



В.М.Косован

КУ «Одеська обласна
клінічна лікарня»

© В.М. Косован

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ТИМЧАСОВИМИ ТА ПОСТІЙНИМИ ОДНО- ТА ДВОСТОВБУРОВИМИ КОЛОСТОМАМИ

Резюме. Розроблено та запропоновано алгоритм ведення пацієнтів з тимчасовими та постійними колостомами, який дозволив знизити частоту та запобігти розвитку параколомічних ускладнень при дотриманні визначених стандартизованих принципів та прийомів на доопераційному, інтраопераційному, ранньому післяопераційному й післястаціонарному етапах реабілітації. Використання розробленого алгоритму у 71 пацієнта дозволило знизити кількість параколомічних ускладнень з одно- та двостовбуровими колостомами в 3,66 та 3,76 разу відповідно.

Ключові слова: одно- та двостовбурові колостоми, параколомічні ускладнення, алгоритм ведення хворих з колостомами.

Вступ

Наявність колостоми є важкою психологічною травмою для людини, змінює його встановлений спосіб життя.

Колостомія, яка відіграла свою основну роль в збереженні життя, стає причиною зниження якості цього життя, тимчасової та часто стійкої втрати працездатності, потребує використання спеціальних засобів догляду за стоною, матеріальних затрат для придбання стомійного устаткування. За літературними даними, параколомічні ускладнення (ПКСУ) спостерігаються в 25,5-90,1 % випадків: із них набряк колостоми спостерігається практично у всіх хворих та самостійно регресує за 3-4 доби, параколомічний дерматит у 2,5-6,8 %, параколомічні абсцеси та флегмони в 1,4-6,3 %, ретракції і некрози колостоми в 0,75-6,6 %, параколомічні нориці до 4,5 % випадків, параколомічні грижі від 5,8 до 50,8 % випадків [1, 2, 8, 10].

Наявність ПКСУ призводить до погіршення психологічного та емоційного стану пацієнта, появу почуття безвихідності, зневіри в сприятливі результати виконаної операції, збільшенню матеріальних втрат на догляд за колостоною [4, 5, 9].

Окрім того, наявність ПКСУ перешкоджає проведенню ранніх реконструктивно-відновних операцій, невиправдано затягує проведення відновного етапу операції, особливо якщо це стосується радикального видалення пухлини [1, 6].

Запропоновано велику кількість методик формування колостом, але ПКСУ ускладнення продовжують залишатися на високих показниках. Показано, що знизити частоту та значно запобігти розвитку ПКСУ можливо при дотриманні визначених стандартизованих принципів та прийомів на доопераційному, інтра-

операційному, ранньому післяопераційному та післястаціонарному етапах реабілітації [3, 7].

Тому пошук та розробка нових і удосконалення існуючих методів формування колостом та методів догляду за нею залишаються актуальними.

Мета дослідження – вивчити вплив застосування розроблених стандартів підготовки, формування та догляду за постійними та тимчасовими колостомами на перебіг післяопераційного періоду та кількість параколомічних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включено 155 пацієнтів, яким сформовано постійні та тимчасові одно- в 73 (47,10 %) та двостовбурові колостоми – в 82 (52,90 %) пацієнтів. Хворих з одностовбуровою колостоною поділено на 2 групи: I група (група дослідження) із 34 (46,58 %) пацієнтів та II група (контрольна) із 39 (53,42 %) пацієнтів.

Пацієнти з двостовбуровими колостомами в свою чергу поділено також на 2 групи: I група (група дослідження) з 37 (45,12 %) та II група (контрольна) – з 45 (54,88 %) пацієнтів.

У групах дослідження було використано розроблений нами алгоритм ведення хворих з колостоною, який включав стандартизовані прийоми на доопераційному, інтраопераційному, ранньому післяопераційному та післястаціонарному етапах реабілітації.

У контрольних групах використовувались традиційні методи формування колостом та супроводження колостомованих хворих без дотримання деяких чи всіх умов пунктів 1-10 та 12-13.

