

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

ПАРАСТОМАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ

(КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА)

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
САМОСТІЙНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ, ІНТЕРНІВ

УЖГОРОД
2022

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

Під загальною редакцією д.мед.н., проф. Русина В.І.

Методичну розробку підготували:

д.мед.н., проф. Чобей С.М.

асистент кафедри Дутко О.О.

Рецензенти:

д.мед.н., проф. Болдіжар П.О.

д.мед.н., проф. Румянцев К.Є.

Затверджено методичною комісією медичного факультету
(протокол № 2022-6 від 17 червня 2022 року)

Методична розробка присвячена питанням класифікації, клініки, діагностики, лікування та профілактики парастомальних ускладнень. Автори намагались шонайповніше висвітлити питання, які стосуються різних ускладнень зі сторони ентеро- та колостом. Методична розробка призначена для студентів старших курсів вищих медичних навчальних закладів та лікарів-інтернів. Автори будуть вдячні читачам за критичні зауваження та слушні пропозиції

УЖГОРОД

2022

Актуальність теми.

Тенденція до збільшення кількості пацієнтів із пухлинними та непухлинними захворюваннями ободової кишки, веде до збільшення кількості операцій, що закінчуються формуванням ентеро- та колостоми. При радикальному хірургічному лікуванні раку товстої та прямої кишки частота створенням колостоми завершується близько третини операційних втручань. У більшості випадків, особливо ускладненому перебігу раку товстої кишки, стома залишається пожиттєво.

За різними оцінками, кількість пацієнтів зі стомами у світі складає 100-150 на 100 000 населення. В Україні, станом на 01.01.2015 р. нараховувалося близько 40 тисяч хворих з коло- та ентеростомами, які потребували вирішення на державному рівні проблеми їх забезпечення калоприймачами та предметами догляду за стомами, систематичної медичної, психологічної, соціальної допомоги.

Частота параентеро- та параколостомальних ускладнень, згідно літературних даних, коливається в широких межах – від 10 до 71%. Така варіабельність пов'язана із особливістю визначення ускладнень та різних підходів до їх лікування. Також мають місце значні труднощі з оцінкою пізніх парентеро- та параколостомальних ускладнень. Парастомальні ускладнення (ПСУ) значно погіршують результати лікування, призводячи до стійкої втрати працездатності і створюють труднощі соціальної адаптації.

Покращенню якості життя пацієнтів велику роль відіграє простота, зручність і легкість у догляді за ентеро-колостомою. Ця мета може бути досягнена тільки в тому випадку, якщо ентеро-колостома сформована із дотриманням певних правил та методик і відсутні її ускладнення (параколостомічні грижі, стеноз, ретракція, пролапс, тощо). Велике значення має раціональний вибір операції для ліквідації ускладнень, що виникли. Не менше значення мають засоби догляду за стомою і психологічна підтримка хворих. Таким чином, проблема реабілітації хворих із ускладненою ентеро-колостомою має важливе практичне значення.

Класифікація ПСУ.

I. Ранні парастомальні ускладнення

1. Гнійно-септичні:

- поверхнєве нагноєння шкіри та підшкірної жирової клітковини довкола стоми;
- парастомальний абсцес;
- парастомальна флегмона.

2. Ранні ускладнення із можливим виникненням гнійно-септичного процесу:

- некроз стоми (краю кишки; до рівня апоневроза; нижче рівня апоневроза);
- ретракція стоми (часткова, повна).

3. Ускладнення не гнійно-септичного характеру:

- кровотеча із стоми у ранньому післяопераційному періоді;
- рання післяопераційна гостра кишкова непрохідність (набряк або звуження кінцевого відділу стоми; евентрація петлі тонкої кишки у місці біля стоми; перекручування виведеної петлі кишки);
- загальні ускладнення, пов'язані із надмірними втратами води, електролітів та поживних речовин через ентеростому (зневоднення, гіповітаміноз, ентеральна недостатність, постколектормічний синдром, синдром вкороченої тонкої кишки).

II. Пізні парастомальні ускладнення

1. Парастомальна грижа:

- Відносно виведеної кишки:
 - грижа, розміщена тільки з однієї сторони від виведеної кишки;
 - кільцеве розміщення грижі довкола виведеної кишки.
- За розмірами грижі:
 - мала (до 3 см в діаметрі);

- середня (до 10 см в діаметрі);
 - велика (10-20 см в діаметрі);
 - гігантська (більше 20 см в діаметрі або займає більше, ніж одну анатомічну ділянку).
- За клінічними проявами:
 - безсимптомна (немає скарг, пов'язаних із грижею);
 - з клінічними проявами (болі, порушення дефекації);
 - з ускладненнями (невправимість, хронічна непрохідність, защемлення).
2. Пролапс (випадіння) стоми.
 3. Стриктурна стоми.
 4. Гнійні парастомальні нориці та лігатурні абсцеси:
 - сліпі парастомальні (нориця не сполучена із виведеною кишкою);
 - трансстомальні (нориця сполучена із виведеною кишкою).
 5. Тонкокишкові нориці (у пацієнтів із ентеростомами).

III. Парастомальні шкірні ускладнення

1. Парастомальний дерматит (контактний, хімічний, алергічний, інфекційний).
2. Інші шкірні ускладнення (гіперкератоз, гранулематоз, псоріаз, гангренозна піодермія).

IV. Рідкісні ПСУ

1. Поліпоподібні розростання у ділянці стоми.
2. Імплантаційний рецидив раку у ділянці стоми.
3. Хронічний парастомний абсцес (у пацієнтів із хворобою Крона).
4. Варикозне розширення вен у ділянці стоми.
5. Лімфоїдна гіперплазія у ділянці стоми.
6. Травма стоми під час догляду чи іригації.

Парастомальний дерматит – подразнення та запалення шкіри в ділянці накладення стоми.



Рис. 1. Парастомальний дерматит.

Клінічно дерматит проявляється почервонінням шкіри, пустулами, тріщинами, мокнуттям, відшаруванням епідермісу. Хворі скаржаться на свербіж та біль в ділянці стоми. Прояв навколостомального дерматиту залежить, перш за все, від активності ферментів, що містяться в кишковому вмісті. Чим вище по ходу товстої кишки сформована колостома, тим більш виражене подразнення шкіри у зв'язку з агресивною дією калового вмісту.

Рясне потовиділення і накопичення рідини під клейкою частиною калоприймача також є несприятливим фактором, що сприяє розвитку подразнення шкіри.

