

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Лемеза С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.

Актуальность. В настоящее время возрастает интерес к реконструктивно-восстановительным операциям на толстой кишке. Это обусловлено тем, что при выполнении операций по поводу злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также острой патологии брюшной полости, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом, хирурги вынуждены закончить хирургическое вмешательство наложением кишечной стомы. По данным разных авторов, от 40% до 60% радикально оперированных больных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические страдания. Поэтому восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных.

Целью нашей работы является анализ причин формирования кишечных стом и оценка результатов хирургической реабилитации стомированных больных.

Материалами исследования послужили результаты лечения 37 больных, поступивших в ГОКБ за период с 2006 по 2009 гг., которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Среди больных было 12 (32,4%) женщин и 25 (67,6%) мужчин в возрасте от 32 до 78 лет, в среднем возраст составил 55,3 года. Восстановительные операции выполнены в сроки от 3 до 17 месяцев после перенесенной первичной операции. У 27 (77,1%) стома функционировала 3-6 месяцев, у 8 (22,9%) более 6 месяцев. По видам стомы распределились: петлевая илеостома 31,4%, концевая 22,9% и петлевая сигмостомы 23%, петлевая трансверзостома 6,6%, концевая илеостома 10,4% и двухствольная сигмостома 5,7%. Причины формирования стом: колоректальный рак 19,6%, закрытые травмы живота 11,4%, деструкция кишки при панкреонекрозе 12,3%, огнестрельные и ножевые ранения живота 8,6%, рецидивирующий мезентериотромбоз 2,4%, болезнь Крона 9,5%, заворот кишечника с некрозом 4,7%, дивертикулярная болезнь 8,6%, язвенный колит 2,9%, ущемленные пупочные и бедренные грыжи 5,7%, послеоперационная СКН 8,5%, деструктивные формы аппендицита 3,2%, кишечные свищи 2,6%.

Результаты исследования. В нашем случае всем больным были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением следующих видов анастомозов: подвздошно-толстокишечные – 25,6%, анастомоз в s по Мельникову – 23,1%, толсто-толстокишечные – 43,6%, прямокишечно-толстокишечные – 4,8% и прямокишечно-толстокишечные с низведением сигмы – 2,9% больных. 3 больным закрытие кишечной стомы выполнялось лапароскопическим методом, остальным 34 больным ликвидация стом производилась с помощью классической срединной лапаротомии. При выполнении реконструктивно-восстановительной операции у 7 больных выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки и резекция сегмента кишки, у 2 гемиколонэктомия. Несостоятельности анастомоза не наблюдалось ни у одного больного. Наиболее частым осложнением явилось нагноение послеоперационной раны – 11,8% (двухствольные стомы), которое было в дальнейшем ликвидировано местными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 2,7%.

Выводы. Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого способа реконструктивно-восстановительной операции, оптимальные сроки выполнения, применение надежного вида межкишечного соустья, особенности ведения пред- и послеоперационного периода – вот основные проблемы, которые должны решаться практическими хирургами в каждом конкретном случае у данной категории больных.

Литература: Гаврилина С.Е. – Реконструктивные операции в колоректальной хирургии/С.Е.Гаврилина, Л.С. Денисенко.//Хирургия. – 2004. – №10. – С.52