

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ



УДК 616.34–007.272–089.168:616.348–007.253–06–084

ПРОФІЛАКТИКА ПАРАКОЛОСТОМНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ

В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо

Берегівська центральна районна лікарня, Закарпатська область

PROPHYLAXIS OF PARACOLOSTOMIC COMPLICATIONS WHILE TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING ACUTE OBTURATION ILEUS

V. I. Kustryo, O. V. Langazo

В останні роки відзначене збільшення захворюваності на рак ободової кишки і, відповідно, частоти виконання невідкладних оперативних втручань з приводу ускладнень пухлинного процесу в ободовій кишці, зокрема, гострої обтураційної непрохідності товстої кишки (ГОНТК). Виконання радикальних оперативних втручань з відновленням безперервності ободової кишки шляхом накладення первинного товсто—товстокишкового анастомозу не завжди можливе через тривалість непрохідності кишечника, тяжкість стану хворого. Одним з найбільш поширених методів оперативного лікування за таких ситуацій є етапні втручання, зокрема, операція Цейдлера — Шлоффера. Першим етапом складають цекостому. Проте, її формування нерідко супроводжується такими небезпечними ускладненнями, як гнійно—запальні параколомні ускладнення, неспроможність швів, ретракція стоми у черевну порожнину з виникненням перитоніту внаслідок інфікування шкірно—кишкових швів вмістом при розкритті просвіту виведеної на передню черевну стінку кишки [1], що потребує виконання повторних оперативних втручань, погіршує результати лікування, відтермінує або унеможливує здійснення радикального оперативного втручання через продовження росту пухлини, збільшує інвалідизацію хворих, підвищує летальність, погіршує якість життя, трудову й соціальну реабілітацію пацієнтів. За даними літератури, частота таких ускладнень становить 17,5 — 52% [2]. За умови неоперабельності пухлини формування колостоми є остаточним методом оперативного лікування хворих. Тому актуальною проблемою лікування ГОНТК є профілактика гнійно—септичних параколомних ускладнень.

Запропонований спосіб накладання колостоми при ГОНТК [3]. Розкривають черевну порожнину, виводять ділянку ободової кишки на передню черевну стінку у вигляді двостволки, підшивають її до м'яких тканин та

шкіри вузловими швами, тимчасово перекривають просвіт виведеної кишки м'яким затискачем, після чого розкривають її бічну стінку розрізом довжиною до 4 см та зшивають її з використанням безперервного шва з проксимальним кінцем гумового еластичного протеза — відводу вмісту кишечника відповідного діаметра, довжиною 15 — 17 см, дистальний кінець якого вміщують в ємність для збирання вмісту кишечника. Знімають затискач. Випорожнення безпосередньо після операції відводять через тимчасовий протез за межі операційного поля, оминаючи шкірно—кишкові шви, у ємність для збирання вмісту кишечника. При необхідності можливо додатково герметизувати шви за допомогою різних медичних клеючих засобів. На 7 — 8—му добу після операції за умови адекватного злипання кишки з шкірою та тканинами передньої черевної стінки на рівні шкіри відскакують та видаляють протез — відвід разом з надлишком бічної стінки ободової кишки.

Це дозволяє відводити через гумовий протез весь вміст кишечника за межі операційної рани, оминаючи шкірно—кишкові шви, попереджає їх інфікування каловими масами, виникнення гнійно—запальних параколомних ускладнень, значно зменшує потребу у перев'язках та витрати перев'язувального матеріалу. Крім того, випорожнення та декомпресію кишечника здійснюють безпосередньо після операції.

Після поліпшення стану хворого за умови операбельності процесу виконують радикальний етап втручання та закриття колостоми.

З використанням запропонованого способу оперовані 7 хворих, гнійні параколомні ускладнення, неспроможність швів не спостерігали, вміст кишечника видаляли у перші години після операції через гумовий протез—відвід за межі операційної рани, що потребувало однієї перев'язки на добу.

В той же час з 7 хворих, у яких колостома сформова-

на за стандартним методом, у 3 (42,8%) виникло нагноєння рани навколо стоми, в 1 з них — ретракція стоми у черевну порожнину. Постійне випорожнення та потрапляння калу на шкіру у найближчому післяопераційному періоді потребувало проведення 10 — 12 перев'язок на добу, постійного гігієнічного оброблення шкіри навколо стоми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бочар В. Т. Профілактика післяопераційних гнійно—септичних параколомічних ускладнень / В. Т. Бочар // Клін. хірургія. — 2008. — № 11 — 12. — С. 32 — 33.
2. Профілактика параколомічних гнійно—запальних ускладнень з застосуванням сорбенту нового покоління / О. О. Біляєва, Р. Р. Процюк, С. М. Нечипорук [та ін.] // Там же. — С. 30.
3. Пат. на корисну модель 68096, Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб накладання колостоми при гострій кишковій непрохідності / В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо (Україна); заявники і власники патенту В. І. Кустрьо, О. В. Лангазо. — № u201111401; заявл. 27.09.11; опубл. 12.03.12. Бюл. № 5.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволило уникнути гнійно—запальних параколомічних ускладнень після операції, зменшити кількість перев'язок та витрат перев'язувального матеріалу.

