



В.Н. Мальцев, В.А. Комаренко,
Н.Н. Тараненко, Е.А. Ханин

УЩЕМЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Киевская городская клиническая больница № 18

Ключевые слова: колостома, рак толстой кишки, непроходимость кишечника, ущемление внутренней грыжи, реконструктивно-восстановительная операция.

Описан случай успешного лечения больного с ущемленной грыжей в связке Трейца после реконструктивно-восстановительной операции на толстой кишке, выполненной по поводу колостомы слева. Колостома сформирована в 2011 г. в связи с обтурационной непроходимостью кишечника опухолевого генеза. Непрерывность кишечника восстановлена с помощью циркулярного степлера. После выписки на 12-е сутки пациент госпитализирован повторно с клинической картиной высокой непроходимости кишечника. Диагностировано ущемление тощей кишки в связке Трейца, что было выявлено при релапаротомии. Ущемление устранено. Пациент выписан на 18-е сутки после релапаротомии.

Реконструктивно-восстановительная операция на толстой кишке — одна из трудных в проктологии. Как правило, речь идет о ликвидации колостомы, выполненной ранее по поводу различных заболеваний толстой кишки. Колостому выполняют как в ургентном порядке по поводу непроходимости кишечника опухолевого генеза (операция по Гартману), так и в плановом — по поводу неспецифического язвенного колита, болезни Крона, дивертикулита, колоченного декомпенсированного колостаза [1, 2, 4].

Колостома — толстокишечный свищ, который формируется на передней брюшной стенке, чаще всего слева от пупка в виде столбика или на уровне кожи (плоская стома). Несмотря на наличие технологически удобных калоприемников (мешочек на клеевой основе, который фиксируется к коже, закрывая колостому), колостома значительно снижает качество жизни больного. Его социальная активность ограничена, он не может посещать театр, бассейн, ходить в гости. Некоторые больные не могут больше работать. В мире насчитывается около 1,5 млн больных со стомой. Они объе-

диняются в общества стомистов, издают журналы, переписываются друг с другом, делясь новшествами по уходу за стомой. Удаление колостомы возможно у 60—70 % больных, если есть шанс соединить отрезок толстой кишки, несущий колостому, с дистальным отрезком толстой кишки (чаще всего это культя прямой кишки) [3, 5].

Для выполнения реконструктивно-восстановительной операции разработано много методик. Изредка для восстановления непрерывности кишечной трубки используют сегменты тонкой кишки (Nicoladoni). Главной особенностью реконструктивно-восстановительной операции остается ее сложность в техническом исполнении. Хирург-проктолог должен быть готовым к непредвиденным обстоятельствам: анатомически неудобное расположение кровеносных сосудов брыжейки толстой кишки, структурные и функциональные изменения в отключенной кишке, париетофиброз (выраженный спаечный процесс органов брюшной полости (перенесенный перитонит), сопутствующая патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В редких

случаях возможность выполнения реконструктивно-восстановительной операции и ее исход зависят от врожденных дефектов брыжейки, брюшины, расположения органов в брюшной полости, наличия внутренних грыж.

В широком смысле под грыжей понимают всякое выхождение органа брюшной полости через естественный или искусственный дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, покрытом брюшиной, то есть для грыжи характерны такие составляющие, как грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое. По локализации грыжи могут быть наружными и внутренними. У внутренних грыж грыжевой мешок может отсутствовать. Внутренней грыжей называется перемещение органов брюшной полости из одной ее части в другую через отверстие или дефект в стенке или перегородке, разделяющий полость. О грыже пациент узнает тогда, когда она осложняется. Опасны для жизни острые осложнения грыж, к которым относятся ущемление, воспаление, травматическое повреждение. Из большого разнообразия внутренних грыж чаще всего встречаются околодвенадцатиперстные грыжи (внутренняя грыжа Трейца). Эти грыжи развиваются в двенадцатиперстно-тощей ямке. Впервые такие грыжи описал Трейц в 1857 г. Они бывают лево- и правосторонними.

Ниже приведен случай успешного хирургического вмешательства по поводу ущемления тощей кишки в грыже Трейца слева.

В отделение проктологии (Украинский проктологический центр) больницы № 18 поступил больной М., 61 год, с диагнозом С-г нисходящего отдела толстой кишки (гистологическое заключение — adenocarcinoma, прорастание опухоли до серозной оболочки). Последствие хирургического лечения обтурационной непроходимости кишечника по Гартману (октябрь 2011 г.). Колостома плоская слева.

Больной обратился с просьбой восстановить проходимость кишечной трубки. По сроку относительно первой операции вмешательство возможно в двух вариантах: операция повторного осмотра (ревизия на предмет рецидива опухоли и наличия метастазов) и реконструктивно-восстановительное завершение. Больной был обследован: RRS до 22—23 см. В отключенной кишке органических изменений не выявлено. Фиброколоноскопия через стому: органических изменений в проксимальных отделах толстой кишки не выявлено. УЗИ органов брюшной полости: экзогенных образований в брюшной полости, печени, поджелудочной железе не выявлено. Рентгенография легких: без патологии. В клинических, биохимических показателях крови отклонений от нормы не выявлено. Иссле-

дования на онкомаркеры не проводили. После обсуждения на врачебной конференции принято решение выполнить реконструктивно-восстановительную операцию с использованием циркулярного степлера изогнутого № 29.

