

ГЛАВА 4. СТОМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ТИПА ГАРТМАНА В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Гатауллин И.Г., Халиков М.М.

ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», ГБОУ ДПО «КГМА» МЗ РФ, г. Казань, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Более 60 тысяч человек ежегодно заболевают колоректальным раком в РФ. Сохраняется рост колоректального рака с осложненными формами заболевания. Поэтому хирурги вынуждены прибегать к многоэтапным методам хирургического лечения, наиболее рациональным из которых признаны операции типа Гартмана.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения реконструктивно-восстановительных операций у больных осложненным колоректальным раком

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Работа основана на клиническом материале лечения 107 пациентов, которым выполнена операция типа Гартмана в отделениях неотложной хирургии по поводу осложненного колоректального рака. Реконструктивно-восстановительный этап проведен в специализированном онкологическом отделении.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В 52 случаях наложен анастомоз по типу «конец-в-конец» инвагинационным способом, в 15 случаях – «конец-в-конец» аппаратным способом и в 40 случаях – «бок-в-бок». Послеоперационные осложнения зафиксированы у 22 (20,5%) пациентов: гнойно-воспалительные осложнения со стороны колостомической раны – у 14 (13,1%) больных и у 8 (7,4%) пациентов выявлены экстраабдоминальные осложнения. У 85 (79,4%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. При морфологическом исследовании препаратов после реконструктивного этапа в 88 (82,2%) случаях опухолевый рост не обнаружен, у 2 (1,9%) пациентов – рост рака в области колостомы, у 3 (2,8%) – рост рака в дистальной культе, у 7 (6,5%) – метастазы в л/у остаточной брыжейки кишки, у 2 (1,9%) – рост рака в области колостомы и дистальной культы кишки, у 5 (4,7%) – метастазы в печени. По показаниям в п/о периоде 31 пациенту проводилась адъювантная химиотерапия, 7-м пациентам адъювантная лучевая терапия

ВЫВОДЫ. Все вышеизложенное дает основание считать, что реконструктивный этап операции у пациентов, ранее перенесших операцию типа Гартмана по поводу осложненного рака левой половины ободочной кишки, должен проводиться в онкологических учреждениях в связи с необходимостью проведения специализированного хирургического, лучевого и лекарственного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Калининченко А.П.

ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», г. Тюмень, Россия

В связи с внедрением в клинику эндоскопической модификаций восстановительных вмешательств у больных с концевыми колостомами и для улучшения результатов лечения, является актуальным изучение организации помощи этой категории пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Изучить особенности организации лапароскопических восстановительных вмешательств в региональной больнице при отсутствии специализированного отделения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике с 2013 по 2015 гг. выполнены 72 восстановительные операции, из них лапароскопическим способом – 46 (63,88%) вмешательств. В 2013 году (период внедрения) оперировано 15 пациентов, в 2014 г. – 14 пациентов, контрольная группа и основная – представлена 17 больными, оперированными в 2015 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В период внедрения методики 3 пациентам по поводу внутрибрюшных осложнений выполнены релапаротомии, в контрольной группе была 1 повторная операция без конверсии доступа, и у пациентов основной группы внутрибрюшных осложнений не было.

Полученные результаты вмешательств в значительной степени обусловлены созданием организационных условий оказания помощи этой группе пациентов, которые заключались в концентрации больных после обструктивных резекций, выполненных в различных ЛПУ области, в одной клинике. Ее выбор связан с накопленным в ней опытом проведения эндоскопических абдоминальных операций, а также ее оснащенностью эндоскопическим оборудованием. Существенным условием организации помощи является выполнение вмешательств одним, наиболее опытным лапароскопическим хирургом.

Таким образом, лапароскопические восстановительные операции у больных с концевыми свищами, при отсутствии специализированного отделения, целесообразно выполнять с соблюдением принципов оказания специализированной помощи: концентрация больных в одной клинике, выполнение вмешательств одним хирургом, что способствует более быстрому накоплению опыта в лапароскопической реконструктивной хирургии толстой кишки, снижению уровня послеоперационных осложнений.

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КОНЦЕВЫМИ КОЛОСТОМАМИ

Гиберт Б.К., Хасия Д.Т., Матвеев И.А., Матвеев А.И., Калининченко А.П.

ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», г. Тюмень, Россия

Лапароскопические восстановительные операции являются сложными вмешательствами, в связи с чем является актуальным изучение периода освоения этой методики и влияния опыта хирурга на полученные результаты.

ЦЕЛЬ. Изучить влияние количества выполненных лапароскопических восстановительных операций одним хирургом на особенности их проведения и полученные результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В клинике с 2013 по 2015 гг. выполнены 72 восстановительные операции, лапароскопическим способом – 46 (63,88%) вмешательств. В 2013 году (период внедрения) оперировано 15 пациентов, контрольную группу составили 14 пациентов, оперированных в 2014 г. и основную – 17 больных, оперированных в 2015 г. Все операции выполнены одним лапароскопическим абдоминальным хирургом.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В период освоения методики 3 пациентам по поводу внутрибрюшных осложнений выполнены релапаротомии, в контрольной группе была 1 повторная операция без конверсии доступа, и у пациентов основной группы внутрибрюшных осложнений не было.

