

УДК 616.381-002-031.81-089.86-06:616-002.3]-08-039.71

Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ПАРАСТОМНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФОРМУВАННІ ОДНОКАНАЛЬНОЇ КОЛОСТОМИ В УМОВАХ ДИФУЗНОГО ПЕРИТОНІТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Авторами запропоновано спосіб профілактики гнійно-септичних парастомних ускладнень при формуванні одноканальної колостоми в умовах дифузного перитоніту. Використання розпрацьованого способу формування колостоми дозволило зменшити кількість гнійно-септичних парастомних ускладнень із 57,1% до 20,0% ($p < 0,05$), відношення шансів виникнення ускладнень 0,14 (95% довірчий інтервал – 0,03-0,99). Перевагами його є простота та доступність у виконанні у всіх як загальнохірургічних, так і спеціалізованих відділеннях лікарень.

Ключові слова: парастомні ускладнення, профілактика гнійно-септичних ускладнень, спосіб формування колостоми, Діоксизоль-Дарниця®.

Стійке зростання захворюваності на колоректальний рак, збільшення частоти непухлинних гострих запальних захворювань ободової та прямої кишок, ріст кримінального та транспортного травматизму зумовлюють той факт, що у загальнохірургічні відділення госпіталізують хворих із явищами дифузного перитоніту, спричиненого перфорацією товстої кишки на фоні гострої непрохідності, травми або інших патологічних процесів у її стінці. Враховуючи загальноприйняті хірургічні канони про неприпустимість зашивання перфорації товстої кишки або формування анастомозу при дифузному каловому перитоніті, у більшості таких пацієнтів операції завершують одноканальною колостомією [3, 15]. Не дивлячись на добре опрацьовану техніку формування колостоми, порівняно невелику травматичність та складність цього втручання, використання сучасних схем антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії, у післяопераційному періоді доволі часто виникають різні парастомні ускладнення (ПСУ), найчастіше – гнійно-септичні [10, 14-17]. Тому створення нових способів профілактики ПСУ є актуальною проблемою сучасної невідкладної хірургії товстої кишки.

Мета роботи – покращити профілактику гнійно-септичних ПСУ у хворих, яким сформовано одноканальну колостому в умовах дифузного перитоніту.

Матеріал та методи

Приведено аналіз результатів хірургічного лікування 24 хворих із дифузним гнійним чи

каловим перитонітом, яким сформовано одноканальну колостому під час виконання ургентних операцій. Переважали чоловіки (61%), середній вік – $67,3 \pm 3,2$ років. Причиною перитоніту у 18 (75%) пацієнтів був ускладнений колоректальний рак, у 4 (16,6%) – перфоративний дивертикуліт, ще у 2 (8,4%) – травма живота (розрив тонкої і прямої кишок (1) та вогнепальне поранення із ушкодженням сигмоподібної кишки (1)). За ступенем тяжкості перитоніту МПП I констатовано у 35,1%, МПП II – 43,3% у МПП III – 21,6%. Померло 8 хворих, післяопераційна летальність – 33,3%.

Нами запропоновано спосіб профілактики гнійно-септичних ПСУ при формуванні одноканальної колостоми в умовах дифузного перитоніту (Патент України на корисну модель № 46561) [11]. Його було апробовано у 10 пацієнтів (1 група) у хірургічних відділеннях клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Інших хворих (14), яким колостому сформовано традиційними методиками, ми зарахували до другої групи.

З метою порівняння ризику події (виникнення ускладнень) залежно від того чи іншого фактору обчислювали відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ) для них (пакет NCSS).

Результати та обговорення

У літературі відомі різні способи профілактики гнійно-септичних ПСУ при формуван-