Лікування шкірних захворювань у ділянці стоми становить значні труднощі, оскільки їх прояви значно посилюються з контактом із кишковим вмістом. Для профілактики і лікування парастомального дерматиту, з перших годин після операції слід здійснювати своєчасний гігієнічний догляд і користуватися присипками, які оберігають шкіру, кремами, пастами і мазями. Для лікування дерматиту шкіру біля колостоми покривають шаром захисної пасти Лассара, цинковою пастою або аерозольною плівкою “Ліфузоль”, гідроколоїдних гелів та абсорбуючих порошків виробників засобів догляду за стомою, а саму кишку обробляли стерильним вазеліновим маслом. Якщо реакція шкіри виникає на склад липучої маси калоприймача, тоді у

найближчі 5-7 днів останнім рекомендують не користуватися, а потім підбирають інший тип засобів догляду за колостою. Усім хворим призначаються антигістамінні і десенсибілізуючі препарати.

Найоптимальнішим способом профілактики цих дерматитів є розкриття стоми на операційному столі з одночасним встановленням калоприймача з пастою-герметиком. Це дозволяє профілакувати ускладнення, які викликаються контактом хімії зі шкірою.

Кровотеча з ентеро- або колостоми найчастіше обумовлена травмою слизової оболонки кишки при грубому протиранні її марлевою серветкою, та щільним прилягання отвору калоприймача до стоми. Для зупинки кровотечі можуть бути використані гемостатичні засоби, холод на ділянку стоми та прошивання або коагуляція кровоточивої судини.

Некроз стінки кишки (стоми). В основі даного ускладнення лежать порушення кровообігу у виведеній кишці.



Рис. 2. Некроз стінки стоми (тканини чорного кольору).

Причинами недостатності кровообігу стоми можуть бути натяг виведеної кишки або її брижі, прошивання крайової судини брижі при підшиванні її до очеревини, перекрут кишки, туге ушивання апоневроза або шкіри навколо виведеної кишки і здавлювання останньої, тромбоз судин брижі кишки.

Клінічно порушення кровообігу в стомі проявляються змінами забарвлення слизової оболонки виведеної кишки і зменшенням її блиску. В найближчі години (або дні) після операції слизова стає синьою, потім поступово чорніє, втрачається еластичність. У віддаленому періоді некроз виведеної кишки нерідко може призводити до пізніх парастомальних ускладнень, таких як рубцеве звуження стоми, ретракція стоми, парастомальна грижа та нориці.

Лікування при некрозі стінки виведеної кишки залежить від розповсюдженості некротичних змін і типу стоми.

При крайовому некрозі у хворих з колостою достатньо висікти виступаючі над поверхнею шкіри нежиттєздатні тканини. При частковому некрозі, коли некротичні зміни розповсюджувалися до рівня підшкірної клітковини або апоневрозу, допускається вичікувальна тактика лікування. При ній спочатку розпускається один-два шви на шкірі і апоневрозі навколо колостоми, висікаються некротизовані тканини і розпочинається місцеве лікування гнійної парастомальної рани при постійному контролі глибини розповсюдження некрозу. У випадку неускладненого перебігу раневого процесу і збереженні життєздатності виведеної кишки на рівні одного із шарів черевної стінки лікування гнійної парастомальної рани продовжується.

Показаннями до екстреного оперативного лікування є прогресування некрозу кишки, розповсюджений некроз виведеної кишки, поява ознак перитоніту. При цьому проводиться лапаротомія, резекція некротизованої ділянки товстої кишки з накладанням одностовбурової колостоми на новому місці, санація і дренажування черевної порожнини.

Парастомальний абсцес. Причиною виникнення абсцесів є контамінація мікроорганізмами із просвіту кишки, з черевної порожнини при перитоніті, а також внаслідок поверхневого нагноєння парастомальних тканин, некрозу, ретракції і перфорації кишки в колостомі. Він формується, як правило, протягом 5-7 діб. Місцево над ділянкою гнійника відзначаються

припухлість і гіперемія шкіри. При глибокому розташуванні абсцесу (під апоневрозом) ці симптоми відсутні.



Рис. 3. Парастомальний абсцес.

Клінічно біль в ділянці стоми поступово посилюється, стає пульсуючим, смикаючим. Важливою ознакою парастомального абсцесу при наявності інших ознак гострого запалення є симптом флюктуації.

Особливістю перебігу гнійників у підшкірній клітковині є те, що вони часто поверхневі і нерідко дрениуються назовні між стінкою товстої кишки і шкірою. Значну загрозу має прорив підапоневротичного гнійника у черевну порожнину і розвиток розлитого гнійного перитоніту. Тоді спостерігаються погіршення стану хворого, стійке підвищення температури тіла з першого дня після операції до 38-39 °С, у частини хворих відзначаються гектична лихоманка. У крові характерними є лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ до 40 мм/год і більше.

Для **верифікації діагнозу** проводять ревізію парастомальних тканин шляхом пункції абсцесу. З інструментальних методів дослідження застосовують ультразвукову діагностику, на якій чітко визначається порожнина абсцесу.

Лікування. При появі виразних місцевих ознак поверхневого нагноєння знімаються 1-2 шкірно-слизових шва, евакуюється гнійний екссудат з обробкою рани антисептичним розчином. Далі лікування проводиться відкритим способом із застосуванням осмотично активних

препаратів у першій фазі раневого процесу і захисних мазевих пов'язок у другій.

Парастомальна флегмона – гостре запалення клітковинних просторів черевної стінки навколо виведеної кишки або в безпосередньому віддаленні від колостоми. На відміну від абсцесу, при флегмоні процес не обмежується капсулою, а розповсюджувався по м'яких клітковинних просторах. Вона формується, як правило, протягом 7-10 діб після операції. Збудниками паракोलостомічної флегмони у більшості випадків є кишкова паличка, золотистий стафілокок і синьогнійна паличка в поєднанні з анаеробами. Джерелами інфекції є аналогічні таким, як при абсцесах.

Клініка. Швидка поява і розповсюдження болючої припухлості, розлита гіперемія шкіри над нею, висока температура (40 °C і вище), біль в ділянці колостоми. Спочатку припухлість має характер інфільтрату, потім він пом'якшується і з'являється флюктуація. При УЗД – розповсюджені рідинні утвори різної величини у різних клітковинних просторах. Клінічний перебіг флегмони рідко сприятливий. У крові відзначаються високий лейкоцитоз і виражений нейтрофілоз.

Особливістю перебігу парастомальної флегмони є те, що іноді вона мимовільно розкривається назовні між стінкою товстої кишки і шкірою або відбувається тотальне нагноєння серединної лапаротомної рани у хворих із колостомією. Серйозну загрозу становить прорив підапоневротичної флегмони в черевну порожнину і розвиток розлитого гнійного перитоніту.

Для верифікації діагнозу використовують ревізію парастомальних тканин шляхом пункції та дренивання гнійника, результати ультразвукового дослідження.

