська

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Тенденція до збільшення кількості пацієнтів із хворобою Крона (ХК), неспецифічним виразковим колітом (НВК), колоректальним раком (КРР), призводить до зростання кількості операцій, що закінчуються ентеро- чи колостомією. (Русин В. І., 2009; Березницький Я.С 2009). При радикальному хірургічному лікуванні раку прямої кишки частота створенням колостоми завершується близько у 30 % операційних втручань. У випадках ускладненого перебігу раку прямої кишки (РПК), стома залишається на постійно (Пойда О.І., 2014).

З різних джерел відомо, що необхідність хірургічного лікування при виразковому коліті, за різними оцінками становить 9-94%, а при тотальному ураженні товстої кишки та прогресуванні хвороби досягає 100%. (Захараш М.П., 2006; Воробьев Г.И., 2006;). При цьому у 25 – 70 % хворих як із злоякісними, так із запальними захворюваннями хірургічні операції виконуються на фоні ускладнень (Косован В.М., 2010; Чобей С.М., 2013).

За різними оцінками, кількість пацієнтів зі стомами у світі складає 100–150 на 100 000 населення В Україні, станом на 01.01.2015 р. нараховувалося близько 40 тисяч хворих з коло- та ентеростомами, які потребували вирішення на державному рівні проблеми їх забезпечення калоприймачами та предметами догляду за стомами, систематичної медичної, психологічної, соціальної допомоги (Caricato M., 2007; Захараш М.П., 2015).

Частота параентеростомічних та параколостомічних ускладнень, згідно літературних даних, становить від 10 % до 71 % (Сипливий В.А., 2006; Meyer F., 2011). Така варіабельність пов'язана із особливістю трактування ускладнень та різних підходів до лікування, поширених на Заході та у країнах пострадянського простору. Також мають місце значні труднощі з оцінкою пізніх парентеростомічних та параколостомічних ускладнень (Кондратенко П.Г., 2006; Shabbir J., 2010; Тимербулатов М. В., 2012). Параентеро-колостомічні ускладнення (ПЕКСУ) значно погіршують результати лікування, призводячи до стійкої втрати працездатності і створюють труднощі соціальної адаптації. (Ибатулин А.А., 2007; Русин В.І. 2009; Бочар В.Т., 2015; Colwel J., 2017).

Актуальною залишається проблема зменшення та регуляції об'єму кишкових випорожнень і відновлення внутрішньокислової флори у ранньому післяопераційному періоді. (Adaba F., 2017).

У зв'язку з цим пошук шляхів покращення якості життя (ЯЖ) стомованих хворих залишається актуальним завданням, адже виконання відновних та реконструктивно-відновних операцій в таких випадках стає неможливим.

Для покращення якості життя пацієнтів важливе значення має простота, зручність і легкість у догляді за ентеро-колостомаю. Ця мета може бути досягнута тільки в тому випадку, якщо ентеро-колостома

сформована із дотриманням певних правил та методик і відсутні її ускладнення (параколомостомічні грижі, стеноз, ретракція, нагноєння оточуючих тканин, тощо) (Русин В.І., 2009). Велике значення має раціональний вибір операції для ліквідації ускладнень, що виникли. Не менше значення мають засоби догляду за стомою і психологічна підтримка хворих (Мамчич В.І., 2010; Захараш Ю.М., 2015). Хірургічна допомога та реабілітація хворих із ПЕКСУ потребує подальшого удосконалення. Таким чином, проблема реабілітації хворих із ускладненою ентеро-коломостою має важливе наукове і практичне значення.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертація виконана згідно з комплексною науково-дослідницькою роботою кафедри хірургії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Удосконалення діагностичної та хірургічної тактики із застосуванням традиційних клінічних, сучасних променевих методів дослідження та малотравматичних операційних і ендоскопічних втручань в абдомінальній та ендокринній хірургії з метою покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування хворих». (№ держреєстрації 0110U002148), та «Обґрунтування діагностичної та хірургічної тактики, із застосуванням сучасних технологій, у пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини, ендокринної системи, гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин з метою покращення безпосередніх та віддалених результатів їх лікування та прогнозування і попередження розвитку ускладнень» (№ держреєстрації 0115U000048). Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів даних наукових тематик.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування і якості життя хворих на КРР, хронічні запальні та незапальні захворювання кишечника, операційні втручання, у яких було завершено формуванням постійної чи тимчасової коло- або ентеростоми, шляхом корекції дисфункції стоми, розробці заходів профілактики та лікування ускладнень ентеро- та колостоми.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати проаналізувати причини та частоту формування ентеро-коломостом у хворих на КРР, запальними та незапальними захворюваннями кишечника.

2. Оцінити дисбіотичні порушення у стомованих хворих з КРР та запальними та незапальними хірургічними захворюваннями кишечника.

3. Вивчити показники та ступінь мальабсорбції та їх зміни у ентеро-коломомованих хворих.

4. Розробити заходи профілактики та лікування функціональних порушень, ускладнень ентеро- та колостом, шляхом створення нових і удосконалення існуючих методів лікування.

5. Дослідити якість життя хворих з одно- та дводульними ентеро-коломостомами з наявними у них парастомічними ускладненнями.

6. Запропонувати систему реабілітаційних заходів у пацієнтів з парастомічними ускладненнями.

Об'єкт дослідження: незапальні та запальні захворювання товстої та тонкої кишок, при яких сформовано ентеро- або колостому.

Предмет дослідження: загально-клінічні, мікробіологічні, лабораторно-інструментальні, інтраопераційні і післяопераційні ранні та пізні парастомічні і функціональні ускладнення та спосіб їх корекції.

Методи дослідження: Загальноклінічні (для оцінки суб'єктивних та об'єктивних показників післяопераційного періоду); лабораторні методи: динамічне визначення загального аналізу крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації за Кальф-Каліфом – для оцінки важкості стану пацієнта та інтерпретації клінічного перебігу, розвитку ускладнень; біохімічні – для визначення ступеню електролітних порушень, стану функції печінки, нирок); патоморфологічні (для підтвердження діагнозу КРР, ХК, НВК); мікробіологічні (для визначення характеристики мікрофлори випорожнень зі стоми та гнійного ексудату); вивчення копрограми (для визначення ступеню мальабсорбції); інструментальні методи: ультрасонографія черевної порожнини та парастомічних ділянок (для визначення ранніх ПЕКСУ та супутньої патології); рентгенологічні: рентгенографія органів грудної клітки та живота (для підтвердження хірургічних ускладнень органів черевної порожнини); комп'ютерна томографія (для підтвердження, уточнення діагнозу, визначення супутньої патології та ускладнень); ендоскопічне дослідження – колоноскопія, ректороманоскопія (для встановлення діагнозу та взяття біопсії для морфологічного дослідження); соціологічні дослідження (анкетне опитування SF-36 v2.0 tm (для визначення якості життя ентеро-колостомованих); статистичні методи: статистичне опрацювання отриманих даних (програмне забезпечення Microsoft Excel 2013, Quality Metric Health Outcomes (tm) Scoring Software 5.0. (для оцінки вірогідності отриманих результатів).