ні колостоми в умовах перитоніту. Їх можна розділити на дві групи – способи захисту швів стоми від нагноєння і прорізування та окремі методики формування колостоми в таких умовах. У першій групі автори використовували різні фактори впливу на зону швів у місці фіксування виведеної кишки до аперттури у черевній стінці – як фізичні (обробляли виведений сегмент товстої кишки та навколишню підшкірно-жирову клітковину передньої черевної стінки рідиною, що містила 1% розчин метиленового синього із наступним опроміненням цієї ділянки гелій-неоновим лазером [4]), так і хімічні (використовували антисептичні плівкоутворювальні розчини [2, 8]). Друга група способів передбачала відмову від накладання будь-яких швів між кишкою та тканинами аперттури передньої черевної стінки для мінімізації натягу виведеного та зміненого в умовах перитоніту і непрохідності сегмента кишки. Зокрема, одні автори [6] кінцеву частину виведеного сегмента товстої кишки фіксували окремими швами тільки до марлевого валика, попередньо пришитого до шкіри передньої черевної стінки. Інші [9] пропонували товсту кишку не фіксувати зовсім і виводити її із значним надлишком (10-12 см). Виведений сегмент вони рекомендували щодня загортати у серветку, змочену вазеліном, а на 8-10 добу надлишок кишки відсікти на 2-3 см вище рівня шкіри. Ще інші [7] пропонували щільно обмотувати виведений сегмент кишки спеціальними муфтами, виготовленими із лапаротомних марлевих серветок та підшивати їх до шкіри 4-5 швами, а вже до них фіксувати кишку на 10-12 днів.

Запропонований нами спосіб профілактики гнійно-септичних ПСУ при формуванні одноканальної колостоми в умовах дифузного перитоніту ми віднесли до другої групи. Його виконання здійснюється наступним чином. Після лапаротомії, резекції патологічно зміненої частини товстої кишки (якщо є така необхідність), санації черевної порожнини та виведення дренажів, дистальну її частину зашивають наглухо і залишають у черевній порожнині. На проксимальний кінець кишки накладають тимчасові шви – на час виведення кишки назовні. Формують аперттуру у передній черевній стінці. По периметру аперттури до шкіри 8 швами підшивають внутрішній марлевий валик, рясно змочений розчином «Діоксизоль-

Дарниця®», лігатури не зрізують. Через розріз проводять проксимальний кінець кишки довжиною 6-8 см з брижою, при цьому слідкуючи, щоб не було натягу кишки та стискання судин. Попередніми лігатурами субсерозно підшивають до внутрішнього марлевого валика виведений сегмент кишки (див. рис.).

Зрізують чотири лігатури, іншими чотирма зверху над внутрішнім марлевым валиком підв'язують на шви-бантики зовнішній марлевий валик, дещо більший діаметром за внутрішній, також рясно просочений розчином «Діоксизоль-Дарниця®». На попередньо зашитому виведеному сегменті кишки зрізують шви, тим самим розкриваючи просвіт кишки (при гострій її непрохідності – відразу ж, при відсутності непрохідності – через добу) і накладають стандартний калоприймач із більшим діаметром адгезивної частини. На щоденних перев'язках розв'язують шви-бантики 3 та замінюють зовнішній марлевий валик 2 на інший, теж змочений розчином «Діоксизоль-Дарниця®», накладаючи зверху обох валиків стандартний калоприймач. Обидва валики видаляють на 6-7 день, впевнившись у доброму зрощенні товстої кишки із тканинами аперттури передньої черевної стінки. Для подальшого очищення цього місця можна далі зрошувати його розчином «Діоксизоль-Дарниця®».

Загалом, ранні ПСУ виникли майже у половини пацієнтів – 10 (41,6%), переважна більшість їх була гнійно-септичного характе-

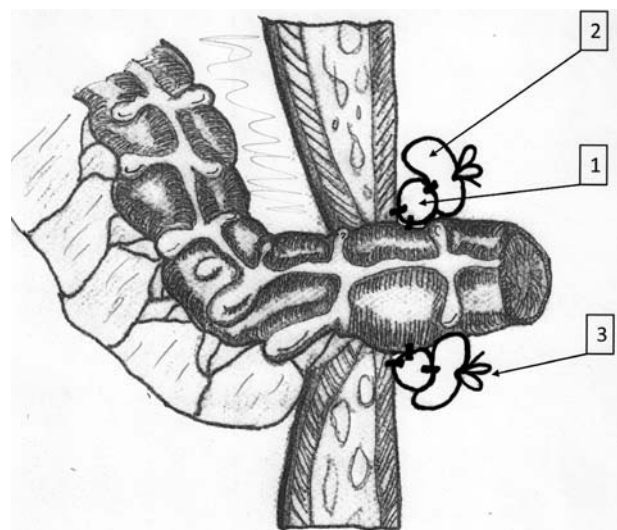


Рис. Спосіб формування одноканальної колостоми (1 – зовнішній марлевий валик, 2 – внутрішній марлевий валик, 3 – шви-бантики)

Таблиця.

