

ЗАСТОСУВАННЯ РУКАВНОЇ КОЛОСТОМІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ

В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо

Берегівська центральна районна лікарня, Закарпатська область

APPLICATION OF A SLEEVE COLOSTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING AN ACUTE OBSTRUCTIVE IMPASSABILITY OF LARGE BOWEL

V. I. Kustryo, O. V. Langazo

Beregove Central Regional Hospital, Zakarpattia oblast

Реферат

У 31 хворого (1-ша група) накладена колостома за стандартною методикою з застосуванням калоприймача безпосередньо після операції.

У 36 хворих (2-га група) виконана рукавна колостома за запропонованою методикою з відстроченим застосуванням калоприймача. Використання запропонованого методу рукавної колостоми при хірургічному лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки (ГОНТК) дозволило уникнути гнійно-септичних ускладнень, зменшити частоту параколомних ускладнень в 11,9 разу, післяопераційну летальність – у 3,5 разу, тривалість лікування хворого у стаціонарі – у 2,3 разу.

Ключові слова: гостра обтураційна непрохідність товстого кишечника; рукавна колостома; післяопераційні параколомні ускладнення.

Abstract

In 31 patients (group I) a colostomy was formatted in accordance to standard procedure with adjustment of colostomy bag immediately postoperatively.

In 36 patients (group II) a sleeve colostomy was made in accordance to the procedure proposed with deferred application of colostomy bag. Application of the sleeve colostomy method proposed in surgical treatment of an acute obstructive impassability of large bowel have permitted to avoid purulent-septic complications, to reduce the paracolostomic complications rate in 11.9 times, postoperative lethality – in 3.5 times, and the patient's stationary stay – in 2.3 times.

Keywords: acute obstructive impassability of large bowel; sleeve colostomy; postoperative paracolostomic complications.

В хірургічному лікуванні хворих з приводу ГОНТК у 75 – 80% з них виконують етапні оперативні втручання, що супроводжуються накладанням ургентної колостоми. У 40 – 70% хворих виникають гнійно-септичні ускладнення в ділянці операційної рани та параколомної зони. Їх частота в структурі післяопераційної летальності становить від 42 до 78% [1].

Гнійно-септичні параколомні ускладнення можуть також супроводжуватись ретракцією колостоми у черевну порожнину [2] внаслідок неспроможності шкірно-кишкових швів з виникненням калового перитоніту, що потребує виконання релaparотомії, це ще більше відтерміновує радикальний етап операції, збільшує інвалідність хворих, летальність, погіршує якість їх життя, трудову та соціальну реабілітацію. Крім того, ранні післяопераційні гнійно-септичні ускладнення є основною причиною виникнення пізніх парако-

ломних ускладнень, зокрема, параколярної грижі, стриктури стоми, параколярних норниць, що спричиняють виникнення вираженого рубцево-спайкового процесу навколо виведеної на передню черевну стінку стоми, що утруднює технічні умови виконання відновного етапу операції.

У теперішній час існують майже 200 методів накладання колостом різного виду, більшість з яких пропонують використовувати для покращання функціональних результатів у плановій хірургії колоректального раку, проте, жоден з них не відповідає вимогам мінімізації частоти ранніх післяопераційних гнійно-септичних параколомних ускладнень при лікуванні хворих з приводу ГОНТК. У зв'язку з цим деякі автори пропонують після операції обробляти шкіру навколо стоми різними антисептичними мазями, фіксувати навколо стоми марлевий валик з мазю, встановлювати трубчастий дре-

наж в привідну петлю кишки через стому, формувати колостому «стовпчиком», застосовувати калоприймач безпосередньо після операції. Проте, у таких хворих проблема не вирішена, формування колостоми з мінімальною частотою ранніх післяопераційних ускладнень у них є одним з основних завдань лікування.

