

УДК 616.345.-089.168.1

© В. М. КОСОВАН

КУ "Одеська обласна клінічна лікарня"

## Алопластика дефекту черевної стінки у пацієнтів із параколомостомічною грижею при проведенні реконструктивно-відновних втручань після операції Гартмана

V. M. KOSOVAN

ME "Odesa Regional Clinical Hospital"

### ALLOPLASTIC OF THE DEFECTS OF ABDOMINAL WALL AMONG THE PATIENTS WITH PARACOLOSTOMIC HERNIA WHEN CONDUCTING THE RECONSTRUCTIVE-RESTORED INTERFERENCES AFTER HARTMAN'S INTERVENTION

У статті показано, що параколомостомічні грижі виникають у ранні терміни післяопераційного періоду з частотою 5,48 %, а після 12 місяців – у 33,96 % випадків. Рецидивів грижі в місці видаленої колостоми із застосуванням алопластики не відмічено, а в групі з використанням аутопластики місцевими тканинами вони мали місце у 26,67 % пацієнтів, що потребує подальшого хірургічного лікування. Пластика складних дефектів передньої черевної стінки в місці видаленої колостоми та параколомостомічної грижі з використанням сітчастих алотрансплантатів є надійним способом профілактики розвитку рецидиву післяопераційних гриж.

The study was aimed to investigate the frequency of paracolostomic hernias occurrence and improve the results of their surgical treatment when conducting the reconstructive-restored surgeries after Hartman's intervention. There was demonstrated that paracolostomic hernias occur with the frequency of 5,48 % in the early postoperative periods and in 33,96 % – after 12 months. There were no relapses of hernia in the locus of removed colostoma with the use of alloplastic when there were 26,67 % patients requiring further surgery in the group treated by the autoplactic with the own tissues. The plastics of the complex defects of the anterior abdominal wall at the loci of removed colostoma and paracolostomic hernia with the use of mesh allotransplant is the effective method of the prevention of incisional hernia relapses.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Кількість хворих із тимчасовими колостомами при виконанні оперативних втручань при за давній доброякісній і злоякісній патології та травмах товстої кишки невпинно зростає [1]. Із ростом кількості колостом зростає і частота параколомостомічних ускладнень у цієї категорії хворих, яка сягає 25,2–90,1 % [2]. Понад 300 способів формування колостом, які існують на сьогодні, не завжди дозволяють уникнути цих ускладнень. Одним із віддалених найпоширеніших ускладнень колостоми є виникнення параколомостомічних гриж (ПКГ), які, за даними літератури, виникають у 5,48–50,8 % хворих [3–8].

Проведення реконструктивно-відновних операцій (РВО) у хворих із колостомою, яка ускладнилася ПКГ, має вирішувати не тільки відновлення безперервності товстої кишки, а й забезпечити надійне закриття дефекту передньої черевної стінки в місці видалення колостоми. У зв'язку зі складністю основного реконструктивно-відновного етапу

операції на закриття дефекту черевної стінки звертається досить мало уваги. Чим більший термін минає від формування до ліквідації колостоми, тим більше розвиваються рубцеві та склеротично-дегенеративні процеси в очеревині, м'язах, апоневрози, тим важче диференціювати та виділити ці структурні елементи при закритті складного дефекту передньої черевної стінки. За літературними даними, післяопераційні вентральні грижі у місцях видаленої колостоми виникають в 25–45 % випадків, що потребує подальшого хірургічного лікування пацієнтів, які фізично та морально виснажені попередніми етапами оперативних втручань [5, 7].

Таким чином, існує необхідність пошуків нових підходів до закриття складних дефектів передньої черевної стінки, дискредитованих наявністю ПКГ, які сприятимуть зменшенню частоти післяопераційних ускладнень та рецидивів грижі.

**Мета роботи:** вивчити частоту виникнення ПКГ та поліпшити результати їх хірургічного лікування при проведенні РВО після операції Гартмана.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 159 хворих, які перенесли обструктивні резекції сигмоподібної кишки (СК) у віці від 22 до 82 років, із них 75 (47,2 %) чоловіків і 84 (52,8 %) жінки. Хворі були обстежені через 1, 3, 6, 9 та 12 місяців.

ПКГ виникли в 54 (33,96 %) хворих, із них ПКГ виникли в 12 (7,55 %) пацієнтів через 1 місяць, у 19 (11,95 %) хворих – через 3 місяці, у 32 (20,13 %) пацієнтів – через 6 місяців, у 43 (27,04 %) хворих – через 9 та у 54 (33,96 %) пацієнтів – через 12 місяців після першого етапу втручання. Таким чином, у 54 (33,96 %) хворих, які перенесли обструктивну резекцію СК, в різні терміни від першого етапу оперативного втручання виникли ПКГ. Використовували класифікацію післяопераційних гриж, прийняту на XXI Міжнародному конгресі герніологів у Мадриді в 1999 р. – SWR-classification [9].

ПКГ невеликого розміру (W1, дефект в апоневрозі до 5 см у діаметрі) виявлено в 9 (37,5 %) хворих, середнього розміру (W2, дефект до 10 см у діаметрі) виявлено в 7 (29,17 %) пацієнтів, великого (W3, дефект від 10 до 20 см у діаметрі) – у 5 (20,83 %) хворих, гігантського (W4, дефект більше 20 см) – у 3 (12,5 %) пацієнтів. Більшість ПКГ були вправимими в 46 (85,19 %) пацієнтів, тільки у 8 (14,81 %) осіб вони не вправлялись у черевну порожнину.