Алгоритм підготовки, формування, ведення та догляду за колостоною:

1. Інформування пацієнта та його родичів про можливість виведення колостоми,

- можливість (чи неможливість) її подальшої ліквідації та первинна підготовка пацієнта (та його родичів) щодо основних навиків догляду за стоною.
2. Місце майбутньої локалізації одностовбурової стоми вибирають з врахуванням зручності догляду за стоною для пацієнта та технічних умов для оперуючого хірурга. Місце для виведення стоми, по-можливості, повинно мати рівну поверхню, відсутні шкірно-жирові складки та післяопераційні рубці.
 3. Вибір місця виведення двостовбурової колостоми, по-можливості, з урахуванням найближчої локалізації колостоми до патологічного процесу (пухлина, перфорація, пошкодження та інше) з ціллю збереження функціонуючих ділянок товстої кишки та запобіганню утворенню «сліпих» мішків.
 4. Доопераційний облік прогностичних факторів ризику розвитку параколостомічних ускладнень та їх мінімізація.
 5. Вибір техніки формування одностовбурової тимчасової чи постійної колостоми.
 6. Вибір правильної техніки формування двостовбурової колостоми для запобігання поступання кишкового вмісту у постстомальні відділи (особливо при наявності швів та анастомозів у постстомальних відділах).
 7. Одностовбурові колостоми «стовпчиком» формують для тимчасових, а плоскі – для постійних стом.
 8. Виведення петлі кишки зі стоною повинно проводитись без натягіння та фіксуватись на різних рівнях черевневої стінки.
 9. Не використовувати одночасного підшивання очеревини до апоневрозу та шкіри, що призводить до формування втягнутої колостоми.
 10. Відразу після закінчення операції колостома повинна бути розкрита та накладено калоприймач.
 11. Створення сприятливих умов (У-подібний анастомоз з превентивною колоостоною, підшивання дистальної куку товстої кишки до петлі, яка несе стоми) для проведення в подальшому реконструктивно-відновних операцій.
 12. Використання післяопераційного калоприймача у ранньому післяопераційному періоді – основний запобіжний метод для профілактики ускладнень у перистомальній ділянці.
 13. Підбір зручного для хворого калоприймача для подальшого використання, консультації по догляду за стоною.

Обструктивні лівобічна геміколектомія та резекція сигмоподібної кишки виконувались за стандартними загальноприйнятими методами.

Після обструктивної резекції сигмоподібної кишки та при формуванні розгрузочної сигмостоми місце для неї вибирається в лівій здувинній ділянці на середині відстані між пупком і передньою верхньою остю клубової кістки.

Після обструктивної резекції лівої половини товстої кишки та при формуванні розгрузочної трансверзостоми останню формують в правому або лівому підребер'ї поза зоною лапаротомного розрізу, відступивши на 5 см від краю реберної дуги та зовнішнього краю прямого м'яза живота.

Техніка формування тимчасової одностовбурової колостоми «стовпчиком».

Кругове висічення шкіри з підшкірною клітковиною до апоневрозу зовнішнього косо м'язу з послідуємим його овальним висіченням чи хрестоподібним розсіченням. Розведення пучків внутрішнього косо м'язу по ходу його волокон. Парієтальну очеревину розсікають поздовжньо й підшивають до апоневрозу. Через сформований отвір проксимальну куку виводять із черевневої порожнини так, щоб над рівнем шкіри залишався надлишок 5-6 см. Брижу виведеної кишки підшивають до очеревини, що підшита на рівні апоневрозу окремими вузловими швами. Кишку фіксують на рівні шкіри окремими швами. Після розкриття просвіту кишки проводять прошивання її стінки на рівні шкіри та за край у місці розкритого просвіту. Останні шви зав'язують, вивертаючи слизову назовні (рис. 1).

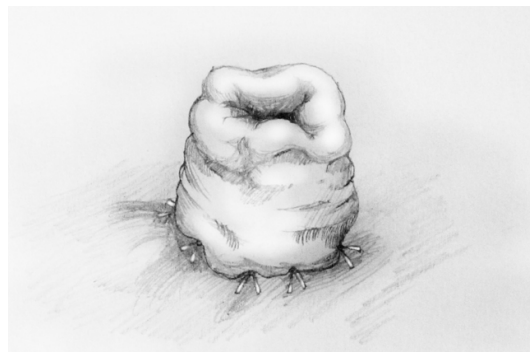


Рис. 1. Одностовбурова колостома «стовпчиком»

Техніка формування постійної «плоскої» колостоми.