По мере увеличения количества выполненных хирургом восстановительных операций расширяются показания к выполнению более сложных вмешательств, у пациентов в основной группе впервые выполнены колопластические операции. Совершенствуется техника проведения вмешательств, у пациентов основной группы в сравнении с контрольной и периодом освоения метода уменьшилась продолжительность операции, размеры стомальной раны, операционная кровопотеря.

ВЫВОД. Опыт хирурга при проведении восстановительных лапароскопических операций у больных с концевыми колостомами зависит от числа выполненных им операций. По мере их увеличения расширяются показания применения лапароскопического способа восстановления непрерывности толстого кишечника, в тоже время сокращается время проведения вмешательства, уменьшаются размеры операционной раны, объем кровопотери, снижается частота внутрибрюшных осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В., Лысак М.М., Бубович Е.В.

ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет ХМАО-Югры», БУ ХМАО-Югры «Сургутская ОКБ», г. Сургут, Россия

ЦЕЛЬ. Провести анализ результатов лечения больных с колостомами в зависимости от сроков выполнения восстановительных операций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проанализированы результаты лечения 128 стомированных пациентов. Первично оперированы по поводу обструктивного рака толстой кишки – 67 (52,3%) пациентов, с осложненными формами доброкачественных заболеваний и травмами – 61 (47,7%). Ранние восстановительные операции (от 7 до 10 суток после первичной операции) выполнены – 36 (28,1%) больным (основная группа); поздние – 92 (71,9%) (контрольная группа). Критерии проведения ранних восстановительных операций: возраст менее 65 лет, стадия опухоли T1-3N0M0, отсутствие ранних осложнений и тяжелой сопутствующей патологии. Для определения возможности выполнения ранних восстановительных операций проведены функциональные и морфологические исследования. Динамика внутрикишечного давления показала хороший декомпрессивный эффект концевой стомы: с 3-4 послеоперационных суток имел место его физио-

логический уровень. Морфологическое исследование свидетельствовало о подостром течении воспаления в раннем послеоперационном периоде. Преобладание в воспалительном инфильтрате лимфоцитарно-моноцитарных и фибробластических элементов свидетельствовало в пользу текущих репаративных процессов, к 10 сут. отмечено выраженное снижение активности воспалительной реакции стенки толстой кишки и восстановление лимфогистиоцитарного слоя слизистой. Это было объективным аргументом в пользу возможности выполнения ранних восстановительных операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе частота послеоперационных осложнений составила 13,9% (5); несостоятельность анастомоза – у 1 (2,8%), анастомозит – у 1 (2,8%); инфекционные осложнения области хирургического вмешательства (ИОХВ) – у 3 (7,9%). В контрольной группе частота осложнений – 15,2% (14); несостоятельность швов анастомоза – у 3 (3,2%), анастомозит – у 1 (1,3%), острая спаечная кишечная непроходимость – у 2 (2,5%), ИОХВ – у 8 (10%). Общая продолжительность нетрудоспособности в основной группе составила 58±5 дней; в контрольной – 186±30.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Проведенный многофакторный анализ показал, что у ограниченной по определенным параметрам части стомированных больных возможно выполнение ранних восстановительных операций в срок 7-10 суток без риска увеличения частоты осложнений.

О СРОКАХ ЛИКВИДАЦИИ КИШЕЧНЫХ СТОМ

Есин В.И., Халов В.Ю., Юнусов А.Ш., Бондаренко А.А.
ГБУЗ АО АМОКБ, г. Астрахань, Россия

За период с 2000 по 2015 гг. было оперировано 187 пациентов, перенесших обструктивные резекции толстой кишки (по поводу опухоли левой половины – 121 (64,7%) больной, в связи с неопухолевыми заболеваниями – 66 (35,2%)). Мужчин было 101 (54,0%), женщин – 86 (45,9%). Средний возраст составил 67 лет.

Внутрибрюшное расположение дистальной культи толстой кишки было у 120 (64,1%) больных, забрюшинное – у 67 (35,8%). Перед выполнением реконструктивно-восстановительных операций проводились эндоскопическое и рентгенологическое исследование приводящего и отводящего отделов толстой кишки, а также КТ органов брюшной и грудной полостей. У больных, ранее оперированных по поводу злокачественной опухоли, учитывалась необходимость проведения комбинированного лечения, что увеличивало сроки восстановительной операции от 3-х до 6 месяцев. У больных с неопухолевой патологией сроки восстановительной операции зависели, в основном, от наличия перенесенных осложнений после первой операции, при отсутствии таковых восстановительную операцию выполняли через 3 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ. При короткой дистальной культе в большинстве случаев (у 51 пациента – 76,1%) формировались аппаратные колоректальные анастомозы, при внутрибрюшном расположении дистальной культи толстой кишки 120 (64,1%) создавали ручные однорядные толстокишечные анастомозы («конец-в-конец»). Ранние послеоперационные осложнения различного характера отмечены у 19 (10,1%) больных. У 4 (2,1%) больных потребовалась релапаротомия в связи с несостоятельностью сформированного анастомоза, у двоих из них (1%) наступил летальный исход вследствие перитонита. В отделенном послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до 12 лет качество жизни большинства больных при отсутствии прогрессирования опухоли расценено как хорошее.