Лікування. При виникненні флегмони черевної стінки тактика зводиться до широкого розкриття гнійної порожнини окремим розрізом назовні від колостоми, його дренивання, видалення некротичних тканин, санації антисептиками.

Якщо колостома виведена через серединний лапаротомний доступ, тоді знімаються шкірні шви на відстані 8-12 см, в т.ч. і частина швів, фіксуючих стому, і здійснюється санація і дренування порожнини гнійника зі створеної рани. В подальшому ведення гнійної рани проводиться у відповідності із загальними принципами гнійної хірургії, включаючи комплексну інфузійну дезінтоксикаційну терапію зі зміною антибіотиків.

Перебіг раневого процесу гнійних парастомальних ран ускладнюється постійним інфікуванням високовірulentною товстокишковою флорою, тому найважливішою умовою лікування є запобігання попадання калових мас у рану і на шкіру навколо колостоми. З цією метою варто наносити шар пастигерметика на шкіру по колу колостоми та застосовувати калоприймачі.

Пастою можна також заповнювати вузьку смугу відкритої шкіри, що оточує стому, для того, щоб ця ділянка не піддавалася агресивному впливу кишкового вмісту.

Таким чином, лікування ранніх гнійно-запальних параколостомічних ускладнень являє собою складну проблему. З одного боку, за канонами гнійної хірургії, необхідно широко розтинати і дренувати гнійну порожнину, а з другого боку, враховуючи безпосередню близькість стоми, необхідно запобігати попаданню кишкового вмісту в утворену рану. Крім того, розвиток гнійно-запального процесу навколо колостоми може призвести до розвитку розлитого перитоніту.

Ретракція стоми. Ретракція буває частковою – із неповним відходженням виведеного сегмента кишки та залишенням його краю на рівні шкіри або на рівні апоневроза і повною – із відходженням виведеної кишки нижче апоневроза.

Основною причиною розвитку цього ускладнення є натяг брижі товстої кишки при її недостатній мобілізації та недостатня довжина сегменту кишки, яка виводиться. Факторами, зумовлюючими занурення стоми нижче рівня шкіри, є парез, некроз стінки виведеної кишки, нагноєння рани.



Рис. 4. Ретракція стоми (майже по всій окружності кишка опустилась нижче рівня шкіри).

Клініка. При попаданні кишкового вмісту в оточуючі тканини передньої черевної стінки розвивається клінічна картина гнійно-запальних парастомальних ускладнень (абсцес, флегмона). У віддаленому післяопераційному періоді це призводить до рубцювання тканин з розвитком рубцевого стенозу колостоми.

Найнебезпечнішим для життя хворого є повна ретракція кишки нижче рівня апоневрозу з розвитком клінічної картини розлитого перитоніту внаслідок витікання кишкового вмісту у черевну порожнину.

Лікування. При частковій ретракції, коли верхній край виведеної кишки знаходиться на рівні одного з шарів черевної стінки і відсутні перитонеальні симптоми, можливе консервативне лікування супутніх гнійних параколостомічних ускладнень при чіткій ідентифікації країв стоми, що «провалилася», підшивання країв стоми до рівня шкіри. При появі симптомів перитоніту, при прогресуванні ретракції виведеної кишки, або втягненні верхнього краю колостоми нижче рівня апоневрозу (повна ретракція колостоми) – це покази до екстреної операції. При цьому виконують середньо-серединну лапаротомію, резекцію зміненої ділянки кишки, додаткову мобілізацію кишки, що виводили, накладають колостому на новому місці, проводять санацію і дренивання черевної порожнини. Інший

варіант – накласти проксимальну двостовбурову трансверзостому після резекції і ушивання «перистомальної» ділянки товстої кишки.

Формування колостоми через стару інфіковану колостомічну рану вважається недопустимим, так як при цьому може настати повторна ретракція кишки, або розвинути флегмона передньої черевної стінки. Профілактикою даного ускладнення є адекватна, без натягування, мобілізація кишки, що виводиться.

Пролапс стоми. Пролапс стоми виникає з часом через підвищення внутрішньочеревного тиску на стомальну ділянку. Найчастіше пролапс спостерігається при дводульних ентеростомах. Дехто вважає, що пролапси колостоми є результатом надмірних розмірів отвору черевної стінки або недостатньої фіксації брижі проксимального відрізка товстої кишки, що виводиться. Розвитку пролапсу колостоми також сприяє використання послаблюючих засобів.

Розрізняють 3 ступеня пролапсу колостоми: 1 ступінь – випадіння тільки слизової оболонки кишки на 1-2 см; 2 ступінь – випадіння слизової оболонки з частковою евагінацією інших шарів кишки; 3 ступінь – евагінація усієї стінки кишки, коли при натужуванні та дефекації випадає понад 5 (см) кишки. Пролапс 1 ступеня вважається нормальним станом слизової колостоми і багатьма авторами не враховується як ускладнення колостоми.



Рис. 5. Пролапс колостоми.

Клініка. Випадіння тільки слизової оболонки товстої кишки (1 ст.) зазвичай не супроводжується порушенням стану хворого і функції колостоми. При 2 ст. хворі також практично не пред'являють скарги. Кишка випадає тільки при дефекації або напруженні хворого. У спокої випадаюча ділянка товстої кишки, як правило, самостійно вправляється в черевну порожнину.

Скарги у хворих виникають при збільшенні розмірів випадаючої ділянки товстої кишки (3 ст.): наявність косметичного дефекту в ділянці колостоми, супутніх змін з боку випавшої ділянки товстої кишки (ішемія, набряк кишки, ерозії і виразка слизової оболонки) або шкіри навколо стоми (перстомальний дерматит, ерозії і виразка шкіри навколо колостоми), а також при защемленні кишки, що випала. Крім того, порушується функція випорожнення, догляд за колостоною проводиться із труднощами, стає неможливим використання сучасних калоприймачів і методів іригації.

Лікування. Всі операційні втручання, направлені на усунення пролапсу стоми, поділяються на 4 види: 1) усунення пролапсу без втручання на колостомі; 2) усунення пролапсу з реконструкцією стоми і залишенням її на попередньому місці; 3) усунення пролапсу з реконструкцією і переміщенням стоми на нове місце; 4) усунення пролапсу в ході відновлення безперервності товстої кишки (реконструктивно-відновної операції).

Найпростішою операцією з усунення пролапсу є ампутація кишки, що випала. На рівні шкіри поперечно розсікають обидва циліндри кишки і зшивають їх в 2-3 ряди. Ця операція може виконуватися під місцевою анестезією.