Розподіл ПСУ у залежності від способу формування одноканальної колостоми

ПСУ	Спосіб формування колостоми		p, відношення шансів (95% довірчий інтервал)
	Група 1 (n=10)	Група 2 (n=14)	
Нагноєння тканин довкола стоми	1(10%)	4 (50,0%)	p>0,05 0,2 (0,04-2,05)
Парастомний абсцес	—	1 (12,5%)	—
Некроз виведеної кишки без її ретракції	—	1 (12,5%)	—
Некроз, ретракція виведеної кишки, перитоніт	—	2 (12,5%)	—
Перистомний дерматит	1(10%)	—	—
Разом	2 (20%)	8 (57,1%)	p<0,05 0,14 (0,03-0,99)

ру (90,0%). Структуру ПСУ, у залежності від способу формування колостоми, представлено у таблиці.

Як представлено у таблиці, критерієм ефективності впровадження запропонованого способу формування одноканальної колостоми було зменшення кількості ранніх ПСУ у пацієнтів із дифузним перитонітом із 57,1% до 20,0% (p<0,05), відношення шансів виникнення ускладнень у цих групах 0,14 (95% довірчий інтервал – 0,03-0,99). Використання комбінованого лікарського засобу «Діоксизоль-Дарниця®» забезпечує антисептичний, знеболювальний та очищувальний рану ефект [5]. Основна діюча речовина – діоксидин (1,2%) має виражену антибактерійну активність у відношенні до грампозитивної та грамнегативної, аеробної та анаеробної, спороутворювальної та аспорогенної мікрофлори. Діоксидин ефективний до стафілококів, стрептококів, синьогнійної палички, кишкової палички, бактероїдів, пептококів та ін., його широко використовують у гнійній хірургії [1, 5, 13]. Про добрий ефект від застосування цього лікарського засобу як для профілактики, так і для лікування гнійно-септичних ПСУ знаходимо у низці повідомлень. Зокрема, ряд науковців [3, 12] застосовували його при нагноєнні тканин довкола стоми, для промивання гнійних порожнин після розкриття парастомних абсцесів чи флегмон. При чому відзначено добре застосування цього лікарського засобу як при місцевому, так і при системному застосуванні (по 20 мл 1% розчину на 200 мл гемодезу доведено 1 раз на день впро-

довж 5-7 днів). Другим активним діючим компонентом розчину «Діоксизоль-Дарниця®» є 6% розчин лідокаїну гідрохлориду – лікарського засобу із класу місцевих анестетиків. Він сприяє гамуванню больового синдрому у місці післяопераційної рани на черевній стінці. Третій компонент – гідрофільна гіперосмолярна основа – забезпечує постійне очищення і промивання післяопераційної рани та місця зрошення кишки із довколишніми тканинами, пролонгує час дії діоксидину, тим самим сприяє зменшенню контамінації рани.

Отож, враховуючи високу ефективність запропонованого способу у профілактиці гнійно-септичних ПСУ, доступність, простоту та легкість у технічному виконанні вважаємо за доцільне його подальше впровадження у невідкладній абдомінальній хірургії.

Висновки

1. Запропонований спосіб профілактики гнійно-септичних парастомних ускладнень при формуванні одноканальної колостоми в умовах дифузного перитоніту є ефективним та доцільним у лікуванні стомованих хворих.

2. Використання розпрацьованого способу формування колостоми дозволило зменшити кількість гнійно-септичних парастомних ускладнень із 57,1% до 20,0% (p<0,05), відношення шансів виникнення ускладнень 0,14 (95% довірчий інтервал – 0,03-0,99).

3. Перевагами запропонованого способу є простота та доступність його виконання у всіх як загальнохірургічних, так і спеціалізованих відділеннях лікарень.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОДНОСТВОЛЬНОЙ КОЛОСТОМЫ В УСЛОВИЯХ ДИФFUЗНОГО ПЕРИТОНИТА

Б.О. Матвийчук, В.Т. Бочар

Авторами предложен способ профилактики гнойно-септических параколомостомических осложнений при формировании одноствольной колостомы в условиях диффузного перитонита. Использование разработанного способа формирования колостомы позволило уменьшить количество гнойно-септических параколомостомических осложнений с 57,1% до 20,0% ($p < 0,05$), отношение шансов возникновения осложнений 0,14 (95% доверительный интервал – 0,03-0,99). Преимуществами его являются простота и доступность в исполнении во всех, как общехирургических, так и специализированных отделениях больниц.

