

РЕЗУЛЬТАТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ОБСТРУКТИВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ГАРТМАНОМ

В. В. Ставицький

Знам'янська міська лікарня, м. Знам'янка Кіровоградської області, Україна.

Актуальність.

Хірургічна реабілітація хворих зі зовнішніми товстокишковими свищами (ЗТКС) є однією з найбільш складних та актуальних проблем колопроктології.

Мета

Покращити результати реконструктивно-відновних операцій (РВО) у хворих зі ЗТКС після обструктивної резекції товстої кишки (ОРТК) за Гартманом.

Матеріали і методи

В хірургічному відділенні Знам'янської міської лікарні РВО виконані у 135 хворих зі ЗТКС після ОРТК за Гартманом. Середній вік хворих склав 49,8 років і коливався від 22 до 87 років. Чоловіків було 76 (56,3%), жінок – 59. Строки проведення повторних операцій коливались від 6 тижнів до 14 місяців і в середньому склали 82,6 дні. У 123 (91,1%) хворих виконані 222 симультанні операції. Всі хворі оперовані у плановому порядку.

Супутня соматична патологія (дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба, хронічне обструктивне захворювання легень, цукровий діабет, ожиріння та інше) відмічена у 63 (46,7%) хворих.

Оптимальний строк проведення та об'єм РВО у хворих зі ЗТКС визначались строго індивідуально з врахуванням важкості та характеру

захворювання або травми, що призвели до накладання стоми, загального стану пацієнта, перебігу післяопераційного періоду і вираженості місцевих рубцово-запальних процесів передньої черевної стінки (ПЧС) та черевної порожнини.

Хірургічні втручання виконувались після проведення оптимальної передопераційної підготовки, яка включала заходи спрямовані на максимальне очищення кишечника та підвищення функціональних резервів організму хворого.

Відновлення безперервності кишечника та закриття одностовбурових колостом виконували внутрішньочеревним способом. У 125 хворих міжкишкові анастомози виконані інвагінаційним способом за В.Г.Бондарем, у 3 – методом бік-в-бік і у 7, з короткою куксою прямої кишки, накладені циркулярним зшиваючим апаратом.

Всім хворим у післяопераційному періоді проводилась стандартна коригуюча терапія, стимуляція легенево-серцевої системи та функції кишечника, профілактика тромбоемболічних ускладнень.

В якості симультанного етапу при проведенні СО частіше за все виконувалась протезуюча пластика ПЧС (126), в тому числі при поєднанні лапаротомної та параколостомічної післяопераційних вентральних гриж (ПВГ), холецистектомія (18), апендектомія (8), видалення кіст яєчника (7), фенестрація кіст печінки (5). Із об'ємних етапів, також виконувались резекція шлунку за Більрот 1 з приводу виразкового пілоростенозу (1), резекція тонкої кишки з приводу рака (1), надпівдова ампутація матки з придатками (2), сегментарна резекція печінки з метастазом (3), видалення заочеревинної ліпосаркоми (1).

Результати

При проведенні РВО з приводу ЗТКС летальних випадків не було. Післяопераційні ускладнення виникли у 28 (20,7%) хворих, в тому числі застійна нижньочасткова пневмонія у 3 (2,2%), тромбоемболія легеневої артерії – у 1 (0,7%), гострий інфаркт міокарда – у 1 (0,7%), серома лапаротомної рани – у 9 (6,7%) і нагноєння рани – у 7 (5,2%).

Внутрішньочеревні ускладнення виникли у 3 (2,2%) хворих. Часткова неспроможність швів колоректального анастомозу спостерігалась у 2 (1,5%) хворих. У 1 хворого неспроможність анастомозу виникла після накладання апаратної Y-подібної десцендоректостомії поєднаної з протезуючою пластикою ПВГ. З приводу даного ускладнення була виконана релапаротомія з видаленням алотрансплантата, накладанням проксимальної двустовбурової трансверзостоми та проведенням програмованих санаційних релапаротомій. Подальший післяопераційний період у даного хворого ускладнився нагноєнням лапаротомної рани, та розвитком у віддаленому періоді рецидивної ПВГ. Ще у 1 хворої неспроможність швів співустя виникла після накладання трансверзосигмостоми бік-в-бік. При проведенні релапаротомії виконана резекція співустя з накладанням інвагінаційного анастомозу кінець-в-кінець за В.Г.Бондарем. Подальший післяопераційний період у хворої гладкий. Ще у 1 хворого після накладання трансверзосигмоанастомозу виник пролежень та перфорація сигмоподібної ободової кишки інтубаційною трубкою нижче рівня співустя. Ліквідація даного ускладнення вимагало проведення релапаротомії з ушиванням перфоративного отвору та накладанням проксимальної двустовбурової трансверзостоми. Подальший післяопераційний період у хворого гладкий.

Висновки

Оптимальні строки проведення хірургічної реабілітації та об'єм РВО у хворих зі ЗТКС повинні визначатись строго індивідуально з врахуванням важкості та характеру захворювання або травми, що призвели до накладання стоми, загального стану пацієнта, перебігу післяопераційного періоду і вираженості місцевих рубцево-запальних процесів ПЧС та черевної порожнини. При оптимальному веденні хворих зі ЗТКС після ОРТК за Гартманом можна досягнути хороших безпосередніх та віддалених результатів, в тому числі в умовах загальнохірургічного стаціонару.