Однією з основних місцевих причин виникнення ранніх післяопераційних гнійно-запальних параколомних ускладнень є забруднення параколомної рани калом та інфікування збудниками, що містяться в ньому [3]. Тому розробка нових методів відведення вмісту кишечника, що дозволили б уникнути цього, є одним з найважливіших чинників профілактики гнійно-септичних параколомних ускладнень у таких хворих.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих з приводу ГОНТК шляхом розробки нових методів попередження

ранніх гнійно-септичних парако-
лостомних ускладнень.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ
ДОСЛІДЖЕННЯ**

Проаналізовані результати ліку-
вання 67 хворих, у яких з приво-
ду ГОНТК накладена колостома, з
них у 55 – одноствольна кінцева ко-
лостома після виконання радикаль-
ної обструктивної операції типу
Гартманна, у 5 – одноствольна кін-
цева ілеостома після виконання то-
тальної або субтотальної колектомії,
у 7 – двоствольна петльова колосто-
ма. Віком від 40 до 59 років було 13
хворих, від 60 до 74 років – 47, стар-
ше 75 років – 7.

В усіх пацієнтів діагностоване од-
не або кілька соматичних захворю-
вань у стадії компенсації або субко-
мпенсації.

Хворі залежно від методики на-
кладання колостоми розподілені на
дві групи.

У 31 хворого (1-ша група) на-
кладена колостома за стандартною
методикою з застосуванням кало-
приймача безпосередньо після опе-
рації, у 25 з них – одноствольна кін-
цева, у 4 – двоствольна петльова, у 2
– одноствольна кінцева ілеостома.

У 36 хворих (2-га група) викона-
на рукавна колостомія за запропо-
нованою нами методикою з відстро-
ченим застосуванням калоприйма-
ча, у 30 з них – одноствольна кінцева,
у 3 – двоствольна петльова, у 3 – од-
ноствольна кінцева рукавна ілеосто-
ма. Групи репрезентативні за віком

пацієнтів, супутніми захворювання-
ми, тяжкістю ГОНТК.

Методика операції. Виконували се-
рединну лапаротомію. За загально-
прийнятими онкологічними прин-
ципами мобілізували ліву полови-
ну ободової кишки. На дистальну час-
тину мобілізованої кишки накла-
дали апаратний шов, прошивали та
пересікали її. Прошиту куксу дис-
тальної частини кишки перитонізу-
вали за допомогою кисетного шва.
Дистальний кінець мобілізованої
кишки разом з пухлиною виводили
за межі операційного поля. На 4 см
проксимальніше пухлини розкрива-
ли кишку, видаляли її вміст шляхом
„зцідження” через тимчасово збе-
режену мобілізовану частину киш-
ки та спорожнювали її через роз-
різ вище пухлини за межі операцій-
ного поля у підготовлену ємність. За
необхідності через утворений роз-
різ у кишечник вводили поліхлорві-
нілову трубку, промивали його про-
світ з подальшою аспірацією залиш-
ків промивних вод. Після спорож-
нення кишечника на рівні мобіліза-
ції проксимальної частини ободової
кишки наклали апаратний шов,
пересікали її, видаляли препарат ра-
зом з пухлиною. Прошитий спо-
рожнений оральний кінець обо-
дової кишки через окремий розріз ви-
водили на передню черевну стінку і
фіксували окремими пошаровими
вузловими швами, залишаючи над-
лишок довжиною біля 4 см. Черевну
порожнину пошарово зашивали.
Тимчасово перекривали просвіт ви-

веденої кишки м'яким затискачем.
Апаратний шов відскакали, в просвіт
кишки вводили циліндричне опірне
кільце шириною 2,5– 3,0 см разом з
насадженим на нього гумовим рука-
вом-відводом вмісту кишки довжи-
ною 15– 17 см, діаметр якого відпо-
відав діаметру кишки. Конструкцію
фіксували у просвіті кишки шляхом
перев'язування кишки лігатурою на
опірному кільці [4] або зшивали ви-
ведений кінець кишки з використан-
ням атравматичного шва кінець в кі-
нець з гумовим рукавом-відводом
[5]. Дистальний кінець гумового ру-
кава-відвода вміщували в ємність
для збирання вмісту кишки. Знімали
з кишки затискач, після чого стома
починала функціонувати. За потре-
би довжину рукава-відвода збільшу-
вали. На 7 – 8-му добу після операції,
за умов адекватного злипання киш-
ки з шкірою та тканинами передньої
черевної стінки, на відстані 2 см від
шкіри відскакали та видаляли надли-
шок виведеної кишки разом з гумо-
вим рукавом – відводом. Накладали
калоприймач. Кінцеву одностволь-
ну ілеостома формували аналогічно.