Іншим видом традиційного операційного втручання є резекція товстої кишки з реконструкцією колостоми і залишенням її на попередньому місці. Ця більш радикальна операція передбачає не тільки усунення пролапсу, але і звуження діаметру колостоми. Вона виконується наступним чином. Після розрізу шкіри, який оперізує колостому, кишка виділяється із підшкірної клітковини, відокремлюється від апоневрозу і витягується в рану.

Якщо отвір в апоневрозі розширено (пропускає понад 2 пальці), його звужують, наклавши декілька вузлових швів. Надлишок кишки відсікається, і її краї через усі шари підшивають до шкіри окремими швами, формуючи плоску колостому.

Реконструктивно-відновні операції у стомованих хворих з випадінням кишки (пролапсом) через колостому. Операція відновлення безперервності товстої кишки у хворих з пролапсом дозволяє домогтися повної хірургічної реабілітації колостомованих хворих. Наявність пролапсу колостоми практично не впливає на перебіг післяопераційного періоду, але відновлення безперервності товстої кишки завжди має загрозу хірургічних ускладнень (неспроможностей товсто-товстокишкових анастомозів, тощо).

Парастомальна грижа (ПСГ) – це виходження органів черевної порожнини у гризовий мішок через отвір у передній черевній стінці, створений раніше оперативним шляхом для формування стоми.



Рис. 6. Парастомальна грижа, поєднана з пролапсом стоми.

Серед причин виникнення ПСГ можна виділити як загальні, так і технічні фактори. Загальні фактори ризику: вік більше 60 років, ожиріння, цукровий діабет, куріння, системна інфекція та/або післяопераційні гнійно-запальні ускладнення у ділянці стоми, важка фізична робота, слабкість передньої черевної стінки, хронічний кашель та/або хронічне обструктивне

захворювання легень, імунні порушення, хвороба Крона, онкологічні захворювання, доброякісна гіперплазія передміхурової залози, хронічний закреп, блювота у післяопераційному періоді тощо.

До факторів ризику, які сприяють розвитку парастомальних гриж, належать також і технічні особливості формування стоми: формування стоми з виведенням кишки через косі м'язи живота, завеликий отвір для стоми на передній черевній стінці, недостатня фіксація кишки в отворі передньої черевної стінки, інтраперитонеальне розташування виведеної стоми.

Класифікація парастомальних гриж за Н. В. Devlin (1983) виділяє чотири анатомічних типи ПСГ:

Інтерстиціальна (interstitial) – при котрій грижовий мішок розташовується між м'язовими шарами черевної стінки; стома при цьому асиметрично збільшується і стає набрякнутою та ціанотичною.

Підшкірна (subcutaneus) – при котрій грижовий мішок проходить вздовж стінки стоми до рівня підшкірної клітковини.

Інтрастомальна (intrastomal) – при котрій грижовий мішок може пенетрувати у вихідний отвір стоми.

Черезстомальна (perstomal) – при котрій грижовий мішок виходить через колостому.

Клінічні прояви парастомальних гриж різноманітні, і багато в чому залежать від розмірів самої грижі, наявності супутніх ускладнень. Для невеликих гриж характерне безсимптомне протікання, і виявити її інколи вдається тільки при використанні додаткових методів обстеження, таких як комп'ютерна томографія.

Найпоширенішими симптомами у хворих з ПСГ є утруднене використання калоприймачів, біль, деформація та асиметрія передньої черевної стінки в ділянці стоми, останню особливо помітно при вертикальному положенні тіла, складнощі при випорожненні стоми, загальне погіршення якості життя.

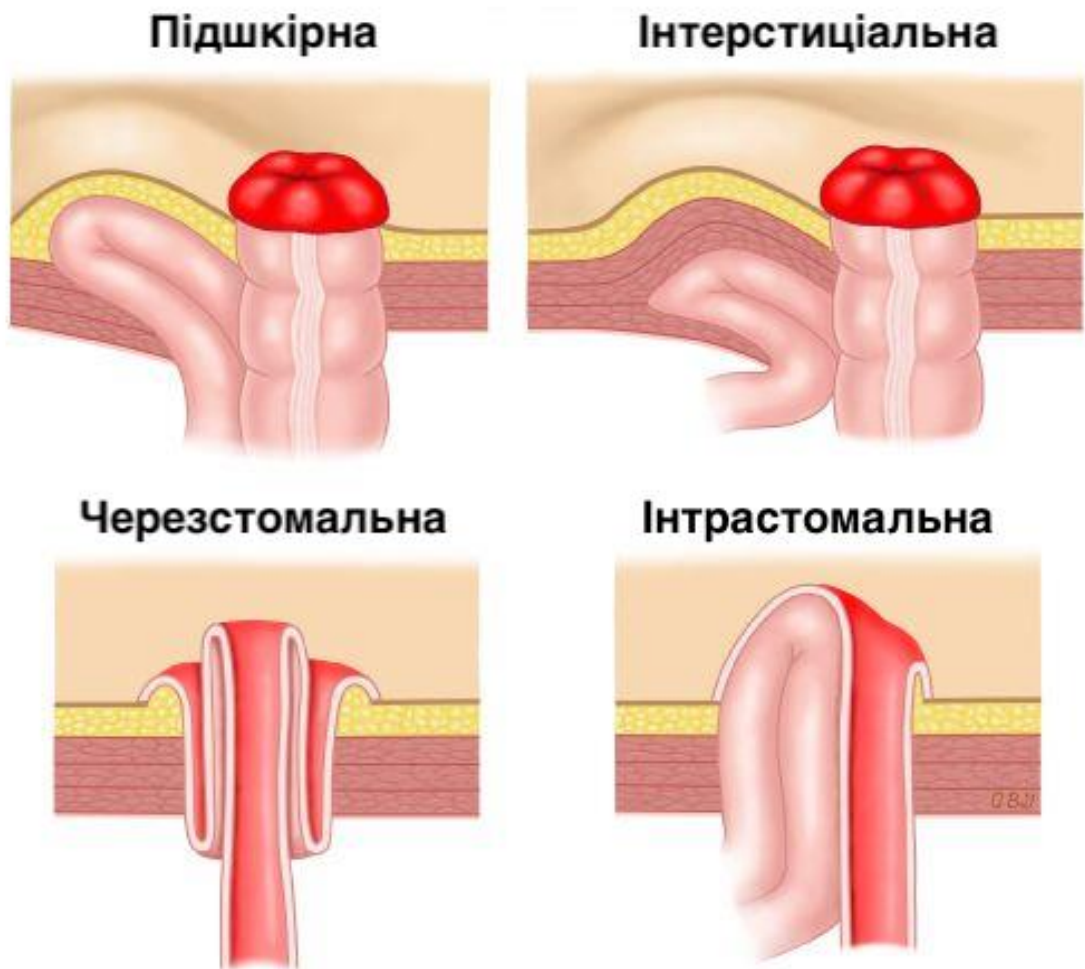


Рис. 7. Анатомічні типи ПСГ.

