В. М. Косован

КУ «Одеська обласна клінічна лікарня»

© Косован В. М.

АЛОПЛАСТИКА ДЕФЕКТУ ЧЕРЕВНЕВОЇ СТІНКИ У МІСЦІ ВИДАЛЕННЯ КОЛОСТОМИ

Резюме. Запропонована методика пластики дефекту передньої черевневої стінки при проведенні реконструктивно-відновних операцій на товстій кишці, що дозволила запобігти виникненню післяопераційних вентральних гриж в місці видаленої колостоми. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виникли в 1 (2,78 %) випадків основної та у 9 (25,71 %) контрольної груп (χ^2=3,9 p<0,05) і проявлялись у вигляді сером у 2 (5,71 %), гематом у 2 (5,71 %), інфільтратів у 4 (11,43 %) та нагноєння рани в 1 (2,86 %) випадках. При застосуванні традиційних підходів до пластики дефекту черевневої стінки у місці видаленої колостоми рецидиви гриж виникли на протязі 12 місяців у 13 (37,14 %) пацієнтів, в основній групі рецидивів грижі встановлено не було.

Ключові слова: *післяопераційна вентральна грижа, дефекти черевневої стінки, колостома.*

Вступ

Проведення реконструктивно-відновних операцій (РВО) на товстій кишці супроводжуються досить високою частотою післяопераційних ускладнень, як в ранньому так і у віддаленому післяопераційному періодах [1, 3, 4].

Нагноєння післяопераційних ран призводить до формування післяопераційних вентральних гриж (ПОВГ), які необхідно ліквідувати під час проведення РВО. У той же час, при проведенні РВО по ліквідації наявних колостом не звертають увагу на наявність нового дефекту черевної стінки у місці видаленої колостоми, де є грубі анатомічні порушення м'язово-апоневротичних структур черевної стінки. Особливо вираженими ці порушення бувають під час ліквідації колостоми з місцевого парастомального доступу, коли додатково розтинаються м'язово-апоневротичні шари.

На сьогоднішній день досить в повному обсязі висвітлені та вирішені проблеми хірургічного лікування ПОВГ, включаючи застосування сітчатих аллотрансплантантів і у хворих з парастомальними грижами [1, 3]. Однак недостатньо повно висвітлено та вирішено проблеми профілактики утворення ПОВГ після РВО у місці видалення колостоми.

За даними літератури, навіть за умови проведення успішної РВО, у 25-45 % хворих у віддалений післяопераційний період спостерігається утворення ПОВГ в місці видаленої колостоми [2]. У подальшому цим хворим, що перенесли, принаймні, два оперативні втручання, необхідно провести ще одне хірургічне втручання з метою пластики дефекту черевневої стінки. Тому, проведення РВО у хворих з тимчасовою колостомою має вирішувати не тільки проблему відновлення безперервності товстої кишки, а й забезпечити надійне закриття складного дефекту черевневої стінки, який утворився після видалення колостоми.

Саме ці моменти змусили на пошук можливості попередження виникнення ПОВГ у місці видаленої колостоми.

Мета дослідження: розробити методику, що дозволить запобігти виникненню післяопераційних вентральних гриж в місці видаленої колостоми.

Матеріали та методи дослыдження

У дослідження включено 71 хворий, які перенесли обструктивні резекції сигмоподібної кишки (СК) у віці від 22 до 82 років, із них 33 (46,7 %) чоловіки і 38 (53,3 %) жінки.