Всім пацієнтам виконували РВО на товстій кишці з видаленням колостоми та ПКГ. РВО виконано у 29 (53,70 %) хворих із серединного та у 25 (46,30 %) пацієнтів – із місцевого парастомального доступу. Основний етап операції – формування ручних чи механічних сигмосигмоподібних чи десцендоректоанастомозів “кінець в кінець”, “кінець в бік”. Другий етап включав в себе видалення ПКГ та проведення пластики дефекту передньої черевної стінки. Залежно від виду пластики хворих розподілено на 2 групи.

У групу дослідження (І група) включено 24 (44,44 %) хворих, яким пластику дефекту черевної стінки проводили з використанням сітчастого алотрансплантата (алопластика). Як алотрансплантат використовували проленові, поліпропіленові сітки та сітки з адгезивним композитним покриттям фірм “Ethicon” (США), “Лінтекс” (Росія). У 18 (75,0 %) випадках алотрансплантат фіксували до очеревини із sub-lay позиціонуванням, у 6 (25,0 %) – застосовували on-lay пластику.

У контрольну групу (ІІ група) включено 30 (55,56 %) хворих, яким пластику дефекту черевної стінки в місці видалення колостоми проведено місцевими очеревиною та м’язово-апоневротичними тканинами (аутопластика).

Проведено аналіз як безпосередніх, так і віддалених результатів хірургічного лікування ПКГ. Безпосередні результати оцінювали за наявністю ускладнень з боку післяопераційної рани після видалення колостоми, віддалені – за наявністю чи відсутністю рецидиву післяопераційної грижі в місці видаленої колостоми.

Статистичну обробку проводили за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

**Результати досліджень та їх обговорення.**

Ускладнення з боку післяопераційної рани в ранньому періоді виникли в 1 (4,17 %) випадку основної та 9 (30,0 %) – контрольної груп ( $\chi^2=3,9$ ,  $p<0,05$ ) і проявлялись у вигляді сером, гематом, інфільтратів та нагноєння рани (табл. 1). Серома в основній групі виникла в 1 (4,17 %) випадку, де була використана сітка великих розмірів, фіксована on-lay. Використанням багаторазових пункцій сероми вдалося добитись її повної ліквідації.

Віддалені результати оцінювали за наявністю чи відсутністю рецидиву грижі в терміни до 12 місяців. У групі дослідження рецидивів післяопераційної грижі в місці видаленої колостоми не виявлено, а в групі хворих, яким виконано аутогерніопластику місцевими тканинами, післяопераційні ускладнення зі сторони рани виникли в 9 (30,0 %) випадках, а рецидиви гриж – у 8 (26,67 %).

Аналіз результатів хірургічного лікування ПКГ свідчить про високу ефективність використання сітчастих алотрансплантатів та малоефективність аутогерніопластики існуючими способами.

Отже, залишаються актуальними пошук та вдосконалення методик пластики дефектів передньої черевної стінки у хворих із ПКГ.

**Висновки.** 1. Параколомостичні грижі після операції Гартмана виникають у ранні терміни – до 5,48 % випадків, а після 12 місяців – у 33,96 % випадків.

**Таблиця 1. Ускладнення з боку післяопераційної рани**

Ускладнення	І група (n=24)		ІІ група (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
Сероми	1	4,17	2	6,7
Гематоми	–	–	2	6,7
Інфільтрати	–	–	4	13,3
Нагноєння рани	–	–	1	3,3
Всього	1	4,17	9	30,0

### З ДОСВІДУ РОБОТИ

2. Використання аутопластики параколомічних гриж місцевими тканинами приводить до рецидиву грижі в 26,67 % випадків, що потребує подальшого оперативного втручання.

3. Пластика складних дефектів передньої черевної стінки в місці видаленої колостоми та параколомічної грижі з використанням сітчастих алотрансплантатів є надійним способом профілактики розвитку рецидиву післяопераційних гриж.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Косован В. М. Місце та роль ентеро- і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці / В. М. Косован // Харків. хірургічна школа. – 2010. – № 6. – С. 15–19.
2. Матвійчук Б. О. Класифікація ускладнень ентеро- та колостомії / Б. О. Матвійчук, В. Т. Бочар // Клінічна хірургія. – 2011. – № 12. – С. 17–21.
3. Гиберт Б. К. Послеоперационные осложнения при восстановительных операциях, выполненных из различных оперативных доступов / Б. К. Гиберт, И. А. Матвеев // Медицинская наука и образование Урала. – 2007. – № 6. – С. 81–84.
4. Косован В. Н. Параколомістическіе осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В. Н. Косован // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII, № 1. – Ч. 2. – С. 168–170.
5. Михайлова Е. В. Кишечные стомы. Правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / Е. В. Михайлова, В. П. Петров, С. Н. Переходов. – М. : Наука, 2006. – 105 с.
6. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский [и др.] // Новоутворення. – 2010. – № 3–4. – С. 85–91.
7. Чиньба О. В. Алопластика дефекту черевневої стінки при ліквідації колостоми у пацієнтів з параколомічною грижею / О. В. Чиньба, В. Г. Яцентюк // Хірургія України. – 2011. – № 1 (37). – С. 54–59.
8. Шакеев Т. К. Хирургия осложненных кишечных свищей: прогнозирование, профилактика, лечение : автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук / Т. К. Шакеев. – Алматы, 2009. – 42 с.
9. Chevrel J. P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J. P. Chevrel, A. M. Rath // Ibid. – 2000. – Vol. 4, № 1. – P. 1–7.

Отримано 03.10.12