



ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ДО ОПЕРАЦИИ

КОЛОСТОМИЯ

Колостомия — это хирургическая операция, при которой часть ободочной кишки выводится наружу через специально созданное отверстие в брюшной стенке. Формируется колостома — искусственное отверстие для выведения кала и газов.

Ободочная кишка является частью толстого кишечника, где формируются и эвакуируются каловые массы. При нарушении функций или обструкции толстой, или прямой кишки, нормальное отхождение каловых масс становится затрудненным или невозможным. В таких случаях колостома становится единственным временным или постоянным решением, как необходимая мера восстановления нормального пассажа кишечника.

Данная операция позволяет не допустить самых тяжелых осложнений заболеваний органов брюшной полости, такие как перфорация кишечника, перитонит и выполняется по жизненным показаниям.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

- Кишечная непроходимость
- Неоперабельные опухоли, как паллиативная мера для восстановления пассажа кишечника
- Временная мера при операбельных опухолях, для разгрузки толстого кишечника
- Наличие кишечных свищей
- Травмы кишечника и /или перианальной области
- Перфорации либо кровотечения толстой кишки в результате осложнений заболеваний толстого кишечника: язвенный колит, болезнь Крона, дивертикулит, постлучевой и ишемический колит, распад опухоли.

- Тяжелое, неподдающееся медикаментозной терапии воспаление толстого кишечника
- Несостоятельность ранее наложенного кишечного анастомоза
- Ишемия кишечника, заворот кишок, требующие резекции участка кишечника
- Недержание кала прямой кишкой

Колостомия может быть временной мерой, как этап лечебного процесса, либо может быть постоянной, когда восстановление дефекации через прямую кишку ввиду серьезных заболеваний кишечника не представляется возможным.

Если хирургом была установлена временная колостома, операция по закрытию выполняется в среднем через три месяца. Закрытие показано, если дальнейшее лечение и необходимость в колостоме отсутствует.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

- ✓ Тяжелое состояние пациента, серьезные сопутствующие заболевания (декомпенсированный сахарный диабет, дыхательная или сердечная недостаточность)
- ✓ Гнойно-воспалительный процесс на передней брюшной стенке
- ✓ Критические нарушения свёртываемости крови, не поддающиеся коррекции
- ✓ Распространённое поражение кишечника, делающее вывод стомы невозможным.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

- Подготовка обсуждается строго с врачом, так как предоперационные мероприятия при разных заболеваниях, может сильно отличаться и требует индивидуального подхода.
- Соблюдение диеты. В случае планового оперативного лечения: в течение 3-5 дней запрещается употреблять продукты, которые вызывают газообразование и запоры. По показаниям могут быть рекомендованы специальные питательные смеси. Любая операция выполняется натощак: есть нельзя 10-12 часов до вмешательства, пить — 4-5 часов
- Установка назогастрального зонда для разгрузки желудка и кишечника.
- Катетеризация мочевого пузыря через уретру.

- Предварительная ректороманоскопия либо колоноскопия
- Комплексное предоперационное обследование. Назначаются лабораторные анализы мочи и крови, ЭКГ, рентген грудной клетки, колоноскопия, ЭКГ, УЗИ или КТ брюшной полости. Пациента консультирует хирург, анестезиолог, терапевт.
- Очищение кишечника. Врач может назначить приём слабительных препаратов или клизмы.
- Медикаментозная подготовка. Для снижения риска инфекционных осложнений могут быть назначены антибиотики. Сообщите врачу о препаратах, которые принимаете. Некоторые лекарственные средства по показаниям отменяются на время накануне операции.

ЭТАПЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ

Техника выполнения операции зависит от клинической ситуации, целей операции, и общего состояния пациента.

Под общим интубационным наркозом хирургом выполняется доступ к органам брюшной полости: срединная лапаротомия (разрез выполняется по центру живота от нижней точки грудной клетки к лону), предоставляющая полную визуализации органов брюшной полости для верификации настоящего заболевания и определения дальнейшей тактики лечения и операции локальный мини-доступ, через который будет выводиться непосредственно участок кишечника на переднюю брюшную стенку. Выполняется, когда настоящий диагноз, распространение и локализация патологии уже установлена по данным обследования. Далее хирург уточняет локализацию патологического процесса, определяет и подготавливает наиболее удачный участок кишечника для выведения на переднюю брюшную стенку и формирует колостому, путем подшивания стенки кишки к слоям передней брюшной стенки. Операционная рана ушивается. На колостому накладывается калоприемник как резервуар для сбора кишечного содержимого. Накладывается стерильная повязка. Орошение стерильной повязки.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Ранние осложнения:

- гнойно-воспалительные процессы — нагноение раны, околоколостомическая флегмона и абсцесс;
- некроз (отмирание тканей) стомы;
- кровотечение и образование околоколостомической гематомы;
- ретракция, то есть втянутость стомы, когда отверстие располагается ниже уровня кожи, образуется воронкообразное углубление;
- острая кишечная непроходимость;

Поздние осложнения:

- грыжи на передней брюшной стенке, возникающие в области стомы;
- пролапс или выпадение стомы, при котором слизистая кишки выпадает наружу;
- стеноз или сужение отверстия стомы;
- рецидив опухоли (если показанием к операции была онкология).

При неправильном уходе за стомой могут развиваться кожные осложнения, к которым относятся контактный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, пиодермия, гиперкератоз. При повреждении слизистой кишки из-за неаккуратного ухода стома осложняется кровотечением.

Из-за нарушения диеты, рекомендованной врачом, возможно развитие диареи, запора, повышенного газообразования.