Причинами виконання обструктивних резекцій сигмоподібної та ректосигмоїдного відділу товстої кишок були різні ускладнення раку сигмоподібної та ректосигмоїдного відділу товстої кишок $T_{1-4}N_{0-1}M_0$ у 52 (73,24 %) хворих (із них кишкова непрохідність – у 39 (75,0 %), перитоніт – у 5 (9,62 %), перифокальное запалення – у 4 (7,69 %), перфорація пухлини – у 4 (7,69 %) хворих), травми сигмоподібної кишки – у 6 (8,45 %) пацієнтів, післяопераційні ускладнення гінекологічних операцій – у однієї (1,40 %) хворої, завороту СК з її некрозом – в 3 (4,23 %) хворих, сегментарного мезентеріотромбозу – у 2 (2,82 %), ускладнень (перфорація та кровотеча) дивертикульозу СК – у 4 (5,63 %) хворих. У 3 (4,23 %) пацієнтів обструктивна резекція СК виконана у 2 (2,82 %) хворих при запальних псевдопухлинах, а у 1 (1,41 %) – обструктивного мегаколону.

РВО виконані у 42 (59,16 %) хворих з серединного та у 29 (40,84 %) хворих – з місцевого парастомального доступів.

У групу дослідження (I група) включено 36 (50,70 %) хворих, яким пластика дефекту че-

ревної стінки проводилась з використанням сітчастого алотрансплантанту (алопластика). В якості алотрансплантанта використовувались проленові, поліпропіленові сітки фірм «Ethicon» (США), «Лінтекс» (Росія),

В контрольну групу (II група) включено 35 (49,30 %) хворих, яким пластику дефекту черевневої стінки в місці видалення колостоми проведено місцевими очеревиною та м'язово-апоневротичними тканинами (аутопластика). Алопластика сітчатим трансплантатом проводилась за наступними методиками: у 12 (34,29 %) випадках алотрансплантат фіксували до очеревини з sub-lay позиціонуванням, у 23 (65,71 %) застосовували on-lay пластику.

Всім хворим, окрім загальноклінічних досліджень, виконувались ректороманоскопія для оцінки довжини кукси прямої кишки та виключення копролітів, рентгенологічне дослідження кукс ПК та СК для визначення її локалізації та проксимальних до стоми відділів товстої кишки, УЗ та КТ дослідження для виключення можливих рецидивів та метастазів пухлин.

Статистичну обробку проводили за допомогою спеціалізованих пакетів програми Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США).

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз безпосередніх результатів лікування пацієнтів засвідчив, що ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виникли в 1 (2,78 %) випадку основної та у 9 (25,71 %) контрольної груп (χ^2=3,9 p<0,05) проявлялись у вигляді сером у 2 (5,71 %), гематом у 2 (5,71 %), інфільтратів у 4 (11,43 %) та нагноєння рани в 1 (2,86 %) випадку (рис.). На відміну від повідомлень інших авторів частота гнійно-запальних ускладнень була відносно невисокою, що пояснюється щадним ставленням до тканин при втручанні та ретельним добором антибіотиків й адекватного дренування серозних накопичень з рани.

Утворення сером у 1 (2,78 %) пацієнта основної групи пояснюється тим, що для герніопластики було використано завелику поліпропіленову сітку яка спричинила виражену серозну запальну реакцію з боку оточуючої тканини.

Середній термін перебування у стаціонарі після операції був дещо меншим в основній групі (12,7±0,6 ліжко-днів vs 15,8±0,5 ліжко-днів у контрольній групі). Спостережувані відмінності пояснюються більшою фізіологічністю алопластичного методу у зв'язку із відсутності натягу тканин та ймовірного ризику розвитку компартмент-синдрому.

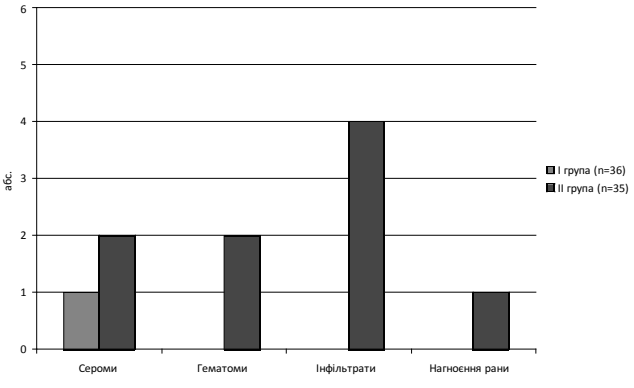

Рис. Ранні післяопераційні ускладнення

При спостереженні цих груп на протязі 12 місяців встановлено, що при застосуванні традиційних підходів до пластики дефекту черевної стінки у місці видаленої колостоми рецидиви гриж виникли в 13 (37,14 %) випадків. В основній групі випадків рецидивів грижі встановлено не було.