Наукова новизна отриманих результатів. Уперше проведено порівняльний аналіз мікрофлори кишечника при запальних і незапальних хірургічних захворюваннях товстої та тонкої кишок, встановлено тенденцію до зниження показників основних мікробних нормосимбіонтів, та підвищення показників специфічних штамів *Escherichia coli* (AIEC), *Proteus vulgaris*, *Acinetobacter junii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* і *Streptococcus spp.*, *Ruminococcus spp.* та *Enterobacteriaceae*.

Уперше проведено вивчення синдрому мальабсорбції у стомованих хворих та встановлено профіль мікробіологічної флори стомованих хворих в залежності від виду сформованої ентеро-колостоми. Вдосконалено методику корекції об'єму кишкових випорожнень у ентеростомованих хворих з використанням *Saccharomyces boulardii*, що сприяло зменшенню об'єму кишкових випорожнень у три рази, попереджувало розвиток процесів бактерійної транслокації в умовах дисбіозу кишківника у ранній післяопераційний період.

Вперше до переліку ПЕКСУ запропоновано внести функціональні порушення у вигляді синдрому мальабсорбції, діарейного синдрому та кишкового дисбіозу, а також ранню стриктуру ентеростоми «Комірець єпископа».

Уперше запропоновано спосіб хірургічного лікування стриктур ентеростоми за типом «Комірець єпископа». Уперше удосконалено методику профілактики дисбіозу, та синдрому «відключеної кишки» у пацієнтів з роздільною ентеростомою, шляхом розробки способу переміщення хімусу у відключену від пасажу калу кишку.

Практичне значення отриманих результатів. Усім стомованим хворим з КРР, запальними та незапальними захворюваннями товстої та тонкої кишок рекомендовано виконувати аналіз мікрофлори кишківника для ефективної деескалаційної антибіотикотерапії.

Рекомендовано застосування «Ентеролу 250» в комплексному лікуванні у стомованих хворих з метою зменшення об'єму кишкових виділень. При дводульній роздільній ентеростомії при запальних захворюваннях кишечника рекомендовано застосовувати розроблений спосіб переміщення хімусу (патент України на корисну модель № 72126 від 10.08.2012 «Спосіб переміщення хімусу при роздільній ентеростомі»), що сприяє покращенню засвоєння ентерального харчування, профілактує дисбіоз виключеного відділу кишки.

Для зменшення синдрому мальабсорбції рекомендована дієта збагачена жирами, вуглеводами та білками. При ранньому стенозі ентеростоми по типу «Комірець єпископа» рекомендовано використовувати спосіб хірургічної корекції (Патент України на корисну модель № 114420 від 10.03.2017 Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми за типом «Комірець Єпископа», патент України на винахід № 114995 від 28.08.2017 «Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми за типом «Комірець Єпископа»)). Запропонована система реабілітаційних заходів у пацієнтів з ПСУ на фоні психологічної реабілітації передбачає: хірургічну реабілітацію – відновлення безперервності кишківника з ліквідацією ПСУ; хірургічне лікування – ліквідацію тільки ПЕКСУ; медикаментозне лікування шкірних парастомічних ускладнень, мальабсорбції та дисбіозу.

Основні положення і результати дослідження впроваджено в роботу проктологічного відділення Комунального закладу Львівської обласної ради «ЛОКЛ», хірургічного відділення Стрийської центральної районної лікарні, хірургічного відділення № 2 Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особистим завершеним науковим дослідженням. Автором особисто проведено патентно-інформаційний пошук, аналіз наукової літератури з обраної теми, усі клінічні дослідження. Спільно з науковим керівником визначені мета й завдання дослідження, сформульовані основні положення роботи та висновки. Опанував методи обстеження та особливості хірургічних

втручань у цих хворих, сформував групи дослідження, вивчив безпосередні та віддалені результати лікування. Обстеження хворих та забір біосубстратів дисертант провів особисто.

У наукових працях, опублікованих у співавторстві, використано фактичний матеріал дослідження автора. Співавторство інших науковців полягало переважно у консультативно-технічній допомозі та співучасті у діагностично-лікувальному процесі.

Апробація результатів дисертації. Результати та основні наукові положення дисертації оприлюднені на: засіданні кафедри хірургії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; другому з'їзді колопроктологів України (м. Львів, 2006); науково-практичній конференції «Актуальні питання невідкладної хірургії» (м. Харків, 2009); науково-практичній конференції «Роль санаторно-курортного лікування в вирішенні проблем збереження здоров'я нації» (м. Моршин, 2009); науково-практичній конференції «Актуальні питання клінічної хірургії» (м. Львів, 2010); 13-му Конгресі Європейської асоціації стомованих пацієнтів (м. Львів, 2011); науково-практичній конференції «Положення нових консенсусів Європейського товариства коліту та Крона» (м. Львів, 2011); четвертому з'їзді колопроктологів України, м. Київ (2016).

Публікації. За темою дисертаційної роботи опубліковано 12 наукових праць, із них, 6 статей – у фахових виданнях які рекомендовані ДАК МОН України, з яких 3 – у виданнях, внесених до міжнародних наукометричних баз, 1 публікація – в іноземному фаховому виданні, 1 публікація – у збірнику наукових праць та матеріалах науково-практичної конференції. На основі проведених досліджень отримано 2 патенти України на корисну модель та 1 патент України на винахід.

Об'єм та структура дисертації. Дисертацією є рукопис, викладений на 218 сторінках машинописного тексту та складається з огляду літератури, розділу матеріалів та методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку літератури, що включає 201 джерело, із них 131 – кирилицею та 70 – латиницею, додатків. Робота ілюстрована 35 рисунками, містить 20 таблиць.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. У представленій роботі використані результати дослідження 480 стомованих хворих, які лікувались у Львівській обласній клінічній лікарні з 2014 по 2017 роки. В дослідження включали хворих на КРР, хронічні запальні та незапальні захворювання кишечника, операційні втручання у яких було завершено формуванням постійної чи тимчасової коло- або ентеростоми. Критеріями виключення були: декомпенсований цироз печінки, серцево-легенева недостатність, хворі після гострого порушення мозкового кровообігу з III класом неврологічного дефіциту.