Ключевые слова: параколомостомические осложнения, профилактика гнойно-септических осложнений, способ формирования колостомы, Диоксизоль-Дарница®.

PREVENTION OF PYO-SEPTIC PARASTOMAL COMPLICATIONS FOLLOWING END COLOSTOMY DURING DIFFUSE PERITONITIS

B.O. Matviychuk, V.T. Bochar

The authors proposed a method of prevention of pyo-septic parastomal complications following single colostomy during diffuse peritonitis. Usage of this method had allowed to decrease the incidence of pyo-septic parastomal complications from 57,1% to 20,0% ($p < 0,05$), chance relation of complications – 0,14 (95% confidential interval – 0,03-0,99). The advantages of the method are its simplicity and availability both in general and specialized surgical departments.

Key words: parastomal complications, prevention of pyo-septic complications, colostomy method, Dioxisolum-Darnitsa®.

ЛІТЕРАТУРА

1. Благун Л.А. Местное лечение гнойных ран / Л.А. Благун // Хирургия. – 2011. – №4. – С. 51-59.
2. Воробей А.В. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение / А.В. Воробей, М. Щепковски // Новости хирургии. – 1996. – №1. – С. 13-17.
3. Воробьев Г.И. Основы хирургии кишечных стом / Г.И. Воробьев, П.В. Царьков. – М.: ЗАО «Издательство «Стольный град», 2002. – 160 с.

4. Декл. патент № 42517 Україна МІЖ А 61В17/00. Спосіб профілактики неспроможності міжкишкового сполучення і параколомостомічної області / С.В. Гуц, В.В. Бойко, В.Т. Гуц, В.М. Горбенко; заявник і патентовласник Харківський державний медичний університет. – №2001031952; заявл. 23.03.2001; опубл. 15.10.2001, бюл. № 9.
5. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу «Диоксизоль-Дарница®»
6. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение) / Н.Н. Каншин. – М.: Профиль, 2007. – 160 с.
7. Кирилин Л.Н. Колостомия в условиях перитонита и кишечной непроходимости / Л.Н. Кирилин // Сибирский консилиум. – 2004. – №6. – С. 55-58.
8. Коновалов С.В. Профилактическое применение антисептического раствора у колостомированных больных / С.В. Коновалов, Г.И. Синенченко, Ю.М. Стойко // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 3. – С. 229.
9. Михайлова Е.В. Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / Е.В. Михайлова, В.П. Петров, С.Н. Переходов. – М.: Наука, 2006. – 105 с.
10. Оверченко Д.Б. Анализ параколомостомических осложнений / Д.Б. Оверченко, С.И. Петросян, С.С. Короблина // Материалы II Съезда колопроктологов стран СНГ, III Съезда колопроктологов Украины. – Одесса, 2011. – С. 284-285.
11. Пат. № 46561, Україна, МІЖ А61В17/00, А61Р31 Спосіб профілактики гнійно-септичних параколомостомних ускладнень при формуванні одноканальної колостоми в умовах дифузного перитоніту / Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар; заявник і патентовласник ЛНМУ імені Данила Галицького. – № у 200907484; Заявл. 17.07.2009, Опубл. 25.12.2009, Бюл. №24.
12. Синенченко Г.И. Применение диоксида при лечении гнойных осложнений в области колостомы / Г.И. Синенченко, Ю.М. Стойко, С.В. Коновалов // Бюллетень СО РАМН. – 2005. – № 3. – С. 253-254.
13. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: Российские национальные рекомендации / С.Ф. Багненко, Э.А. Баткаев, В.Б. Белобородов [и др.]; под ред. В.С. Савельева. – М.: ООО Компания «БОРГЕС», 2009. – 92 с.
14. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management / P.J. Arumugam, L. Bevan, L. Macdonald [et al.] // Colorectal Dis. – 2003. – Vol.5. – P. 49-52.
15. Complications and mortality following stoma formation / D.A. Harris, D. Egbeare, S. Jones [et al.] // Ann R Coll Surg Engl. – 2005. – Vol. 87. – №6. – P. 427-431.
16. Complications of intestinal stomal / P. Nastro, C.H. Knowles, A. McGrath [et al.] // Br. J. Surg. – 2010. – Vol. 97. – № 12. – P. 1885-1889.
17. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients / B. Mahjoubi, A. Moghimi, R. Mirzaei, A. Bijari // Colorectal Dis. – 2005. – Vol. 7., № 6. – P. 582-587.

Стаття надійшла 06.09.2011