

ПАРАСТОМІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

*М.І.Тутченко, В.С.Андрієць, І.В.Клюзко,
С.Ф.Марчук, Б.А.Мелений*

**НМУ ім. О.О.Богомольця, клінічна лікарня №15 м. Києва
Київ, Україна**

Вступ

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 пацієнти похилого та старечого віку складають 42,5-92,4% [1, 2, 7-9]. Значна частина операцій, які виконують у цієї групи пацієнтів, закінчується формуванням того чи іншого типу ентеро- або колостом [3, 8]. Також наявність у хворих похилого та старечого віку низки супровідних захворювань часто призводить до значного збільшення кількості післяопераційних ускладнень та зростання післяопераційної летальності. Актуальність даної проблеми доводить і те, що асто-та ускладнень стоми у пацієнтів, старших за 60 років, у 5 разів більша, ніж у молодших. [5]

Метою дослідження було виявити причини параколостомічних ускладнень у людей похилого та старечого віку та розробити їх профілактику.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження було включено 28 хворих похилого та старечого віку (вік хворих коливався від 60 до 89 років), пролікованих у клінічній лікарні №15 з 2000 до 2012 р. Хворі були розподілені на дві групи. В основну групу увійшло 13 пацієнтів із сформованою в ургентному порядку колостоמוю. Причиною виведення стоми у 3 пацієнтів була перфорація дивертикула сигмовидної кишки. 10 пацієнтів були прооперовані на висоті кишкової непрохідності пухлинного генезу. Їм

було виконано операцію Гартмана з формуванням моноколомости. Під час оперативного втручання приділяли велику увагу збереженню адекватного кровопостачання сформованої стоми. Адекватність кровопостачання оцінювали за наступними критеріями:

1. Мобілізацію кишки виконували під контролем ангіоархітекτονіки. До мобілізованої кишки повинні були підходити магістральні судини (артерія Драмонда) зі збереженою пульсацією.

2. Протягом 15 хвилин після мобілізації ободова кишка не повинна змінити колір (вона повинна залишатися рожевою).

3. Після пересічення кишки повинна зберігатись кровотоковість.

4. При фіксації кишки до передньої черевної стінки не повинно бути натягу (при наявності найменшого натягу значно погіршується кровопостачання кишки).

У післяопераційному періоді протягом 5 днів 2 рази на день у просвіт кишки в стому вставляли свічки «Дистрептаза». Середній вік хворих основної групи склав $68 \pm 1,8$ року.

У контрольну групу включено 15 хворих, прооперованих з формуванням колостоми. Причиною виведення стоми у 4 пацієнтів була перфорація дивертикула сигмовидної кишки. 11 пацієнтів були прооперовані на висоті кишкової непрохідності пухлинного генезу. Їм було виконано операцію Гартмана з формуванням моноколомости. Середній вік хворих контрольної групи склав $65 \pm 2,1$ року. Групи статистично не відрізнялись за віковим складом. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1,1 в обох групах. У всіх пацієнтів були супутні соматичні захворювання, у 85% з них — два і більше.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування оцінювали за наявністю раних параколомостомічних ускладнень, таких як набряк стоми, некроз стоми, ретракція стоми, і, як результат цього, гнійно-септичних ускладнень (параколомостомічні абсцеси, флегмони, перитоніт) та пізніх, таких як стриктура стоми, параколомостомічні грижі, пролапс колостоми. Хотілось звернути увагу на таке ускладнення, як набряк стоми. Більшість авторів не виділяють цього ускладнення і відносять його до ознак звичайного перебігу післяопераційного періоду. Набряк стоми є ознакою порушеного кровообігу у виведеній кишці, і раннє призначення лікування цього стану веде до швидкого регресу набряку та профілактики некрозу стоми або ж його мінімізації.

У контрольній групі набряк стоми спостерігався в 11 пацієнтів. Серед них у 6 пацієнтів ми спостерігали некроз стоми. У 2 пацієнтів був крайовий некроз з формуванням параколостомічного абсцесу. У 4 пацієнтів у результаті некрозу стоми відбувалась рефракція виведеної кишки з формуванням параколостомічної флегмони. В 1 хворого в результаті цих змін розвинувся місцевий перитоніт, що потребував повторного оперативного втручання у вигляді лапаротомії, реконструкції стоми.

В основній групі завдяки заходам, спрямованим на покращення кровопостачання виведеної кишки, вдалося зменшити кількість хворих з набряком стоми (5 хворих). У одного хворого розвинувся крайовий некроз стоми без глибоких некробіотичних змін та гнійно-септичних ускладнень у цій ділянці.

Параколостомічні ускладнення	Основна група	Контрольна група
Набряк стоми	5 (38,4%)	11 (66,6%)
Некроз стоми	1 (7,6%)	6 (39,9%)
Ретракція стоми	-	4 (26,4%)
Параколостомічний абсцес	-	2 (13,2%)
Параколостомічна флегмона	-	4 (26,4%)
Перитоніт	-	1 (6,6%)

Висновки

1. Основною причиною параколостомічних ускладнень у людей похилого та старечого віку є неадекватне кровопостачання виведеної кишки.

2. Формування стоми слід виконувати з урахуванням зниженого кровопостачання в осіб похилого та старечого віку.

3. З метою покращення кровопостачання сформованої стоми в осіб похилого та старечого віку слід використовувати свічки «Дистрептаза», що зменшує ризик розвитку набряку та некротичних змін стоми.

4. Завдяки використанню розроблених нами рекомендацій вдалось уникнути ретракції стоми та зменшити в 5 разів кількість випадків некротичних змін стоми, що призвело до зменшення кількості гнійно-септичних ускладнень.

Література

1. Воробьев Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И.Воробьев, П.В.Царьков. — М.: 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. Матвійчук Б.О., Бочар В.Т. Роль вікового фактора у пацієнтів із ентеро-та колостомами в ургентній абдомінальній хірургії.// Український журнал хірургії. — 2011. — №4 (13). — С. 135-138.
 4. Милиця М.М., Торопов Ю.Д., Ангеловський І.М. та ін. Хірургічна тактика при гострій обтураційній товстокишкової непрохідності в осіб похилого і старечого віку // Шпитальна хірургія. — 2007. — №4. — С. 10-13.
 5. Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С. Постаріння як глобальна проблема сучасності // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. — 2008. — №3. — С. 83-91.
 6. Олейников П.Н., Александров К.Р., Филаткина Н.В. и др. Осложнения кишечных стом // Клиническая геронтология. — 2008. — Т. 14, №9. — С. 83-84.
 7. Сотников Д.Н., Абраамян Б.А., Курилов В.П. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Хирургия. — 2009. — №6. — С. 44-49.
 8. 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.
 9. 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.