У дослідження включені результати обстеження 442 пацієнтів з

колостою та 38 ентєростомованих.

Розподіл ентєростомованих за типом патології наступний: незапальні захворювання товстої кишки – 26 (68,4 %) осіб, зокрема рак ободової кишки – 10 (26,4 %) осіб, РПК та ректосигмоїдного кута – 4 (10,5 %) осіб, сімейний аденоматозний поліпоз – 5 (13,2 %) осіб, релапаротомія з приводу недостатності анастомозу – 2 (5,3%) осіб, дивертикулярна хвороба, метакронні метастази меланоми з кишковою непрохідністю, рак шийки матки, канцероматоз, тифліт, грижа, по одній особі (2,6 %); запальні захворювання товстої кишки – 12 (31,6 %) осіб, зокрема ХК – 6 (15,8 %) осіб, НВК – у 6 (15,8 %) осіб. Всього – 38 осіб (100 %).

Досліджуваній групі колостомованих пацієнтів, сформовано 111 однодульних і 331 дводульну колостомію, що складає відповідно 25,1 % та 74,9%. У групі пацієнтів з колостомами виявлено, що найчастішою патологією є КРР – 418 (94,5 %) пацієнтів, за рахунок переважання РПК – 342 (75,6 %) пацієнти. Встановлено, що кількість пацієнтів з ХК в цій групі складала 3 (0,7%), а пацієнтам з неспецифічним виразковим колітом колостома не накладалась.

Для характеристики спектру ПЕКСУ пацієнти розподілені в 4 групи: I групу пацієнтів складають ті, яким сформовано однодульну колостому, II групі пацієнтів сформовано дводульну колостому. До III і IV групи відповідно відносяться пацієнти з одно- і дводульною ентєростою. 155 ранніх ПЕКСУ спостєрігалися у 480 ентєро-колостомованих хворих, що склало 32,3% від загальної кількості хворих. У 480 ентєро-колостомованих хворих виникло пізніх ПЕКСУ, що склало 13,85% від загальної кількості хворих, включених до дослідженої групи.

Вивчена мікрофлора кишечника у 52 хворих на КРР та 28 пацієнтів із НВК та 17 пацієнтів – із ХК.

Нами проведено аналіз копрограм 29 стомованих хворих (жінок 12, чоловіків 17) віком від 23 до 69 років. Пацієнти були розділені залежно від типу стоми в 2 групи: ентєростоми – 7 пацієнтів, колостоми – 22 пацієнти.

Ідентифікацію виділених штамів ентєробактерій проводили на основі їх біонічної активності за допомогою СІП-I і СІП-II, ЕНТЕРО-тест 1 і 2 (“LACHEMA”, Брно, Чехія).

Для оцінки якості життя використали опитувальник SF-36 v2, ліцензована академічна версія, та Quality Metric Health Outcomes (tm) Scoring Software 5.0 – програмне забезпечення для обробки даних. Проаналізовано 186 опитувальників хворих з ПЕКСУ та без ускладнень.

Статистичне опрацювання проводилось з використанням пакету стандартних програм, Microsoft Excel 2013. Статистичне опрацювання результатів виконували з допомогою стандартних методів статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Мікробіологічний моніторинг хронічних неінфекційних захворювань товстої кишки, який включав бактеріологічні дослідження до і після оперативного втручання

при неспецифічному виразковому коліті, хворобі Крона та раку товстої кишки доцільно використовувати як з діагностичною, так і з лікувальною та профілактичною метою. При доопераційному підвищенні кількості умовно-патогенної мікрофлори слід провести деконтамінацію ентеротропними антибіотиками або персоніфікувати антибіотикопрофілактику обов'язковим післяопераційним контролем і амбулаторним лікуванням.

При дослідженні мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту хворих на НВК, ХК виявлено загальну тенденцію до зниження кількісних показників основних мікробних нормосимбіонтів кишечника.

Зареєстровано меншу кількість біфідо- та лактобактерій, *Clostridium* spp. I, навпаки, було визначено підвищення рівня Enterobacteriaceae, специфічних штамів *Escherichiacoli* (AIEC), *Proteus vulgaris*, *Acinetobacterjunii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecium* і *Streptococcus* spp. *Ruminococcus* spp.

У хворих на КРР на фоні ексудативного запалення слизової товстої кишки спостерігалися глибокі мікроекологічні зрушення у вигляді інверсій автохтонної мікрофлори, характер якої залежить від умовно-патогенних видів, збільшення кількості лакто- і біфідобактерій та проліферації *Clostridium difficile*, *C. perfringens*.

При вивченні копрограм після різних способів створення стом, основну увагу звертали на вміст м'язових волокон у фекаліях, нейтрального жиру та жирних кислот, внутрішньо- та позаклітинного крохмалю.

У хворих із ентеростомою синдром мальабсорбції був вираженішим ніж у пацієнтів з колостоомою, що виявлялося частішою стеатореєю – 4 хворих (57,14%) проти 4 (18,18 %), ($\chi^2=4,04$, $p=0,044$), креатореєю – 5 хворих (71,43%) проти 6 (27,27%), ($\chi^2=4,40$, $p=0,036$) і схильністю до амілореї – 5 хворих (71,43%) проти 9 (40,91 %), ($\chi^2=1,98$, $p=0,159$) Встановлено, що синдром мальабсорбції у хворих з ентеростомами представлений двома проявами. 1. Синдром недостатності перетравлення в тонкій кишці: рідкі жовті фекалії лужної реакції, велика кількість м'язових волокон, нейтрального жиру і йодофільної мікрофлори, значна кількість жирних кислот, дуже високий вміст крохмалю та клітковини (у 4-х пацієнтів). 2. Синдром прискореної евакуації з тонкої кишки: рідкі жовті або світло-коричневі фекалії слабо-лужної реакції, значна кількість м'язових волокон, жирних кислот, сполучної тканини, дуже багато нейтрального жиру, крохмалю (у 3-х пацієнтів).

Таким чином можна констатувати, що у ентеро-колостомованих хворих спостерігається синдром мальабсорбції і найбільше він виражений у хворих з ентеростомами, а найменш виражений у хворих з сигмостоомою. Практично у всіх хворих діагностовано анаеробний дисбаланс за рахунок підвищення кількості клостридій та умовно-патогенної мікрофлори.

У пацієнтів із трансверзостомами та сигмостомами виявлено *S. difficile* на фоні збільшення кількості умовно-патогенної мікрофлори. Забезпечення співвідношення усіх компонентів мікрофлори кишківника є ефективним компонентом в комплексному хірургічному лікуванні у пацієнтів зі запальними захворюваннями товстої кишки, що потребують ентеростомії. Ведення раннього післяопераційного періоду даного контингенту пацієнтів доцільно проводити з використанням запропонованої медикаментозної схеми ведення ентеростомованих хворих.