Операция 26.08.2012 г. Ушита колостома с ее мобилизацией до брюшины. Выполнена срединная лапаротомия. Выражен спаечный процесс — висцеролиз. Рецидива опухоли в лимфоузлах брыжейки, ворот селезенки не выявлено. В печени в правой и левой долях множество узелковых высыпаний до 0,6—0,8 см. Учитывая данные компьютерной томографии и УЗИ, решено высыпания не считать метастатическим процессом. После мобилизации со стороны брюшной полости колостомы выполнена мобилизация селезеночного (левого) изгиба толстой кишки до середины поперечно-ободочной, сформирован анастомоз по типу «конец в бок» циркулярным степлером № 29. Проведен туалет брюшной полости, установлены 2 хлорвиниловых дренажа слева. Дренажи удалены через 24 ч, пассаж по кишечнику восстановлен на 3-и—4-е сутки.

На 12-е сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. После принятия в домашних условиях слабительного «Дуфалак» в дозе 20 мл на ночь (по рекомендации хирурга) у больного возникла боль в эпигастриальной области, которая длилась 15—20 мин. Затем прошла самостоятельно. После боли через 1—2 ч возникла рвота (содержимое прозрачное без запаха). Больной был в ургентном порядке госпитализирован в проктологическое отделение. При обследовании установлен диагноз: высокая тонкокишечная непроходимость спаечного генеза. Проведена операция после дооперационной подготовки. Во время операции выявлен тотальный париетофиброз. Висцеролиз всей тонкой кишки, которая на всем протяжении оказалась спавшейся. При ревизии кармана двенадцатиперстной ямки слева выявлена опухоль, состоящая из петель тонкой кишки (три) в виде батареи, сращенная плотными спайками, которые стали причиной высокой тонкокишечной непроходимости. Спайки остро и тупо рассечены, тощая кишка выведена из кармана, интубирована назогастральным зондом. Ущемление петель кишечника расценено как ущемление грыжи в ямке Трейца слева. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 15-е сутки под наблюдение хирурга по месту жительства.

Таким образом, своевременная диагностика послеоперационного осложнения — ущемления в грыже Трейца позволила вовремя его устранить и сохранить успех реконструктивно-восстановительной операции.

Литература

1. Гольмамедов Ф., Шлопов В., Гольмамедов П., Маледов Н. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с илеоколотомой.— М., 2001.— С. 147–149.
2. Даценко Б., Тамм Т., Бардюк А. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии // Клиническая хирургия.— 2003.— № 11.— С. 146.
3. Егиев К., Лядов К., Воскресенский П. Атлас оперативной хирургии грыж.— М.: Медпрактика, 2003.— С. 470.
4. Захараш М., Пойда А., Кучер Н. Выполнение восстановительных операций по поводу заболеланий толстой кишки // Клиническая хирургия.— 2003.— № 11.— С. 151–152.
5. Пойда О., Мельник В. Хірургічна реабілітація хворих, оперованих на товстій кишці. Частина I. Відновні, реконструктивно-відновні та сфінктерзберігальні операції // Хірургія України.— 2012.— № 2.— С. 12–16.
6. Пойда О., Мельник В. Хірургічна реабілітація хворих, оперованих на товстій кишці. Частина II. Прогнозування, профілактика, лікування післяопераційних ускладнень. Результати хірургічної реабілітації. Якість життя оперованих хворих // Хірургія України.— 2012.— № 3.— С. 10–24.

В.М. Мальцев, В.О. Комаренко, М.М. Тараненко, Є.О. Ханін

ЗАЩЕМЛЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ ГРИЖІ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Описано випадок успішного лікування хворого із защемленою грижею у зв'язці Трейца після реконструктивно-відновлювальної операції на товстій кишці, виконаної з приводу колостоми зліва. Колостому сформовано у 2011 р. у зв'язку з обтураційною непрохідністю кишечника пухлинного генезу. Безперервність кишечника відновлено за допомогою циркулярного степлера. Після виписки на 12-ту добу пацієнта госпіталізовано повторно з клінічною картиною високої непрохідності кишечника. Діагностовано защемлення порожньої кишки у зв'язці Трейца, виявлене при релапаротомії. Защемлення усунуто. Пацієнта виписано на 18-ту добу після релапаротомії.

Ключові слова: колостома, рак товстої кишки, непрохідність кишечника, защемлення внутрішньої грижі, реконструктивно-відновлювальна операція.

V.N. Maltsev, V.A. Komarenko, N.N. Taranenko, Ye.A. Khanin

INTERNAL HERNIA STRANGULATION FOLLOWING REPARATIVE AND RECOVERY OPERATIONS ON THE COLON

A case of successful treatment of a patient with a strangulated hernia in Treitz ligament after reconstructive-restorative operations for left colostomy. Colostomy was formed in 2011 due to obstructive ileus of tumor genesis. Continuity of the intestine was restored using a circular stapler. After discharge on 12th day patient was hospitalized again with a clinical picture of high intestinal obstruction. Diagnosed strangulated jejunum in Treitz ligament was found at relaparotomy. Pinching eliminated. The patient was discharged on the 18th day after relaparotomy.

Key words: colostomy, colon cancer, bowel obstruction, strangulation internal hernia, reconstructive and restorative surgery.