

циентов с тяжелым гипопаратиреозом. Вместе с тем, в процессе работы возник целый ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения: выбор источника донорской ткани, четкие критерии отбора пациентов для трансплантации, количество трансплантируемой ткани или клеток, уменьшение травматичности операции, возможность ре-трансплантации, HLA-типирование, необходимость иммуносупрессии, выбор полимерного материала для инкапсуляции.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Тур Г.Е., Ролевич И.И., Тур А.Г., Цемахов Ю.Г.

Минский городской клинический онкологический диспансер,
Минск, Беларусь

Введение. Колоректальный рак, осложненный острой кишечной непроходимостью или перфорацией, встречается, по данным разных авторов, у 25–30% пациентов. Преимущественным методом лечения этой категории пациентов в экстренной хирургии является обструктивная резекция толстой кишки («операция типа Гартмана»). Основным методом хирургической реабилитации пациентов после обструктивной резекции является реконструктивно-восстановительная операция.

Цель исследования. Оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций после обструктивных резекций толстой кишки и определить оптимальную методику операционного доступа и формирования межкишечного анастомоза.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 105 пациентов, которым в УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер» была выполнена реконструктивно-восстановительная операция после обструктивных резекций по поводу колоректального рака за период с 1 января 2002 по 31 декабря 2011 года. Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (n=57) были включены пациенты, которым реконструктивная операция выполнялась через срединную лапаротомию с формированием термино-терминального анастомоза 2-рядным ручным швом. Во 2-ю группу включены пациенты (n=48), у которых выполнялась параректальная лапаротомия с одновременным иссечением колостомы и формированием термино-латерального

анастомоза послойным непрерывным инвертированным швом. Обязательным являлось ушивание дефекта брыжейки.

Результаты. Среди пациентов было 67 женщин и 38 мужчин. Средний возраст пациентов составил $66,3 \pm 8,6$ (35 – 77) года. По экстренным показаниям 84 пациентам оперативные вмешательства были произведены в других клиниках, 21 – ранее оперированы в УЗ «МГКОД». Реконструктивная операция проводилась через $7,2 \pm 4,3$ (3 – 14) месяца. Выбор срока реконструктивных операций зависел от общего состояния пациента и проведения адъювантной или лечебной химиотерапии. Реконструктивно-восстановительные операции в объёме сигмосигмостомии выполнялись после обструктивных резекций сигмовидной кишки у 74 пациентов (39 и 35 в 1 и 2-й группах, соответственно), трансверзосигмостомии после левосторонних гемиколэктомий – у 20 (11 и 9 в 1 и 2-й группах, соответственно), сигморектостомии после резекций ректо-сигмоидного соединения – у 11 (7 и 4 в 1 и 2-й группах, соответственно). Синхронно с реконструктивной операций 3 пациентам была произведена резекция печени по поводу метастазов, 4 пациентам – резекция тонкой кишки, 3 пациентам – оментэктомия, 2 пациентам – дистальная субтотальная резекция желудка, 3 пациентам – аднексэктомия. У 11 (10,5%) пациентов были выявлены не удалённые во время предыдущих операций метастазы в лимфоузлы брыжейки или большой сальник. Основными техническими проблемами во время реконструктивной операции у пациентов 1-й группы были выраженный спаечный процесс по линии срединной лапаротомии ($n=51$, 89,5%), и наличие послеоперационной вентральной грыжи ($n=21$, 36,8%), что приводило во время висцеролиза к множественным «десерозациям» тонкой кишки или вскрытию её просвета ($n=42$, 73,7%). У пациентов 2-й группы данное интраоперационное осложнение встречалось у 11 (22,9%, $p<0.05$). Послеоперационная летальность составила 1,9% (2 случая ТЭЛА в 1-й группе). Послеоперационные осложнения выявлены у 21 (20%) пациента. Во второй группе отмечалось меньшее число послеоперационных осложнений: послеоперационная кишечная непроходимость (1 группа $n=3$, 2 группа $n=0$), несостоятельность анастомоза (1 группа $n=2$, 2 группа $n=0$), наружный кишечный свищ (1 группа $n=2$, 2 группа $n=0$), и гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны (1 группа – 8 (14%), 2 группа – 4 (8,3%). У 2 пациентов 1 группы потребовалась релапаротомия, и у 1 из них – разъединение анастомоза. Следует отметить, что у пациентов 2-й группы была лишь одна лапаротомная рана, что сокращало продолжительность оперативного вмешательства, снижало риск формирования послеоперационной грыжи. У пациентов 1-й группы производилось ушивание 2-х ран, нередко в условиях натяжения тканей брюшной стенки после иссечения её участка

с колостомой, что существенно повышало риск гнойных осложнений со стороны ран.

Выводы:

1. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций сопряжены с определенными техническими трудностями и высоким риском послеоперационных осложнений.

2. При выполнении реконструктивных операций после обструктивных резекций ободочной кишки при наличии технической возможности и отсутствии противопоказаний параректальный доступ с одновременным иссечением колостомы и формированием термино-латерального анастомоза послойным непрерывным инвертированным швом позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, сократить продолжительность операции на этапе ушивания раны.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Володькин В.В.¹, Харкевич Н.Г.²

УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»²

Витебск, Беларусь

Актуальность. О причинах рецидива при паховых грыжах написано немало статей. Одни хирурги видят причину рецидива в тактических и технических ошибках оперирующих хирургов, к которым относят: необоснованные способы операций, травматизация п. inguinalis и другие дефекты хирургической техники; анатомические особенности строения паховой области (высокий паховый промежуток); пожилой возраст пациентов; гипоплазия соединительной ткани.

Процент рецидива грыжи при стандартном подходе оперирования достигает 10%, а у пациентов с рецидивными грыжами этот результат ещё хуже и доходит до 35%. Неудовлетворительные результаты лечения побуждают исследователей искать причины и возможные пути решения этой проблемы.

Цель. Исследовать фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у пациентов-грыженосителей.

Материалы и методы. В исследование были включены 39 пациентов с паховыми грыжами, средний возраст которых составил 56,3 года