Застосування «Ентеролу 250» в комплексному лікуванні ентеростомованих хворих в ранньому післяопераційному періоді є новим підходом стосовно зменшення об'єму кишкових виділень, профілактиці та лікуванню діарейного синдрому і кишкового дисбалансу. Спосіб переміщення хімусу при дводульній ентеростомії при запальних захворюваннях кишечника (Патент України на корисну модель № 72126 від 10.08.2012) сприяє швидшому відновленню пасажу і профілактиці дисбіозу виключеного відділу кишечника. Використання *Saccharomyces boulardii* сприяє формуванню біоценозу товстої кишки, відновленню процесів травлення та зменшенню об'єму кишкових випорожнень у три рази (до 580 ± 65 мл), попереджує розвиток процесів бактерійної транслокації в умовах дисбіозу кишечника у ранній післяопераційний період.

Встановлено спектр ранніх ПЕКСУ та частоту виникнення в залежності від локалізації та типу стоми. Незалежно від групової приналежності у 110 пацієнтів з 480 ентеро-колостомованих хворих, виникло 155 ранніх ПЕКСУ, що становить 32,3 % стомованих. Серед усіх ранніх ускладнень 46,2 % займають пацієнти з дводульною колостою, а найменше виявлено у 8 % пацієнтів, яким виконана однодульна ентеростомія.

Ранні гнійно-запальні ПЕКСУ розвинулися у 65,8% хворих від загальної кількості ранніх парастомічних ускладнень. Поверхневі нагноєння відзначені у 76 пацієнтів, параколостомічні абсцеси – у 18, параколостомічні флегмони – у 8 пацієнтів. Поверхнєве нагноєння проявлялося запаленням шкірно-слизової (або шкірно-серозного) з'єднання, зв'язаних з інфікуванням швів, накладених між шкірою і слизовою (серозною) оболонкою виведеної кишки. Це запалення розповсюджувалося і на підшкірну клітковину. Велике значення для діагностики поверхневого нагноєння мала ревізія ділянки зіткнення шкіри і слизової (або серозної) оболонки ї кишки, яка показана при наявності будь-яких ознак ускладнення або підозрі на можливість його розвитку. При появі поверхневого нагноєння знімали 1-2 шкірно-слизових шви, евакуювали гнійний екссудат з обробленням рани антисептичним розчином. У подальшому лікування проводили відкритим способом із застосуванням осмотично активних препаратів у першій фазі ранового процесу і захисних мазевих пов'язок у другій. Парастомічний абсцес

спостерігали у 18 (2,7 %) пацієнтів від загальної кількості оперованих. Частіше всього абсцеси формувалися в підшкірній клітковині (14 спостережень – 72,8 %); рідше – під апоневрозом (4 випадки – 22,2 %). Парастомічна флегмона частіше локалізувалась у підшкірній клітковині (епіфасціальна флегмона) – у 6 хворих (75,0 %), рідше – в міжм'язових клітковинних просторах (субфасціальна флегмона) – у 2 пацієнтів (25,0%). Хірургічне лікування флегмон та парастомічних абсцесів здійснювали відповідно правил гнійної хірургії, широкими розрізами в напрямку від стоми розкривали, дренивали та санували гнійник включаючи комплексну інфузійну дезінтоксикаційну терапію із зміною антибіотиків. Перебіг раневого процесу гнійних параколотомічних ран істотно ускладнювався постійним інфікуванням високовілурентною товстокишковою флорою, тому найважливішою умовою лікування було запобігання попадання калових мас у рану і на шкіру навколо колостоми, шляхом застосування калоприймачів та паст.

Основними збудниками інфекції у хворих із ранніми гнійно-запальними параколотомічними ускладненнями були ентеробактерії - 71,1 % випадків, при цьому домінувала кишкова паличка, ентеро- і стрептококи висівалися в 19,9 % випадків. Рідше всього в гнійному виділенні були присутні анаероби – в 9,0 % випадків. У першу добу після розкриття і санації парастомічного гнійника домінувала грамнегативна мікрофлора; грамнегативні палички кишкової групи, в тому числі, в асоціації з неспороутворюючими анаеробами (пептококи, пептострептококи, бактероїди, фузобактерії). Через 5–7 днів після хірургічної обробки гнійника в мікробному пейзажі спостерігалися зміни, які характеризувалися збільшенням бактерій кишкової групи і появою кокової мікрофлори.

Серед ранніх ПЕКСУ також спостерігали парастомічний дерматит у 19 (12,3 %), який частіше виникав після екстрених операцій. Причинами розвитку дерматиту був контакт хімусу зі шкірою, та дефект догляду за стомою; ретракцію стоми у 8 (5,2 %), некроз стоми у 8 (5,2 %) хворих (в основі даного ускладнення – порушення кровообігу у виведеній кишці. Причинами недостатності кровообігу колостоми були: натяг виведеної кишки або її брижі, прошивання крайової судини брижі при підшиванні її до парієтальної очередини, перекрут кишки на 180°; туге ушивання апоневрозу або шкіри навколо виведеної кишки; тромбоз судин брижі і кишки) кровотечу зі стоми у 7 (4,5 %) хворих, нориці 3 (1,9 %), евентрація – 2 (1,2 %) хворих та непрохідність у 2 (1,2 %) пацієнтів з ранніми ПЕКСУ.

До ранніх ПЕКСУ нами віднесено ранню стриктуру стоми за типом «Комірець єпископа», яка спостерігається у 4 пацієнтів з ентеростомами. Вказане ускладнення відзначене у 3 хворих з однодульною ентеростомою, та у 1 хворого з дводульною ентеростомою. У колостомованих дане ускладнення не розвивалось. Для ліквідації стриктури запропонована хірургічна тактика, на що отримано патент України (Пат. України на

винахід № 114995 від 28.08.201 7 «Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми за типом «Комірець Єпископа»). Лікування стриктури досягається завдяки диференційованому висіченню грануляційної тканини ентеростоми, а не перистомальної шкіри, а також можливості диференціації грануляційних тканин та стінки стоми, завдяки надсіченню вертикальними розрізами. Під час маніпуляції в ентеростому обережно вводять палець, який виступає як в ролі бу́жа, так і в ролі індикатора товщини стінки та наявності грануляційної тканини.