Таким чином, застосування алопластичних синтетичних матеріалів дозволило значно покращити клінічні виходи в основній групі, що пояснюється зменшенням ризику інфікування оточуючих м'яких тканин, надійною фіксацією допоміжного пластичного матеріалу та виключенням натяжіння тканин у місці дефекту передньої черевної стінки.

Висновки

Післяопераційні вентральні грижі в місці видаленої колостоми при аутопластиці місцевими тканинами виникають у 37,14 % випадків та потребують подальшого хірургічного лікування.

Алопластика сітчатим трансплантатом дефекту черевної стінки у місці видаленої колостоми є надійним засобом запобігання розвитку у віддаленому періоді післяопераційної вентральної грижі.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Чиньба О.В.* Алопластика дефекту черевної стінки при ліквідації колостоми у пацієнтів з параколостомічною грижею / О.В. Чиньба, В. Г. Яцентюк // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С. 54-59

2. *Mizrahi H.* Laparoscopic slit mesh repair of parastomal hernia using a designated mesh: long-term results. / H. Mizrahi, P. Bhattacharya, M.C. Parker // Surg. Endosc. – 2012. – Vol. 26 (1). – P. 267-270.

3. *Parastomal* hernia. A study of the French federation of ostomy patients. / J. Ripoche, C. Basurko, P. Fabbro-Perray, M. Prudhomme // J. Visc. Surg. – 2011. – Vol. 148(6). – P. 435-441.

4. *Parastomal* hernia mesh repair, variant of surgical technique without stoma relocation. / P. Guriţă, R. Popa, B. Bălălău, R. Scăunaşu // J. Med. Life. – 2012. – Vol. 5 (2). – P. 157-161.

АЛЛОПЛАСТИКА ДЕФЕКТА БРЮШНОЙ СТЕНКИ В МЕСТЕ УДАЛЕНИЯ КОЛОСТОМЫ

В.М.Косован

Резюме. Предложенная методика пластики дефекта передней брюшной стенки при проведении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке позволяет предотвратить возникновение послеоперационных вентральных грыж в месте удаленной колостомы. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 1 (2,78 %) случаев основной и у 9 (25,71 %) контрольной групп (χ^2=3,9 p<0,05) и проявлялись в виде сером в 2 (5,71 %), гематом у 2 (5,71 %), инфильтратов в 4 (11,43 %) и нагноение раны в 1 (2,86 %) случаях. При применении традиционных подходов к пластике дефекта брюшной стенки в месте удаленной колостомы рецидивы грыж возникли в течение 12 месяцев у 13 (37,14 %) больных, в основной группе рецидивов грыжи не установлено.

Ключевые слова: *послеоперационная вентральная грыжа, дефекты брюшной стенки, колостома.*

ALLOPLASTY DEFECT ABDOMINAL COLOSTOMY AT DISPOSAL SITES

V. M. Kosovan

Summary. The proposed method of plastic defect of the anterior abdominal wall during reconstructive operations on the colon can prevent the occurrence of postoperative ventral hernia at the site of a remote colostomy. Complications in the early postoperative period occurred in 1 (2,78 %) cases of primary and in 9 (25,71 %) control groups (χ^2 = 3,9 p <0,05) and presented as gray in 2 (5,71 %), hematoma in 2 (5,71 %), infiltrates in 4 (11,43 %), and festering wounds in 1 (2,86 %) cases. In the application of traditional approaches to sculpture defect of the abdominal wall in a place remote colostomy hernia recurrences occurred within 12 months in 13 (37,14 %) patients in the study group, recurrence of hernia is not installed.

Key words: *postoperative ventral hernia, abdominal wall defects, colostomy.*