При формуванні петльової дво-
ствольної колостоми з приво-
ду ГОНТК нами запропонований ме-
тод накладання рукавної колостоми
[6]. Розкривали черевну порожни-
ну. Проксимальніше пухлини виво-
дили ділянку ободової кишки на пе-
редню черевну стінку у вигляді дво-
стволки, підшивали її до м'яких тка-
нин та шкіри вузловими швами за
загальноприйнятною методикою.
Тимчасово перекривали просвіт
виведеної кишки м'яким затиска-
чем, розкривали її бічну стінку роз-
різом довжиною до 4 см та зшива-
ли її з проксимальним кінцем гумо-
вого рукава-відвода відповідного ді-
аметра кінець в бік з використан-
ням безперервного атравматичного
шва (рис. 1). Дистальний кінець ру-
кава вміщували в ємність для збирання
вмісту кишечника. Знімали затискач.
Спорожнення кишечника почина-
ли безпосередньо після операції че-
рез тимчасовий рукав-відвід за межі
операційного поля, оминаючи шкір-
но-кишкові шви, у ємність для зби-
рання вмісту кишки (рис. 2). При не-
обхідності додатково герметизували
шви за допомогою медичного клею-
чого засобу. На 7– 8-му добу після
операції, за умов адекватного зли-

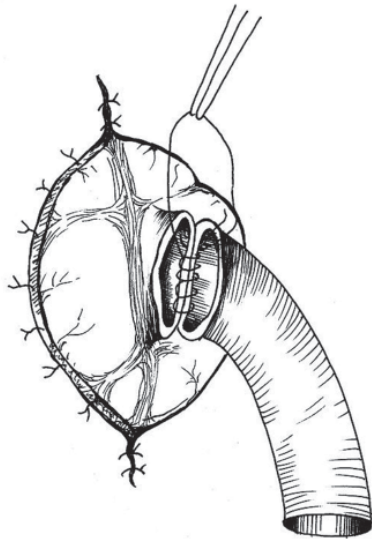


Рис. 1.
Зшивання рукава- відвода з бічною
стілкою виведеної кишки.

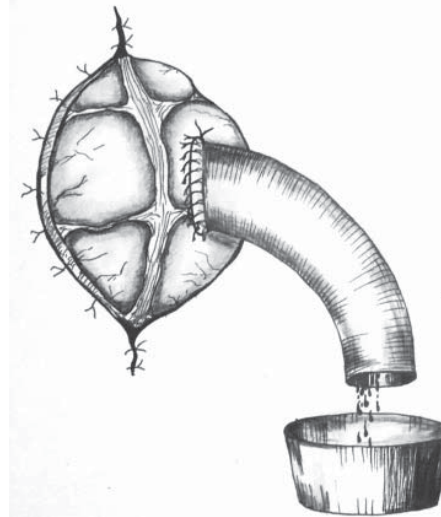


Рис. 2.
Спорожнення кишечника через
рукав-відвід за межі операційного поля.

пання кишки з шкірою та тканинами передньої черевної стінки, відсікали рукав-відвід від бічної стінки ободової кишки. Накладали калоприймач. Двоствольну петльову ілеостому формували аналогічно. Це дозволило видаляти через рукав-відвід вміст кишечника за межі операційної рани, оминаючи шкірно-кишкові шви, що попереджало їх забруднення каловими масами, виникнення гнійно-септичних параколомних ускладнень, забезпечувало кращі умови її загоєння, значно зменшувало потребу у перев'язках та витрати перев'язувального матеріалу. Крім того, спорожнення та декомпресію кишечника здійснювали безпосередньо після операції.