У післяопераційному періоді від різних причин померли 15 хворих, які мали ранні ускладнення ПЕКСУ. Основною причиною смерті був перитоніт – у 9 (60 % всіх померлих). Причому у третині випадків розвиток перитоніту був зв'язаний з прогресуванням ранніх ускладнень колостоми: ретракції виведеної кишки – 1 пацієнт; параколомостомічної флегмони – 1 пацієнт і абсцесу – 1 пацієнт. У групі пацієнтів з ранніми ПЕКСУ летальність становить 3,1%, що на 20% перевищує аналогічний показник у пацієнтів без ранніх ПЕКСУ – 2,5 %. ($p < 0,01$).

У 480 ентеро-коломостомованих виникло 66 (13,9 %) пізніх ПЕКСУ. У 72,0 % від загальної кількості пацієнтів спостерігали одночасно декілька ускладнень. Найбільш часто пізні ускладнення спостерігали у пацієнтів, яким накладена дводульну колостому – 21 (31,8%), на другому місці за кількістю ускладнень були хворі з дводульними ентеростомами – 16 (24,0 %). Найменше пізніх ускладнень виявлено в пацієнтів яким виконували однодульну ентеростомію. В структурі пізніх ПЕКСУ переважав парастомічний дерматит – 29 (43 %), який лікували консервативно. Також спостерігали парастомічні грижі – 10 (15,1 %) хворих, випадіння стоми також у 10 (15,1%) хворих та стриктури стоми у 9 (13,6 %) пацієнтів. Лікування пізніх ускладнень колостоми вимагало застосування широкого спектру хірургічних втручань. У плановому порядку спосіб хірургічної корекції пізніх ускладнень колостоми вибирається індивідуально. В екстрених випадках перевагу надавали найбільш простим оперативним втручанням, направлених на врятування життя хворого. Абсолютними показаннями до операції у хворих з пізніми ускладненнями колостоми були невідкладні стани, які можуть привести до смерті: а) защемлення параколомостомічної грижі; б) защемлення товстої кишки, що випала через колостому; в) некроз евагінату; г) гостра кишкова непрохідність внаслідок рубцевого звуження колостоми.

Окремо виділено ПЕКСУ, пов'язані із функціональними розладами, до яких відносяться: прискорення транзиту, анаеробний дисбаланс виключених відділів кишківника за рахунок збільшення кількості умовно-патогенної мікрофлори та синдром мальабсорбції важкого, середнього та легкого ступеню, що потребують відповідної корекції.

Проведена оцінка ЯЖ у 66 виписаних із стаціонару хворих із пізніми ПЕКСУ та без ускладнень (25 – із ентеростомою, 41 – із колостомою) показала, що якість життя хворих із ПЕКСУ нижча ніж у хворих без ускладнень, за рахунок зниження інтенсивності болю на

24,0 %, покращення соціального функціонування на 21 % та покращення психічного здоров'я на 35,0 %. При оцінюванні якості життя в залежності від типу та локалізації стоми встановлено, що найнижчі показники ЯЖ спостерігали у хворих із однодульними ентоеростомами, найвищі – у пацієнтів з дводульними колостомами ($p<0,05$). Наявність стоми на передній черевній стінці психічно інвалідизує багатьох пацієнтів, а наявність ПЕКСУ загрожує окрім цього життю хворого.

Нами запропонована схема комплексної реабілітації хворих з ПЕКСУ (рис.1).

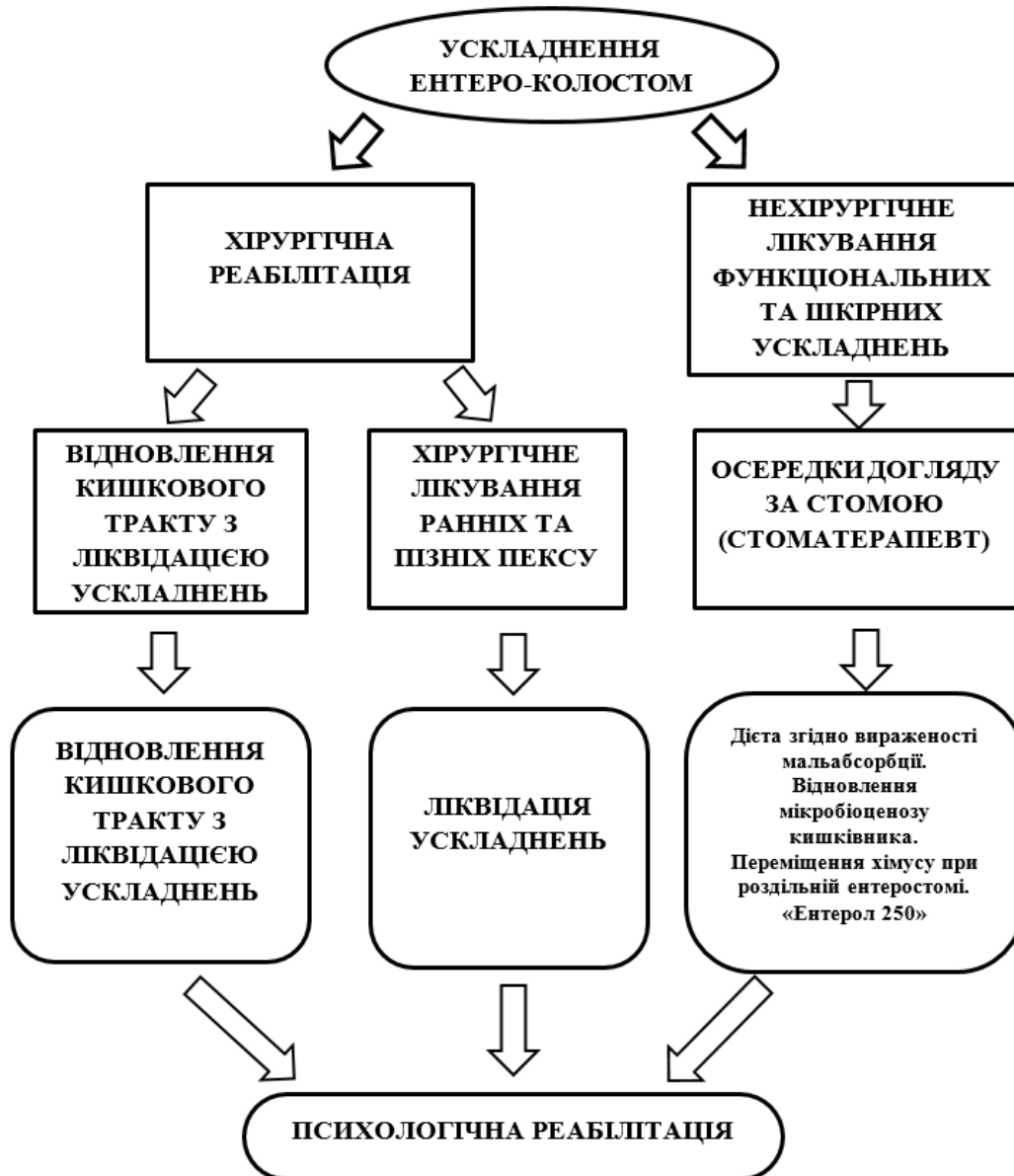


Рис. 1. Схема реабілітації хворих з параентеро-колостомічними ускладненнями.