Тривале існування парастомальної грижі сприяє розвитку супутніх ускладнень – випадінню кишки через колостому (пролапс), розвитку запального інфільтрату або гнійних нориць, рубцевому звуженню стоми.

У хворих з великими та гігантськими ПСГ виникає характерний симптомокомплекс. Ведучим симптомом являється біль в ділянці грижі, який зі збільшенням останньої стає постійним. Другим по частоті характерним симптомом є некерований акт дефекації. Якщо у хворих з неускладненою стомою випорожнення кишечника поступово приймає порційний характер (2-3 рази на добу) і відбувається у визначений час доби, то у хворих з ПСГ спостерігається часте відходження кишкового вмісту (до 10-15 разів на добу), нерідко за чим слідує тривалий період закрепів. Типовим є виділення кишкового вмісту у нічний час.

Наявність у хворого парастомальної грижі створює труднощі, а часто навіть неможливість використання калоприймачів. Все це у значній мірі ускладнює не тільки можливості трудової діяльності, але і взаємовідносини в сім'ї, що призводить до посилення психоневрологічних реакцій; хворі стають замкнутими, дратівливими, уникають спілкування з людьми.

Крім того, як і у інших випадках з вентральними грижами, можливий розвиток серйозних ускладнень, наприклад, защемлення і странгуляція петель кишки, виникнення гострої кишкової непрохідності.

Лікування. За даними літератури всі оперативні втручання, направлені на усунення парастомальної грижі, поділяються на чотири види:

- усунення грижі без втручання на колостомі;
- усунення ПСГ з реконструкцією колостоми і залишенням її на попередньому місці;
- усунення ПСГ з реконструкцією і переміщенням колостоми на нове місце;
- усунення ПСГ при операції відновлення безперервності товстої кишки.

Показаннями до хірургічного лікування хворих є:

- великі і гігантські парастомальні грижі;
- грижі будь-яких розмірів з клінічними проявами;
- ускладнені грижі (защемлення, кишкова непрохідність).

Усунення ПСГ без втручання на колостомі. Після ушивання шкіри над колостомою роблять розріз шкіри трохи латеральніше центру грижового мішка. Величина розрізу визначається розмірами грижового випинання і грижових воріт. Грижовий мішок виділяють із зрощень до апоневроза і розкривають. Вміст грижового мішка випорожнюють від зрощень з його стінками і занурюють у черевну порожнину. Грижовий мішок висікають, очеревину по краю грижових воріт підшивають окремими швами до виведеної ободової кишки. Після цього апоневроз вивільнюють від спайок і рубців і вшивають навколо виведеної кишки до відповідності з її діаметром

або виконують пластику гризових воріт дуплікатурою апоневрозу. Шкірну рану вшивають наглухо після дренування підшкірної порожнини. Шви на колостомі залишають до наступного дня для запобігання інфікування післяопераційної рани.

Реконструктивні операції при парастомальних грижах.

Використання цього методу зумовлено тим, що грижа нерідко поєднується з іншими парастомальними ускладненнями і супроводжується подовженням виведеної петлі ободової кишки з розвитком патологічних зрощень і перегинів. Усе це вимагає не тільки ліквідації гризового випинання, але і реконструкції стоми. Після вшивання шкіри над колостоמוю проводять розріз. Розсікають зрощення навколо гризового мішка і виведеної кишки. Гризовий мішок розкривають, ліквідують зрощення, органи занурюють в черевну порожнину. Вивільнюють від рубців і спайок дистальний відділ ободової кишки, після чого його довжина виявляється значно довшою, ніж необхідно для формування колостоми на передній черевній стінці. Надлишок кишки реzeкують або поміщають в черевну порожнину і фіксують в надійному положенні. Гризовий мішок відсікають, а краї парієтальної очеревини підшивають окремими швами до виведеної кишки. Виконують пластику передньої черевної стінки з формуванням колостоми на колишньому місці, дренування порожнини в підшкірній клітковині.

Слід відмітити, що при виділенні гризового мішка і виведеної назовні частини ободової кишки необхідно дбайливо відноситися до тканин передньої черевної стінки, економлячи кожний її сантиметр. Якщо ця умова дотримується, то, як правило, не виникає труднощів із вшиванням передньої черевної стінки і не вимагається будь-яких пластичних переміщень.

При усуненні ПСГ з реконструкцією і переміщенням колостоми на нове місце виділення гризового мішка і виведеної кишки виконують описаним вище способом. Потім, відступаючи на 6-7 см вбік від основного розрізу створюють канал в черевній стінці для формування плоскої колостоми, куди і виводять ободову кишку. Після висічення гризового мішка очеревину на

місці колишньої колостоми вшивають, виконують пластику передньої черевної стінки. Якщо в підшкірній клітковині утворилася порожнина, її дренують. Плоску колостому на новому місці формують типовим методом.

Оцінюючи обидва методи реконструктивних операцій при параколостомічних грижах, слід віддати перевагу реконструкції колостом з «переміщенням» її на нове місце. Перевагами цієї методики є можливість формування нового отвору для виведення колостоми в незмінених тканинах і проведення повноцінної пластики передньої черевної стінки на місці парастомальної грижі. Наявність колостоми далеко від післяопераційної рани сприяє профілактиці запальних ускладнень і рецидивів ПСГ.

Пластику грижового дефекту можна проводити також за допомогою сітчастого протезу. Це можна виконати трьома способами: місцево, лапаротомним і лапароскопічним методами. При протезуючій герніопластиці ПСГ до сих пір виникають спірні питання, пов'язані з використанням протезів: гострі краї протезу можуть викликати ерозію кишкової стінки; інколи буває важко розмістити протез так, щоб гострі краї не травмували кишку; протез, який являється напівжорстким матеріалом, може викликати відчуття дискомфорту; отвір у сітці для проведення кишки з часом може розтягуватися або зморщуватися, тощо.

Хоча алопластика за допомогою сіток має багато спірних питань, вона є досить поширеним методом лікування ПСГ на сьогодні. Існує декілька варіантів розташування сітки: на поверхні апоневрозу (on-lay), між м'язово-апоневротичним шаром та очеревиною (sub-lay), заміщення дефекту м'язово-апоневротичного шару імплантатом (in-lay) або ж на внутрішній поверхні парієтальної очеревини, інтраабдомінально (under-lay). Більшість авторів не рекомендують застосовувати методики in-lay та on-lay у зв'язку з великим відсотком ускладнень та рецидивів, надаючи перевагу методикам sub-lay або under-lay. Встановлення сітки можливе через лапаротомний або лапароскопічний доступ.