Кругове висічення шкіри з підшкірною клітковиною до апоневрозу зовнішнього косо м'язу з послідуємим його овальним висіченням чи хрестоподібним розсіченням. Розведення пучків внутрішнього косо м'язу по ходу його волокон. Парієтальну очеревину розсікають поздовжньо й підшивають до апоневрозу, що запобігає утворенню параколостомічної грижі. Отвір в черевній стінці повинен бути відпо-



відним діаметру виведеної кишки. Брижу підшивають до черевної стінки, ліквідуючи щілини між очервиною та кишкою. Кишку фіксують нитками, якими очервина підшита до апоневрозу. Край виведеної кишки підшивають окремими вузловими швами до шкіри (рис. 2).

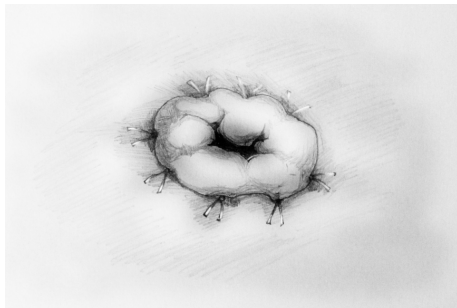


Рис. 2. Одностовбурова «плоска» колостома

Техніка формування У-подібного анастомозу з превентивною одностовбуровою колостомою

На проксимальному відділі попереково-ободової кишки (або нисхідному відділі) дистальніше 5-7 см від місця пересіченої кишки формуються У-подібний анастомоз «бік в кінець» із сигмоподібною чи внутрішньоочеревинним відділом прямої кишки. Невелика відстань від сформованого У-подібного анастомозу до кінцевої превентивної одностовбурової стоми ефективно перешкоджає підвищенню внутрішньокішкового тиску та створює сприятливі умови для заживлення анастомозу. Дистальний відділ (по відношенню до анастомозу) виводиться у вигляді одностовбурової колостоми «стовпчиком». При цьому лінію швів сформованого анастомозу підшивають до передньої черевної стінки. Ці прийоми створюють сприятливі умови для подальшого виконання РВО. Після закінчення формування стоми накладаються калоприймач (рис. 3).

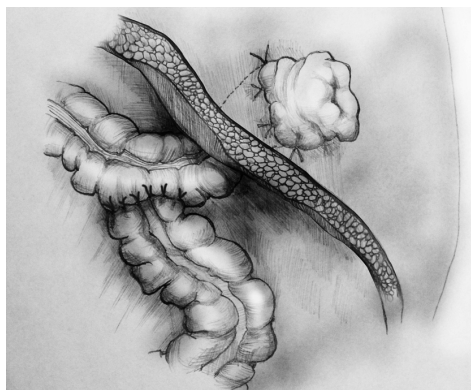


Рис. 3. Формування У-подібного анастомозу з превентивною колостомою.

Техніка формування двостовбурових колостом.

У місці на передній черевній стінці, яке вибрано для формування двостовбурової колостоми, круговим розрізом діаметром 3–4 см

висікають шкіру та підшкірну клітковину до апоневрозу зовнішнього косоного м'язу. Останній розсікають хрестоподібним розрізом або овально висікають. Через брижу вибраної для виведення стоми ділянки товстої кишки проводять ПХВ-трубку та виводять через сформований отвір петлю завдовжки 5–6 см. ПХВ-трубка повинна знаходитись на рівні поверхні шкіри. Привідний та відвідний відділи товстої кишки зшивають між собою, формуючи «шпору», яка буде запобігати поступленню кишкового вмісту в постстомальні відділи. Кишку фіксують окремими швами на рівні апоневрозу. Накладаються провізорні шви через апоневроз та шкіру. При наступній фіксації кишки після розкриття її просвіту виконують прошивання стінки кишки на рівні апоневрозу та за край у місці розкритого просвіту. Відразу ж накладають калоприймач (рис. 4).