Таким чином, важливим в покращенні ЯЖ хворих з ентоеро-колостоною є використання запропонованого алгоритму дій та персоніфікованому підходу до реабілітації цієї важкої категорії пацієнтів. Хірургічна реабілітація полягає у відновленні кишкового пасажу та

ліквідації парастомічних ускладнень якщо вони є. Хірургічне лікування направлене тільки на корекцію ПЕКСУ. Нехірургічні способи використовуються при догляді за шкірою довкола стоми, направлені на підбір харчування, який покриває втрату білків, жирів та вуглеводів, відновлення мікробіоценозу та зменшення кількості випорожнень.

Своєчасне виконання спеціалізованих реабілітаційних заходів, покращує якість життя хворих, робить їх більш соціально адаптованими, повертає до звичної роботи.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і новий підхід вирішення наукового завдання – покращення результатів хірургічного лікування і якості життя хворих на КРР, хронічні запальні та незапальні захворювання кишечника, операційні втручання у яких було завершено формуванням постійної чи тимчасової коло- або ентеростоми, шляхом корекції дисфункції стоми, розробці заходів профілактики та лікування ускладнень ентеро- та колостоми.

1. Причинами формування ентеро-колостом є КРР – 89,1 %. Частка серед колостомованих 94,0 %, серед ентеростомованих 26,3 %. Частка пацієнтів з запальними захворюваннями кишечника серед колостомованих складала 0,7 %, а серед ентеростомованих 31,0 %. У пацієнтів з ентеро-колостомами частіше формувалася дводульна стома 74,5 %. Серед колостом частка складала 75,0 %, серед ентеростом – 71,0 %.

2. Ранні ПЕКСУ спостерігались у 32,3 % ентеро-колостомованих хворих, пізні ПЕКСУ – у 13,8 % пацієнтів з ентеро-колостомами.

3. При НВК та ХК частка умовно-патогенних та транзиторних видів мікрофлори зростає в 3,2 і 1,8 рази відповідно ($p < 0.05$). Найбільш стійкими до змінених умов існування виявилась кишкова паличка *E.coli* із типовими властивостями, що висіваються у хворих і зберігають концентрацію 10^6 КУО/г. У всіх хворих на КРР дисбіотичні зміни супроводжувались болем та дискомфортом у животі, диспепсією. Підвищення чисельності умовно-патогенної мікрофлори у цих пацієнтів виявлено у 48,0 % спостережень.

3. У хворих із ентеростоною синдром мальабсорбції був вираженішим ніж у пацієнтів з колостоною, що виявлялося частішою стеатореєю – 57,14% хворих проти 18,18%, ($\chi^2=4,04$, $p < 0,05$), креатореєю – 71,43% хворих проти 27,27%, ($\chi^2=4,40$, $p < 0,05$) і схильністю до амілореї – 71,43% хворих проти 40,91%, ($\chi^2=1,98$, $p=0,159$). З метою корекції об'єму кишкових випорожнень доцільним є призначення ентеростомованим пацієнтам “Ентерол 250” (*Saccharomyces boulardii*) у відповідності до розпрацьованої схеми, що призводить до зниження об'єму випорожнення з тонкої кишки у 3 рази, починаючи з 12 доби до 580 ± 65 мл. Спосіб переміщення хімусу при дводульній ентеростомії при незапальних захворюваннях кишківника сприяє зменшенню об'єму

парентерального харчування шляхом пасажу хімусу по відключеній кишці і профілактиці дисбіозу та синдрому «відключеної кишки».

4. При формуванні раннього стенозу ентеростоми за типом «Комірець єпископа» доцільною є його хірургічна корекція за розробленою в клініці методикою яка полягає в висіченні грануляційної тканини довкола стоми, під контролем введеного в стому пальця.

5. ЯЖ хворих з ПЕКСУ нижча ніж у хворих без ускладнень за рахунок зниження показників інтенсивності болю на 24,0 %, соціальної активності на 21,0 % та психічного здоров'я на 35,0 %. Найнижчі показники ЯЖ спостерігались у групі хворих з однодульними ентеростомами, найвищі – у пацієнтів з дводульними колостомами ($p < 0,05$).

6. Запропонована система реабілітації пацієнтів з ПЕКСУ, що передбачає хірургічну реабілітацію – відновлення пасажу кишківника з ліквідацією ПЕКСУ; хірургічне лікування – ліквідація ПЕКСУ; та медикаментозне лікування шкірних парастомічних ускладнень, корекція синдрому мальабсорбції та дисбіозу – створює умови для покращення реабілітації стомованих хворих.

7. Використання опрацьованих за результатами дисертаційного дослідження комплексних заходів корекції дисбіотичних, функціональних порушень, ускладнень ентеро-колом сприяє ліквідації проявів транслокації мікрофлори в умовах дисбіозу в ранньому післяопераційному періоді, формуванню нормального біоценозу кишечника, покращенню процесів травлення, зменшенню в 3 рази об'єму кишкових випорожнень. Хірургічна корекція ПЕКСУ покращує результати післяопераційного лікування та суттєво підвищує якість життя стомованих хворих.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Усім стомованим хворим рекомендовано визначати мікрофлори кишківника для подальшої корекції дисбіотичних порушень.

2. При розвитку гнійно-запальних ускладнень раціонально проводити бактеріологічне дослідження гнійного ексудату для ефективної антибіотикотерапії.

3. Для зменшення об'єму кишкових виділень, скорочення тривалості парентерального харчування та для профілактики розвитку процесів бактерійної транслокації у стомованих пацієнтів рекомендовано комплексному лікуванні застосування *Saccharomyces boulardii* (Ентерол 250).

4. При дводульній роздільній ентеростомії рекомендовано переміщення хімусу у відключений з пасажу по шлунково-кишковому тракту відділ кишки розробленою методикою введення хімусу за допомогою оригінального пристрою.

5. Для зменшення синдрому мальабсорбції у стомованих пацієнтів рекомендовано комплексне ентеральне харчування збагачене

жирами, вуглеводами та білками.

6. При ранньому стенозі ентеростоми за типом «Комірець єпископа» – доцільно використовувати спосіб хірургічної корекції, шляхом висічення грануляційної тканини під контролем введенного в стому пальця.

