

ПАРАКОЛОСТОМИЧЕСКИЕ ГРЫЖИ, СПОСОБЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Рычагов Г.П., Высоцкий Ф.М., Гинюк В.А., Васильев Н.О., Битель Е.И.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Актуальность темы. Параколостомические грыжи – разновидность послеоперационных грыж, которые относят к местным отдалённым осложнениям колостом. Создание хорошо функционирующей колостомы с минимальными осложнениями при хирургическом лечении заболеваний и травм толстой кишки давно является злободневной проблемой. По данным литературы, параколостомические грыжи составляют 57% в структуре всех осложнений колостом. На данный момент известно свыше 200 методов колостомии, но ни один из них не отвечает всем требованиям из-за большого числа осложнений, возникающих в области колостомы как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Цель. Оценить результаты лечения параколостомических грыж (ПКГ) в зависимости от способа их лечения.

Задачи:

1. Изучить особенности герниопластики ПКГ при использовании для этого местных тканей и трансплантатов из полипропиленовой сетки (ППС).
2. Определить показания к одному и второму способам пластики ПКГ.
3. Изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения ПКГ в зависимости от способа пластики.

Материалы и методы. С 2008 по 2011 гг. в проктологическом отделении 3-й ГКБ г. Минска оперированы 19 пациентов с ПКГ, которые поступили для закрытия колостомы и восстановления непрерывности толстой кишки. Женщины составили 56,25%, мужчины – 43,75% в возрасте от 29 до 81 года. Показанием к формированию стом в 12 случаях явились дивертикулез и воспалительные заболевания, в 4 – травмы, 3 – злокачественные опухоли ободочной и прямой кишок. У 11 пациентов была наложена сигмостома, у 4 – трансверзостома, у 2 – цекостома и у 2 – илеостома. Для характеристики послеоперационных грыж мы придерживались классификации Sevrel – Rath, согласно которой они подразделяются по локализации (S) на срединные (M), боковые (L) и сочетанные (ML), ширине грыжевых ворот (W) – до 5 см (W1), от 5 до 10 см (W2), от 10 до 15 см (W3), более 15 см (W4) и наличии рецидива (R – R1, R2, R3 и т.д.). Данная классификация дает более полную характеристику грыже и способствует более правильному выбору способа лечения. ПКГ относятся к

боковым (L) грыжам. ПКГ небольших размеров (W1) была в 4, средних (W2) – в 8, больших (W3) – в 6 и гигантских (W4) размеров – в 1 наблюдении. В 4 случаях она сочеталась с послеоперационными грыжами белой линии живота, которые были больших или гигантских размеров (ML). В зависимости от избранного способа для закрытия грыжевых ворот у 10 пациентов использованы местные ткани и у 9 – ППС.

Результаты исследования. В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, где для герниопластики были использованы местные ткани, послеоперационные осложнения наблюдались лишь в одном случае в виде воспалительного инфильтрата, который был излечен с помощью консервативных мероприятий. В отдаленном послеоперационном периоде от 1 до 3 лет в трех случаях отмечен рецидив грыжи на месте бывшей стомы. В связи с рецидивом грыжи пациенты нами были повторно оперированы, у всех их для ликвидации грыжи использована ППС с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Сетчатый имплантат из ППС для герниопластики ПКГ нами использован в 9 случаях с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. В раннем послеоперационном периоде у 1 пациента развилась серома, излеченная консервативно. В отдаленном периоде от 1 до 3 лет рецидива грыжи не выявлено ни в одном случае. Больные результатами операции довольны.

Выводы:

1. Герниопластика местными тканями ПКС в процессе закрытия стомы и восстановления непрерывности толстой кишки сопровождается высоким уровнем рецидива грыжи в отдаленном послеоперационном периоде.

2. Использование сетчатого трансплантата из ППС для закрытия грыжевых ворот при ПКС позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных результатов и существенно снизить риск развития рецидива грыжи.

3. Герниопластика ПКС с помощью ППС может служить операцией выбора при больших ее размерах, а также независимо от размера у лиц пожилого и старческого возраста, с ожирением 2–3 степени, сахарным диабетом, наличием дряблой брюшной стенки и сочетании ПКС с большими и гигантскими срединными грыжами живота.