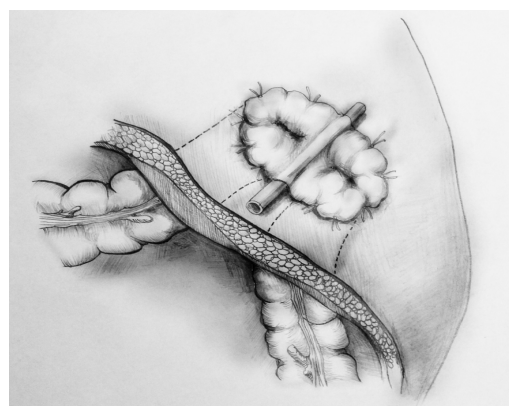


Рис. 4. Двостовбурова колостома.

Отримані результати лікування оцінювали за кількістю параколостомічних ускладнень. У випадках порівняння декількох груп різного обсягу використовували непараметричний критерій Крускала-Уоліса (H), при перевищенні критичного значення χ^2 , відмінності приймалися як статистично значущі. В цьому випадку додатково проводили непараметричне множинне порівняння з використанням критерію Данні (Q). Вірогідність різниць середніх показників оцінювали при 95 % довірчому інтервалі (95 % ДІ). В роботі прийнятий рівень статистичної значущості $P < 0,05$.

Результати дослідження та обговорення

Результати та кількість ПКСУ при проведенні хірургічних втручань, завершених формуванням колостом, у пацієнтів, яким дотримувались вимог розробленого алгоритму та пацієнтів без дотримання цих вимог наведені в табл. 1. ПКСУ у хворих з одностовбуровими колостомами без дотримання вимог алгоритму виникли більше ніж у половини всіх хворих, у той час як у групі дослідження майже в 3,66 разу менше (тільки в 14,7 % пацієнтів).

ПКСУ в хворих, які оперовані за запропонованим алгоритмом та без дотримання вимог алгоритму

Види ускладнень	Одноствбурові колостоми		Двоствбурові колостоми	
	I група n=34	II група n=39	I група n=37	II група n=45
Ранні:	2 (5,88 %)*	9 (23,07 %)*	2(5,40 %)*	10(22,23 %)*
-парастомальний дерматит	1 (2,94 %)	3 (7,69 %)	1 (2,70 %)	3(6,67 %)
-абсцеси та флегмони	1 (2,94 %)	3 (7,69 %)	1 (2,70 %)	3 (6,67 %)
-некроз колостоми	–	2 (5,13 %)	–	–
-ретракція колостоми	–	1 (2,56 %)	–	4 (8,89 %)
Віддалені:	3 (8,82 %)*	12 (30,76 %)*	5 (13,5 %)	22(48,89 %)*
-парколостомічні нориці	1 (2,94 %)	2 (5,13 %)	1 (2,7 %)	3 (6,67 %)
-стриктури колостоми	–	1 (2,56 %)	–	1 (2,22 %)
-параколостомічні грижі	2 (5,88 %)	6 (15,38 %)	2 (5,40 %)	14(31,11 %)
-евагінація слизової оболонки	–	3 (7,69 %)	2(5,40 %)	4 (8,89 %)
Всього:	5 (14,70 %)*	21 (53,83 %)*	7 (18,9 %)	32(71,12 %)*

*- $p < 0,05$ – відмінності достовірні між групами порівняння

ПКСУ у хворих з двоствбуровими колостомами без дотримання вимог алгоритму виникли більше ніж в 2/3 (71,12 %) всіх хворих, у той час як при дотриманні алгоритму ці ускладнення виникли лише в 18,9 % хворих, тобто в 3,76 разів менше.

Недодержання вимог алгоритму призвело до виникнення значної кількості ранніх ПКСУ (23,07 та 22,23 % відповідно до виду колостом), але ще більше ускладнень виникло у віддаленому післяопераційному періоді (30,76 та 48,89 % відповідно).

Таким чином, існує необхідність в уніфікації та стандартизації правил та технічних прийомів на доопераційному, інтраопераційному, ранньому післяопераційному та післястаціонарному етапах реабілітації хворих з колостомами.