При розташуванні сітки *under-lay* існує три найбільш використовуваних способи пластики парастомальних гриж:

Key-hole technique, або «техніка замкової щілини». При цьому сітчастий імплантат закриває дефект в апоневрозі і оточує кишку, створюючи подібність до «замкової щілини».

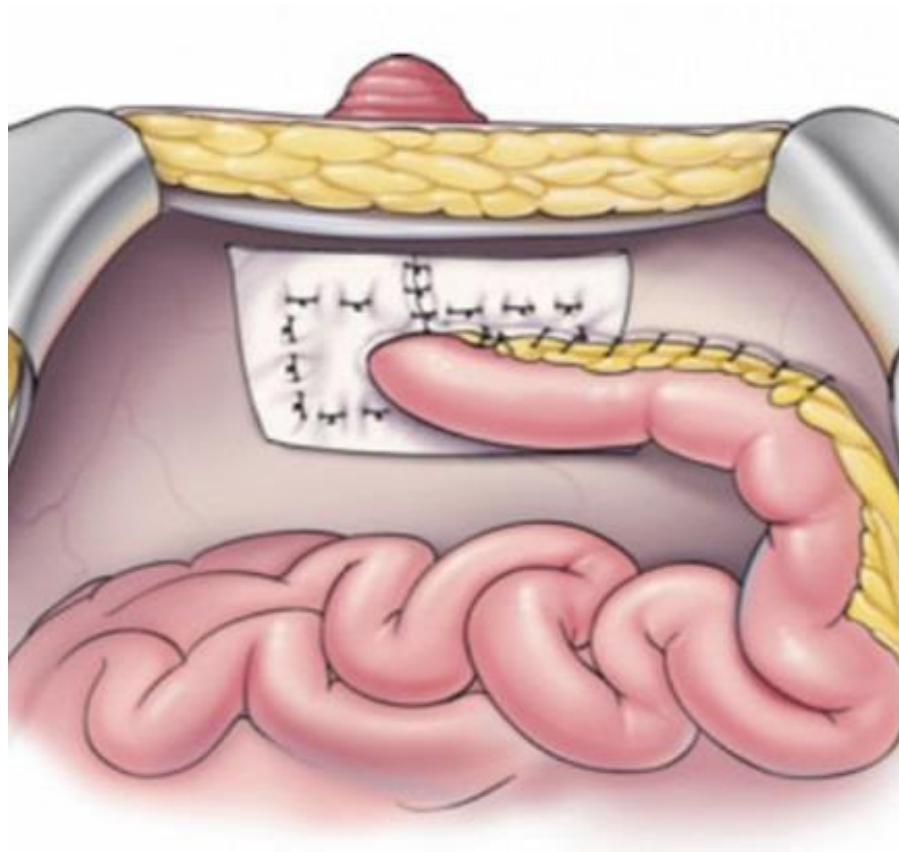


Рис. 8. Схема алопластики по типу «замкової щілини».

Операція Sugarbaker. Дана операція заключається в тому, що дефект в передній черевній стінці закривається сіткою, яка фіксується до очеревини таким чином, що хід кишки йде паралельно передній черевній стінці і підвищення внутрішньочеревного тиску при цьому не тільки не являється фактором ризику рецидиву, а навпаки, додатково фіксує кишку в тканинах передньої черевної стінки.

Комбінований спосіб. Являє собою комбінацію перших двох методик. Спочатку встановлюється сітчастий імплантат по типу «замкової щілини»,

який потім покривається другим імплантатом по методу Sugarbaker. Дана методика рекомендується при великих парастомальних грижах.

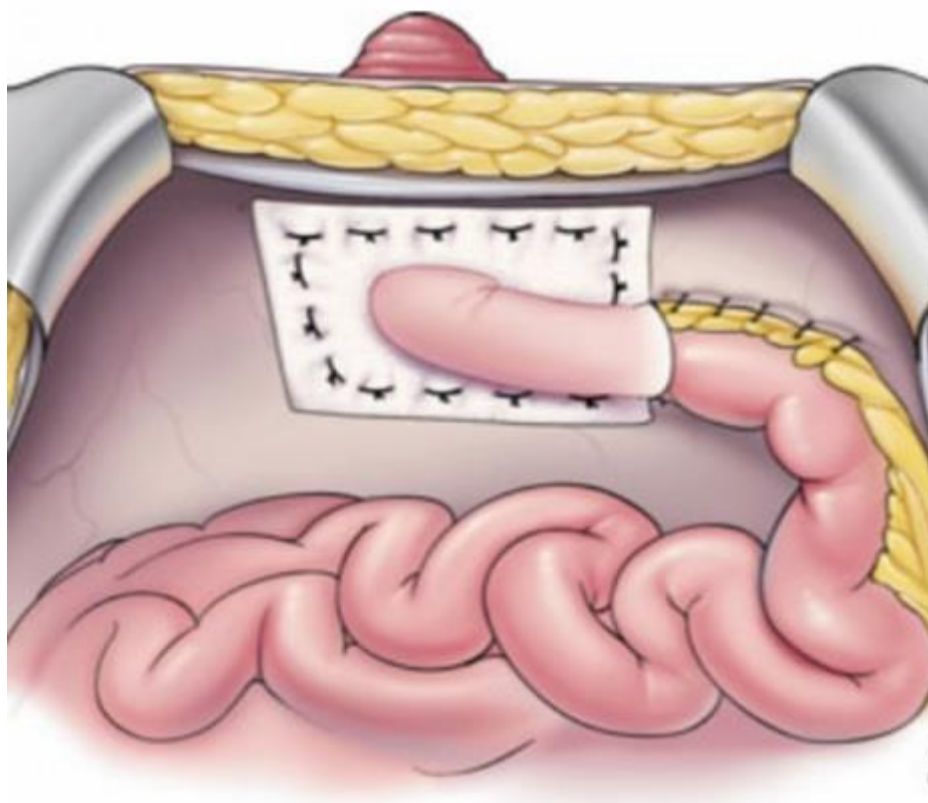


Рис. 9. Схеми алопластики по Р.Н. Sugarbaker.

Стриктура (стеноз) стоми. Не менш частим ускладненням колостоми, що розвивається у пізньому післяопераційному періоді, є рубцеві стриктури колостоми.

Клініка. Рубцеве звуження стоми, як правило, розвивається протягом першого року після операції. Звуження ентро-колостомічного отвору помічається хворими тільки тоді, коли воно досягає критичних значень і утруднює спорожнення кишки. Спочатку хворий задоволений уявною здатністю стримувати кал. У подальшому прогресування стенозу провокує виникнення закріпів, а спорожнення супроводжується больовим синдромом.