Після покращання стану хворого за умови операбельності процесу виконували радикальний етап втручання та закриття колостоми.

Після операції у 19 хворих, в тому числі у 7 – 1-ї групи та у 12 – 2-ї групи проводили бактеріологічне дослідження змиву з шкіри параколомної ділянки та шкірно-кишкових швів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих 1-ї групи стому відкрили та наклали калоприймач безпосередньо після операції. За даними бактеріологічного дослідження виявлені асоціації двох, трьох і більше патогенних мікроорганізмів. Найчастіше виявляли ентеробактерії, золотистий стафілокок, синьогнійну паличку. Гнійно-септичні параколомні ускладнення після операції виникли у 10 (32,2%) хворих, з них у 8 – параколомне нагноєння, у 2 – параколомна флегмона, в тому числі з втягуванням стоми у черевну порожнину в 1 хворого. Померли 3 (9,6%) хворих. Тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 21 добу.

У хворих 2-ї групи, внаслідок відведення вмісту кишечника за межі операційного поля через рукав-відвід, здійснювали одну перев'язку через 2 – 3 доби. За даними бактеріологічного дослідження в 1 хворого виявлений золотистий стафілокок. Гнійно-септичні параколомні ускладнення після операції виникли в 1 (2,7%) хворого – гематома в ділянці стоми з нагноєнням. Помер 1 (2,7%) хворий. Тривалість лікування у стаціонарі становила у середньому 9 днів.

ВИСНОВКИ

1. При накладанні ургентної колостоми у хворих з приводу ГОНТК уникнення забруднення та інфікування параколомної рани вмістом кишечника є одним з найважливіших засобів профілактики гнійно-септичних параколомних ускладнень.

2. Відведення вмісту кишечника через рукав-відвід за межі операційної рани, оминаючи шкірно-кишкові шви, дозволяє надійно уникнути інфікування параколомної рани, забезпечує покращання умов її загоєння.

3. Застосування рукавної колостоми при хірургічному лікуванні ГОНТК дозволило зменшити частоту післяопераційних гнійно-септичних параколомних ускладнень в 11,9 разу, післяопераційну летальність – у 3,5 разу, тривалість лікування хворого у стаціонарі – у 2,3 разу.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sayenko VF, Bilianskiy LS, Lavryk AS. Suchasni pidkhody do problemy hostroi obstruktsii obodovoi kyshky. Shpytalna khirurgiia. 2005;(1):10–4. [In Ukrainian].
2. Kosovan VM. Dosvid zastosuvannya U-podibnoho anastomozu v khirurgichnomu likuvanni hostroi obturatsiinoi neprokhidnosti tovstoy kyshky pukhlynnoho genezu. Klinichna khirurgiia. 2012;(8):52–4. [In Ukrainian].
3. Matviichuk VO, Bochar VT, Baklanskyi VV. Klinichno-mikrobiolohichni aspekty profilaktyky ta likuvannya hniino-septychnykh parakolostomnykh uskladnen. Suchasni medychni tekhnolohii. 2009;(4):5–8. [In Ukrainian].
4. Sposib khirurgichnoho likuvannya hostroi kyshkovoy neprokhidnosti: pat. 35797 Ukraina. № u2008 04079; zaiavl.01.04.2008; opubl. 10.10.2008, Biul. № 19. [In Ukrainian].
5. Sposib vidvedennia kyshkovoho vmistu pislia rezektsii kyshky pry hostrii kyshkovii neprokhidnosti: pat. 66696 Ukraina. № u 201108558; zaiavl.07.07.2011; opubl. 10.01.2012, Biul. №1. [In Ukrainian].
6. Sposib nakladannia kolostomy pry hostrii kyshkovii neprokhidnosti: pat. 68096 Ukraina. № u2011 11401; zaiavl. 27.09.2011; opubl. 12.03.2012, Бюл. №5. [In Ukrainian].