7. Запропоновано систему реабілітаційних заходів у пацієнтів з ПЕКСУ на фоні психологічної реабілітації передбачає: хірургічну реабілітацію – відновлення безперервності кишечника з ліквідацією ПЕКСУ; хірургічне лікування – ліквідацію тільки ПЕКСУ; медикаментозне лікування шкірних парастомічних ускладнень, мальабсорбції та дисбіозу.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Лозинський Ю. С. Спосіб корекції дисфункції ілеостоми у пацієнтів з запальними захворюваннями товстої кишки / Ю.С.Лозинський, В.В. Куновський, І.О.Коляда, **О. В. Леошик** // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 68 (4). – С. 86–88. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

2. Русин В.И. Сравнительный анализ микрофлоры кишечника при болезни Крона, неспецифическом язвенном колите и раке толстой кишки / В. И. Русин, Г.Н. Коваль, Ю.С.Лозинский, **А.В.Леошик** // Хирургия. Восточная Европа. – № 6 (36). – 2017.– С. 365–373. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

3. Русин В.І. Синдром мальабсорбції у хворих, яким накладено стому / В. І. Русин, Г.М. Коваль, Ф.М. Павук, Ю.С.Лозинський, **О. В. Леошик**. // Клінічна хірургія. – 2017. – № 9 (905). – С.31–33. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

4. Витвицький І. К. Досвід хірургічного лікування раку прямої кишки / І. К. Витвицький, І.В.Хавунка, О. О. Прецель, **О. В. Леошик**, та ін. [разом 6 авторів] // Клінічна хірургія. – 2016. – № 10 (3). – С.129. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

5. Павловський М. П. Колостома в проктології. Реабілітація стомованих пацієнтів в Україні / М. П. Павловський, Ю.С.Лозинський, **О. В. Леошик** // Харківська хірургічна школа. – № 34 (22). – 2009. – С. 65–66. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

6. Русин В. І. Мікрофлора кишечника хворих на неспецифічний виразковий коліт та хворобу Крона / В.І.Русин, Г.М.Коваль, Ю.С.Лозинський, **О. В. Леошик** // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія Медицина. – № (1) 55. – 2017. – С. 98–101. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

7. Коваль Г.М. Діагностика і лікування ранніх гнійно-запальних параколомостомічних ускладнень / Г.М. Коваль, Ю.С. Лозинський, **О. В. Леошик** та ін. [6 авт.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія Медицина. – 2017. – №2 (56). — С. 67–72. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

8. Русин В.І. Синдром мальабсорбції та мікробіологічна флора стомованих хворих / В. І. Русин, Г. М. Коваль, Ф. М. Павук, Ю. С., Лозинський, **О. В. Леошик** // Український журнал хірургії. – 2017. – № 3 (34). – С. 5–9. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував статтю до друку).*

9. Лозинський Ю. С. Шлях корекції об'єму кишкових виділень у ілеостомованих хворих / Ю.С.Лозинський, В.В.Куновський, І.О. Коляда, **О. В. Леошик** // Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю (1–2 листопада 2006, Львів). – Львів, 2006. – С. 168–171. *(Здобувач проводив літературний пошук, самостійно проводив лікування хворих, узагальнення отриманих результатів та їх статистичну обробку. Підготував тезу до друку).*

10. Патент України на корисну модель № UA72126 МПК (2012.01) А61В 17/00, А61М25/00, А61М 39/00. Спосіб переміщення хімусу при роздільній ентеростомі / Винахідники і патентовласники: Лозинський Ю. С., **Леошик О. В.**, Хавунка І. В., Лозинська Л. Ю. Заявл.16.01.2012; опубл. 10.08.2012, бюл. №15.

11. Патент України на корисну модель № UA114420U МПК (2017.01) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми за типом «Комірець єпископа» / Винахідники: Лозинський Ю. С., Прецель О. О., **Леошик О. В.**, Витвицький І. К. Патентовласник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Заявл. 22.08.2016., опубл. 10.03.2017, бюл. №5.

12. Патент на винахід № 114995 МПК (2017.01), А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пацієнтів з стриктурою ентеростоми за типом «Комірець Єпископа» / Патентовласник: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Винахідник: Лозинський Ю.С., Прецель О.О., **Леошик О.В.**, Витвицький І.К. Заявл. 11.07.2016, опубл. 28.08.2017, бюл. № 16.

АНОТАЦІЯ

Леошик О.В. Парастомічні ускладнення у хворих з одно- та дводульними ентеро-колостомами. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія (222– медицина). – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», МОН України. – Ужгород, 2018.

У роботі наведено теоретичне узагальнення і новий підхід до вирішення наукового завдання – покращення результатів лікування хворих з ускладненим перебігом ентеро-колостоми шляхом корекції ПЕКСУ та функціональних розладів і впровадження нових технологій лікування.

Досліджено 480 хворих, серед яких 442 хворих з колостомою та 38 з ентеростомою. Найчастішою причиною формування стоми є РТК (94,5% колостомованих, 26,1% ентеростомованих). Ранні гнійно-запальні ПЕКСУ розвинулися у 102 (65,0%) хворих. Основними збудниками інфекції встановлено ентеробактерії (71,1%), де переважала кишкова паличка. До ранніх ПЕКСУ нами віднесено ранню стриктуру стоми по типу «Комірець Єпископа», яка спостерігається при однодульних ентеростомах, для ліквідації якої запропонована нами хірургічна тактика, на що отримано патент України (Пат. України на винахід № 114995)

Встановлено, що застосування «Ентерол 250» в ранньому післяопераційному періоді дозволяє зменшити об'єм кишкових виділень. Розроблений нами спосіб переміщення хімусу при дводульній роздільній ентеростомі сприяє більш швидкому відновленню пасажу і профілактиці дисбіозу виключеного відділу кишечника (Пат. України на корисну модель № 72126).

Запропоновано систему реабілітації пацієнтів з ПЕКСУ. При оцінці ЯЖ найгірші показники спостерігали у хворих із однодульними ентеростомами, найкращі – у пацієнтів з дводульними колостомами ($p < 0,05$).

Ключові слова: ентеростома, трансверзостома, сигмостома, умовно-патогенна флора, якість життя хворих, ранні та пізні парастомічні ускладнення (ПСУ), синдром мальабсорбції, дисбіоз.

АННОТАЦИЯ

Леошик А.В. Парастомические осложнения у больных с одно- и дводульными энтероколостомами. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия – (222 медицина). – Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет», МОН Украины, Ужгород, 2018.

В работе приведены теоретическое обобщение и новый подход к решению научной задачи улучшения результатов лечения больных с осложненным течением энтеро-колостомии путем коррекции парастомических осложнений и функциональных расстройств и внедрение новых технологий лечения.