При вираженому стенозі колостоми завжди виникає необхідність в реконструктивній операції. Рубцевий стеноз виведеної кишки може розвинути на рівні шкіри або в нижчерозташованих тканинах

колостомічного каналу черевної стінки. Поверхнєве рубцювання на рівні шкіри зазвичай має серпоподібну форму. Воно виникає в найближчі місяці після операції на краю шкіри із слизовою оболонкою кишки і представляє собою рубцеву кайму, яка поступово звужує просвіт кишки.

Найчастіше стриктура колостоми на рівні шкіри розвивається на фоні часткового некрозу стінки виведеної кишки або запального процесу в парастомальній ділянці. Рідше причиною рубцювання колостоми може служити серозит, зумовлений надлишком виведеної кишки.



Рис. 10. Стриктура колостоми на рівні шкіри.

Лікування. Більшість авторів оперативні втручання при рубцевому звуженні колостоми ділять на 4 види:

- розсічення рубцевого кільця колостоми;
- усунення стриктури з реконструкцією колостоми і залишенням її на попередньому місці;
- усунення стриктури з реконструкцією і переміщенням колостоми на нове місце;
- усунення рубцевого звуження колостоми в ході відновлення безперервності товстої кишки (реконструктивно-відновної операції).

Найпростіший спосіб полягає в розсіченні кільця, що звужується радіально, в одному напрямку на 2 см або в двох напрямках по 1 см. При

цьому розсічення роблять в ділянці, де шкіра і підлеглі тканини менше всього змінені рубцями. Шви знімають на 12-14 день. Операція виконується під місцевою анестезією. Зазвичай у хворих в ранньому післяопераційному періоді відзначається набряк тканин в ділянці накладених швів, явища парастомального дерматиту.

Другий спосіб полягає в циркулярному висіченні рубцевого кільця і повторному зшиванні здорових, еластичних країв шкіри і слизової оболонки кишки. При цьому відмічається висока частота гнійно-запальних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді. Перша причина – при висіченні рубцевого шкірно-слизового кільця і зшивання країв шкіри і слизової оболонки кишки мобілізація товстої кишки не виконується, і вона залишається, як і раніше, фіксованою до апоневрозу. Накладення швів між фіксованою кишкою і краєм шкіри у більшості випадків призводить до натягування тканин, що зшивалися, порушення кровообігу, прорізання швів, ретракції кишки і нагноєння парастомальних тканин. Друга причина – інфікування м'яких тканин навколо колостоми. Це обумовлено тим, що у ряді випадків не вдавалося повністю очистити товсту кишку із-за вираженого звуження стоми.

Операція відновлення безперервності товстої кишки у хворих із рубцевим звуженням колостоми дозволяє досягти повної хірургічної реабілітації стомованих хворих. При наявності рубцевого звуження колостоми істотним фактором є передопераційна підготовка товстої кишки до майбутньої операції. Якщо відновлювальна операція виконується на добре підготовленій кишці, тоді частота післяопераційних ускладнень не перевищує середніх значень.

Тестові завдання:

1. Яке з нижче наведених ускладнень належить до пізніх парастомальних ускладнень?
 - А. Парастомальний абсцес.
 - Б. Парастомальна грижа.
 - В. Некроз стоми.
 - Г. Ретракція стоми.
 - Д. Парастомальна флегмона.

2. Причинами некрозу стоми можуть бути всі фактори, ОКРІМ:
 - А. Натяг виведеної кишки або її брижі.
 - Б. Завеликий отвір у передній черевній стінці для виведення стоми.
 - В. Прошивання крайової судини брижі при підшиванні стоми.
 - Г. Туге ушивання апоневроза.
 - Д. Тромбоз судин брижі і кишки.

3. Гостре запалення клітковинних просторів черевної стінки навколо виведеної стоми або в безпосередньому віддаленні від неї, не обмежене капсулою – це:
 - А. Парастомальна флегмона.
 - Б. Парастомальний абсцес.
 - В. Парастомальний дерматит.
 - Г. Ретракція стоми.
 - Д. Некроз стоми.

4. До факторів ризику виникнення парастомальної грижі належать:
 - А. Завеликий отвір для стоми у передній черевній стінці.
 - Б. Післяопераційні гнійно-запальні ускладнення у ділянці стоми.
 - В. Важка фізична робота.
 - Г. Хронічний кашель.

Д. Всі відповіді правильні.

5. Яке з наведених парастомальних ускладнень вимагає ургентного оперативного втручання?

А. Кровотеча зі стоми.

Б. Пролапс стоми.

В. Ретракція стоми нижче рівня апоневроза й очеревини з розвитком розлитого перитоніту.

Г. Виражений парастомальний дерматит.

Д. Рецидив раку у ділянці стоми.

6. Яке з нижче наведених ускладнень належить до ранніх парастомальних ускладнень?

А. Парастомальні нориці.

Б. Стриктура стоми.

В. Пролапс стоми.

Г. Парастомальний абсцес.

Д. Парастомальна грижа.

7. Звуження ентеро- або колостомічного отвору – це:

А. Пролапс стоми.

Б. Стриктура стоми.

В. Некроз стоми.

Г. Ретракція стоми.

Д. Парастомальна нориця.

8. Який з нижче наведених факторів може сприяти розвитку ретракції колостоми у післяопераційному періоді?

А. Натяг брижі товстої кишки.

Б. Завеликий отвір для стоми у передній черевній стінці.

- В. Надмірне фізичне навантаження у післяопераційному періоді.
- Г. Туге ушивання апоневроза або шкіри навколо виведеної кишки.
- Д. Багаторазове блювання у післяопераційному періоді.

9. Показаннями до хірургічного лікування парастомальної грижі є всі, ОКРІМ:

- А. Великі і гігантські парастомальні грижі.
- Б. Грижа будь-якого розміру з клінічними проявами.
- В. Защемлена парастомальна грижа.
- Г. Кишкова непрохідність на фоні парастомальної грижі.
- Д. Парастомальна грижа невеликих розмірів, яка існує 5 років, без будь-яких інших клінічних проявів.

10. Який із станів належить до рідкісних парастомальних ускладнень?

- А. Парастомальна грижа.
- Б. Кровотеча зі стоми.
- В. Пролапс стоми.
- Г. Парастомальний абсцес.
- Д. Поліпоподібні розростання у ділянці стоми.

Ситуаційні задачі:

1. Хворий 63 років, 2-а післяопераційна доба після операції Гартмана. При проведенні перев'язки та заміні калоприймача помічено, що одна стінка виведеної колостоми чорного кольору. Інших особливостей колостоми не виявлено. Який можливий діагноз?

- А. Парастомальний абсцес.
- Б. Стеноз колостоми.
- В. Парастомальний дерматит.
- Г. Ретракція стоми.
- Д. Некроз стоми.