Висновки

1. Уведення хворих з колостомами повинно здійснюватися за стандартизованими програмами, які включають доопераційний, інтраопераційний, ранній післяопераційний та післястаціонарний етапи реабілітації.

2. Запровадження розробленого алгоритму на стаціонарному етапі є основою забезпечення більш високого рівня якості життя стомованих хворих, значного покращення догляду за стоною.

3. Кількість параколостомічних ускладнень при застосуванні розробленого алгоритму зменшились з 53,83 до 14,7% у хворих з одноствбуровими колостомами та з 71,12 до 18,9 % у хворих з двоствбуровими колостомами.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Калашникова И.А.* Каждые перистомальные осложнения и качество жизни пациентов с кишечной стомой / И.А. Калашникова, С.И. Ачкасов // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – г.Одесса. – 18-20 мая 2011. – С. 261-262.
2. *Косован В.Н.* Параколостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В.Н. Косован. – Медицинские перспективы. – 2012. – Т. XVII, – № 1, ч. 2. – С. 168-170.
3. *Мамчич В.І.* Алгоритм ведення хворих з колостоною в хірургічному стаціонарі / В.І. Мамчич, В.С. Андрієць, В.І. Семіног // Медицина неотложных состояний. – 2010. – № 3 (28). – С. 31-34.
4. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – С-Пб. : Изд. дом «Нева», – М. : «Олма-Пресс Звездный мир», 2002. – 320 с.
5. *Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки* / Пойда А.И., Мельник В.М., Заверный Л.Г., Абу Шамсия Р.Н. // Клиническая онкология. – Спец. Выпуск. – 2011. – № 1. – С. 47-52.
6. *Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки* / Г.В. Бондарь, В.Х. Бакшеев, Ю.В. Думанский [и др.]. // Новоутворення. – 2009. – № 3-4. – С. 85-91
7. *Шляхи профілактики післяопераційних ускладнень при формуванні кишкових стом* / М.І. Тутченко, В.С. Андрієць, І.В. Ключко, [и др.]. // Хірургія України. – 2012. – № 1 (41). – С. 23-26.
8. *Prospective analysis of stoma-related complications* / Robertson I. [et al.] // Colorectal Dis. – 2005. – Vol. 3. – P. 279-285.
9. *Quality of Life with a Temporary Stoma*. / A.W. Gooszen, R.H. Geelkerken, J. Hermans [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2000. – Vol. 43. – P. 650-654.
10. *Mäkelä J.T.* Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland. / J.T. Mäkelä, M. Niskasaari // Scand. J. Surg. – 2006. – Vol. 95(1). – P. 23-27.



АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ВРЕМЕННЫМИ
И ПОСТОЯННЫМИ ОДНО-
ТА ДВУСТВОЛЬНЫМИ
КОЛОСТОМАМИ

V. H. Kosovan

Резюме. Разработан и предложен алгоритм ведения пациентов с временными и постоянными колостомами, позволивший снизить частоту и предотвратить развитие параколостомических осложнений при соблюдении определенных стандартизированных принципов и приемов на дооперационном, интраоперационном, раннем послеоперационном и постстационарном этапах реабилитации. Использование разработанного алгоритма у 71 пациента позволило снизить количество параколостомических осложнений с одно- и двуствольными колостомами в 3,66 и 3,76 раз соответственно.

Ключевые слова: *одно-и двуствольные колостомы, параколостомические осложнения, алгоритм ведения больных с колостомами.*

ALGORITHM FOR
MANAGEMENT
OF PATIENTS WITH
TEMPORARY
AND PERMANENT ONE
IS THE DOUBLE-BARRELED
COLOSTOMY

V. N. Kosovan

Summary. Developed and proposed algorithm of patients with temporary or permanent colostomy, which will reduce the frequency and prevent the development of complications paracolostomy under certain standardized principles and methods for the preoperative, intraoperative, and postoperative, poststationar early stages of rehabilitation. Using the algorithm developed in 71 patients reduced the number of paracolostomy complications in patients with single-and double-barreled colostomy in 3,66 and 3,76 times, respectively.

Key words: *single-and double-barreled colostomy, paracolostomy complications, the algorithm of patients with colostomy.*