Всего исследовано 480 больных, среди которых колостомированных – 442, энтеростомованные – 38.

В группе пациентов с колостомой установлено, что наиболее частой патологией является рак толстой кишки (РТК) – 418 пациентов. Установлено, что количество пациентов с болезнью Крона (БК) в этой группе составляла 3 пациента (0,7%), а пациентам с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) колостому не формировали.

В группе пациентов с энтеростомой установлено, что наиболее частой патологией был РТК – 10 пациентов. Пациентов с БК и НЯК было по 6 (15,8%).

Независимо от групповой принадлежности из 480 энтеро-колостомированных больных, возникло 155 ранних параэнтеро-колостомических осложнений (ПЭКСО), что составило 32,3% прооперированных. Среди всех ранних осложнений 46,2% занимают пациенты с дводульной колостомой, а наименьшее значение установлено в 8% пациентов, которым выполнена однодульная энтеростомия.

Ранние гнойно-воспалительные ПЭКСО развились у 102 (65%) больных от общего количества ранних парастомических осложнений. Основными возбудителями инфекции при ранних гнойно-воспалительных осложнениях во время лечения были энтеробактерии (71,1%), где преобладала кишечная палочка, энтеро- и стрептококки (19,9%), реже анаэробы в 9,0%.

К ранним ПЭКСО нами отнесены ранняя стриктура стомы по типу «Воротничок епископа», которая наблюдается при однодульных энтеростомах, для ликвидации которой предложена хирургическая тактика, на что патент Украины (Патент Украины на изобретение № 114995)

Независимо от групповой принадлежности пациентов также у 48 энтеро-колостомированных больных из 480 возникло 66 (13,9%) поздних ПЭКСО. Наиболее часто поздние осложнения наблюдали у пациентов, которым наложена дводульная колостома – 21 (31,8%), наименее осложнений выявлено у пациентов которым выполняли однодульную энтеростомию.

Отдельно выделены ПЭКСО, связанные с функциональными расстройствами, к которым относятся: ускорение транзита, дисбиотические нарушения и синдром мальабсорбции.

При НЯК и БК часть условно-патогенных и транзиторных видов микрофлоры возрастает в 3,2 и 1,8 раза соответственно. Наиболее устойчивыми к изменившимся условиям существования оказывались кишечные палочки (*E.coli*) с типичными свойствами, высеваемых в 95,5%

больных и сохраняют концентрацию (Ig 6,9). При КРР также наблюдается повышение показателей условно-патогенной микрофлоры, которое обнаружили у 48% пациентов. Синдром мальабсорбции наиболее выражен у больных с энтеростомой.

У энтеростомированных синдром мальабсорбции был выражен сильнее чем у колостомированных, что проявлялось стеаторей – у 57,14% больных против 18,18 %, ($\chi^2=4,04$, $p<0,05$), креатореей – 71,43 % больных против 27,27%, ($\chi^2=4,40$, $p <0,05$) и склонностью к амилорее – 71,43% больных против 40,91% , ($\chi^2=1,98$, $p=0,159$).

Установлено, что применение «Энтерол 250» в комплексном лечении энтеростомированных больных в раннем послеоперационном периоде является новым подходом по уменьшению объема кишечных выделений, профилактики и лечению диарейного синдрома. Разработанный нами способ перемещения химуса при дводульной энтеростоме способствует более быстрому восстановлению пассажа и профилактике дисбактериоза исключенного отдела кишечника (Патент Украины на полезную модель № 72126).

Предложенная система реабилитации пациентов с ПЭКСО создает условия для улучшения реабилитации стомированных больных.

Проведена оценка качества жизни (КЖ) у 66 выписанных из стационара больных показала, что КЖ больных с ПЭКСО ниже чем у больных без осложнений за счет снижения интенсивности боли на 24%, улучшение социального функционирования на 21% и улучшение психического здоровья на 35%. Самые низкие показатели КЖ наблюдали у больных с однодульными энтеростомами, самые высокие – у пациентов с дводульными колостомами ($p<0,05$).

Ключевые слова: энтеростома, трансверзостома, сигмостома, качество жизни больных, ранние и поздние парастомические осложнения, синдром мальабсорбции.

SUMMARY

Leoshyk O.V. Parastomal complications in patients with single- and two-duct entero- and colostomy. Qualification scientific work on the rights of manuscripts.

Thesis for obtaining the academic degree “Candidate of medical sciences” in specialty 14.01.03 – “Surgery (222 Medicine) — State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University", Uzhhorod, 2018.

The theoretical generalization and a new approach to the solution of the scientific task of improving the treatment results of patients with complicated flow through the entero-colostomy by correction of paradigmatic complications and functional disorders as well as the introduction of new technologies of treatment are given.

A total of 480 patients were studied, of which 442 were colostomates and 38 enterostomates. In the group of patients with colostomy and enterostomy, the most common pathology was colon cancer – 418

colostomates, and 10 enterostomates. In 110 patients from 480 ostomates patients, 155 early paraentero-colostomy complications occurred, accounting for 32.3% of the patients underwent surgery. Early purulent-inflammatory entero-colostomy complications developed in 102 (65%) patients from the total number of early parastomal complications. The main pathogens of infection in early inflammatory complications during treatment were *E.coli* (71.1%), where *E.coli*. We refer the early stricture of the stoma of the "Bishop's collar" type to early enterostomy complications, which is observed in patients with enterostoma, for the treatment of which the surgical tactic has been proposed and the patent of Ukraine was obtained (Patent of Ukraine No. 114995).

It was found that the use of Enterol 250 in the complex treatment of enterostomy patients in the early postoperative period lead to reducing the volume of intestinal secretions, the prevention and treatment of diarrhea syndrome. Our method of moving chymes with two-duct separative enterostomy promotes faster restoration of passage and prevention of dysbiosis of the excluded intestine segment (Patent of Ukraine for utility model №72126).

The proposed system of rehabilitation of patients with parastomal complications. The evaluation of quality of life (QOL) has shown that the QOL of patients with single duct enterostoma was lowest rate, the highest in patients with two-duct colostomy ($p<0.05$).

Key words: enterostoma, transversostoma, sigmoidostomy, quality of life, early and late parastomy complications, malabsorption syndrome.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗЗТК	– запальні захворювання товстої кишки
КРР	– колоректальний рак
НВК	– неспецифічний виразковий коліт
ПЕКСУ	– параентеро-колостомічні ускладнення
РПК	– рак прямої кишки
РТК	– рак товстої кишки
ХК	– хвороба крона
ЯЖ	– якість життя
АІЕС	– adherent-invasive <i>Escherichia Coli</i>
QOL	– quality of life