

Власенко О. В., Харченко Э. А., Гордиенко В.В.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАКОЛОСТОМНЫХ ГРЫЖ
Научные руководители д-р мед. наук, проф. Лупальцов В. И.
Кафедра хирургии №3
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Актуальность. Параколотомные грыжи (ПКГ) встречаются у 30—78% стомированных пациентов. Они могут быть бессимптомными и обнаруживаться при компьютерной томографии или интраоперационно. Ввиду того, что оперативное лечение ПКГ сопровождается высокой частотой рецидивов (до 70% по данным Patwardhan N. et al., 2001; Law W.L. et al., 2002 случаев), улучшение результатов герниопластики данного заболевания, является актуальной задачей герниологии.

Цель: Изучить результаты хирургического лечения параколотомных грыж с применением сетчатых эндопротезов.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 36 больных с ПКГ в возрасте от 57 до 82 лет. Все пациенты были прооперированы по поводу острой obturatorной опухольевой толстокишечной непроходимости в период с 2017 – 2019 гг. У 29 (80,5%) больных формирование одностольной (концевой) колостомы было первым этапом лечения (временная) колостома, у 7 (19,5%) – окончательным этапом (постоянная) колостома. Сроки возникновения ПКГ были от 6 до 17 месяцев. Больные были разделены на две группы в зависимости от вида герниопластики: основная - 20 больных, которым была проведена пластика ПКГ с помощью сетчатых эндопротезов, группа сравнения - 16 больных, которым была проведена пластика ПКГ местными тканями. Статистически значимые различия групп по полу, возрасту, индексу массы тела, стадии заболевания отсутствовали. Все пациенты были прооперированы открытым доступом.

Результаты и их обсуждение. Симптомами ПКГ являлись асимметричная деформация передней брюшной стенки, значительно увеличивающаяся при вертикальном положении тела – 33 (91,6%), затруднение использования калоприемников – 4 (11,1%), болевой синдром – 2 (5,5%), запор – 8 (22,2%). По классификации Cheung (1999г.) у больных отмечены такие размеры грыж: 16 малые (до 3 см), 12 средние (4 - 6 см), 6 большие (7 - 10 см) и 2 гигантские (более 10 см). По анатомической классификации Devlin (1983): 4 интерстициальных (Interstitial), 6 подкожных (subcutaneus), 4 интрастомальных (intrastomal) и 22 чрезстомальных (perstomal) грыж. В основной группе была проведена пластика ПКГ с использованием сетчатых эндопротезов с параректального доступа. У 4 пациентов с рубцовой стриктурой колостомы разной степени выраженности герниопластика была проведена в сочетании с перемещением и формированием кишечного свища в другом месте. Осложнения возникли у 2 больных (10%) в виде лигатурных свищей, у 1 больного (5%) нагноение послеоперационной раны. Рецидивов грыж не было. В группе сравнения которым было проведено пластика ПКГ местными тканями, осложнения возникли у 4 больных (25%). У 2 больных (12,5%) - нагноение послеоперационной раны, у 2 (12,5%) с рецидивом грыжи была проведена повторная пластика грыжи с помощью сетчатых эндопротезов с параректального доступа.

Выводы. При герниопластике ПКГ оптимальным операционным доступом является параректальная лапаротомия, которая обеспечивает минимальный контакт с органами брюшной полости. Применение сетчатых эндопротезов способствует уменьшению частоты осложнений в отличие от пластики местными тканями, что скорее всего связано с чрезмерным натяжением тканей.