2. При огляді пацієнтки 70 років з плоскою одностовбуровою колостомою відмічено западіння останньої нижче рівня шкіри майже по всі окружності. Яке найнебезпечніше ускладнення може виникнути у хворої, якщо не ліквідувати ретракцію стоми?

А. Западіння кишки нижче рівня очеревини з розвитком розлитого калового перитоніту.

Б. Інфікування навколостомних тканин з парастомальною флегмоною.

В. Некроз кишки.

Г. Формування парастомальної грижі з її защемленням.

Д. Гостра кишкова непрохідність.

3. На огляд звернулася жінка зі скаргами на неможливість користування калоприймачами. Проведено огляд: у лівому мезогастрії наявна колостома з випадінням слизової оболонки, інших випинань біля стоми не виявлено. Який діагноз?

А. Ретракція стоми.

Б. Парастомальна грижа.

В. Некроз стоми.

Г. Пролапс колостоми.

Д. Стеноз стоми.

4. Хвора М., 60 років, виписується зі стаціонару після накладання сигмостоми з приводу ректо-вагінальної нориці. Хвора важко фізично працює. Про які ускладнення зі сторони стоми їй треба попередити у зв'язку з важкою фізичною активністю?

А. Парастомальна грижа та пролапс стоми.

Б. Ретракція стоми.

В. Кровотеча зі стоми.

Г. Гнійно-запальні ускладнення.

Д. Некроз стінки стоми.

5. Чоловік С., 56 років, знаходиться у хірургічному стаціонарі, 6 післяопераційна після черевно-промежинної екстирпації прямої кишки за Кеню-Майлсом. Відмічає скарги на підвищення температури тіла до 38,1 °С, пульсуючий біль у ділянці стоми. При огляді відмічено почервоніння та набряклість шкіри біля колостоми, там же позитивний симптом флюктуації. У крові виражений лейкоцитоз (14,3 Г/л). При ультразвуковому обстеженні виявлено одну порожнину з рідинним компонентом у товщі черевної стінки біля колостоми, умовними розмірами 6x4 см. Який можливий діагноз?

- А. Некроз колостоми.
- Б. Ретракція колостоми.
- В. Парастомальний дерматит.
- Г. Парастомальний абсцес.
- Д. Парастомальна флегмона.

6. Оперативне втручання закінчується виведенням одностовбурової сигмостоми. У передній черевній стінці сформовано отвір для виведення стоми, але при виведенні сигмовидної кишки помічено помірний натяг її брижі. Хірург вирішив не проводити подальшу мобілізацію кишки і зафіксував сигмостому. Якими ускладненнями зі сторони стоми це загрожує у післяопераційному періоді?

- А. Ретракція або некроз стоми.
- Б. Пролапс стоми.
- В. Парастомальна грижа.
- Г. Кровотеча зі стоми.
- Д. Стеноз стоми.

7. На контрольний огляд звернулася жінка 72 років. Місяць тому їй проведено передню резекцію прямої кишки з приводу раку і було

сформовано превентивну ілеостому. Хвора відмічає свербіж та незначний біль навколо стоми. При огляді – виражена гіперемія шкіри навколо ілеостоми, пустули, залишки рідкого калу на шкірі. Який стан виник у хворої?

- А. Парастомальний абсцес.
- Б. Парастомальна флегмона.
- В. Ретракція стоми.
- Г. Парастомальний дерматит.
- Д. Некроз стоми.

8. Чоловік 76 років скаржиться на деформацію черевної стінки у ділянці стоми, значні труднощі із заміною калоприймачів. Одностовбурова колостома у нього наявна вже 10 років. При огляді відмічено випинання значних розмірів з однієї сторони колостоми, яке деформує передню черевну стінку, незначно здавлює стому. Симптоми кашльового поштовху позитивний. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

- А. Пролапс стоми.
- Б. Стеноз стоми.
- В. Рецидив раку у ділянці стоми.
- Г. Парастомальна грижа.
- Д. Парастомальний абсцес.

9. Хвора Л., 68 років, скаржиться на хронічні закрепи, періодичні вздуття живота, інколи болі в животі, зменшення кількості кишкових виділень зі стоми. 5 місяців тому хворій виконано операцію Гартмана з приводу перфорації дивертикула сигмовидної кишки. Від реконструктивно-відновної операції хвора утрималась. При огляді відмічено різке звуження вихідного отвору стоми до 3-4 мм на рівні шкіри. Який діагноз?

- А. Парастомальна грижа.
- Б. Ретракція стоми.

В. Стриктура (стеноз) колостоми.

Г. Пролапс стоми.

Д. Некроз стоми.

10. До вас звернувся хворий із парастомальною грижею, яка турбує його близько 2 місяців. 5 місяців тому проведено операцію Гартмана. Йому важко змінювати калоприймачі, періодично відмічає болі у ділянці стоми. Які можливі хірургічні методи ліквідації парастомальної грижі?

А. Усунення грижі без втручання на колостомі.

Б. Усунення грижі з реконструкцією колостоми і залишенням її на попередньому місці.

В. Усунення грижі з реконструкцією і переміщенням колостоми на нове місце.

Г. Усунення грижі при операції відновлення безперервності товстої кишки.

Д. Всі варіанти можливі.

Коди правильних відповідей на тестові завдання

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Код	Б	Б	А	Д	В	Г	Б	А	Д	Д

Коди правильних відповідей на ситуаційні задачі

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Код	Д	А	Г	А	Г	А	Г	Г	В	Д

Список літератури:

1. Бочар В.Т. (2011). Оцінка ризику і профілактика ускладнень ентеро- та колостомій у невідкладній хірургії тонкої і товстої кишок [Дис. канд. мед. наук, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького].
2. Леошик, О.В. (2018). Парастомічні ускладнення у хворих з одно- та дводульними ентеро-колостомами [Дис. канд. мед. наук, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького].
3. Хірургія; під ред. М.П. Захараша. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – с. 103-107.
4. Antoniou, S. A., Agresta, F., Garcia Alamino, J. M., Berger, D., Berrevoet, F., Brandsma, H. T., ... & Muysoms, F. E. (2018). European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. *Hernia*, 22(1), 183-198.
5. Beitz, J. M., & Colwell, J. C. (2016). Management approaches to stomal and peristomal complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(3), 263-268.
6. Murken, D. R., & Bleier, J. I. (2019). Ostomy-related complications. *Clinics in colon and rectal surgery*, 32(03), 176-182.

*Розтиражовано з готових
оригінал-макетів
ПП Данило С.І.
тираж 100 прим.
м. Ужгород, пл. Ш.Петефі, 34/1
Тел.: 61-23-51*