

СПОСОБЫ РЕКОНСТРУКТИВНО – ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ИЛЕОСТОМЫ Ш.Б.ПОЛВОНОВ, Ю.Х.ИБРОХИМОВ, Д.О.ДЖАББОРОВ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ Г. ДУШАНБЕ

На основании комплексного лечения 67 больных с патологией терминального отдела тонкой кишки доказано, что наложение илеоцекоанастомоза, илеоасендоанастомоза бок в бок с последующей ликвидацией илеостомы при острой кишечной непроходимости в терминальном отделе тонкой кишки различной этиологии является более предпочтительной процедурой по сравнению с илеотрансверзоанастомозом, илео-илеанастомозом, что уменьшает частоту послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: илеостома, илеоцекоанастомоз, илеоасендоанастомоз, илеотрансверзоанастомоз

Актуальность. Операция наложения концевой илеостомы выполняется у тяжёлой категории больных с различной степенью распространённости перитонита, когда наложение швов на инфильтрированную стенку кишечника представляет реальную угрозу с высокой частотой осложнений [1]. Вариант реконструктивно-восстановительной операции по ликвидации илеостомы также решается однозначно. При короткой отводящей петле тонкой кишки, как правило, второй этап заключается в гемиколэктомии и наложении илеотрансверзоанастомоза [2]. При длинной петле операция завершается наложением энтероэнтероанастомоза.

Несостоятельность швов анастомоза после резекции тонкой кишки, завершённой прямым тонкокишечным соустьем вблизи илеоцекального угла, по мнению Серовой Л.С (1988) возникает реже, чем при создании илеотрансверзоанастомоза. Автор по экстренным показаниям оперировала 55 больных, у которых граница резекции тонкой кишки была на расстоянии 10 см и менее от ИЦК. При этом 74,5% пациентам наложен прямой тонкокишечный анастомоз, летальный исход последовал в 41,5% случаях, а 25,5% больным резекция подвздошной кишки завершена илеотрансверзоанастомозом с отключением правой половины толстой кишки, летальный исход последовал в 50% случаях [2]. В этой связи авторы [3,4] рекомендуют создать анастомозы тонкой кишки «конец в конец» вблизи илеоцекального угла. По данным Буценко В.Н. с соавт. (1985), такая тактика грозит развитием серьёзных осложнений: высок риск несостоятельности швов анастомоза из-за недостаточности кровообращения терминального отдела тонкой кишки [5].

По нашим данным [6] и результатам исследования наших коллег [7], большая часть пациентов с наложенной илеостомой не обращаются в указанный срок для повторной операции, ввиду дорогостоящих затрат на оперативное вмешательство. Своевременно не ликвидированная концевая илеостома приводит к тяжёлому истощению больных, гиповолемии, нарушениям водно-электролитного обмена, что отрицательно сказывается на результатах реконструктивно-восстановительных операций [9].

Цель исследования: проанализировать результаты хирургических методов ликвидации илеостомы при патологии терминального отдела тонкой кишки.

Материалы и методы. Работа основана на изучении результатов хирургического лечения 67 больных с патологией терминального отдела тонкой кишки, находившихся в ГКБ №5 и Городском центре колопроктологии с 1993 по 2010 год. Основную группу составили 40 (59,7%) больных, а контрольную - 27 (40,3%). Из них мужчин - 38 (56,7%) и женщин 29 (43,3%) в возрасте от 18 до 72 лет. После выполнения первого этапа оперативного вмешательства решался вопрос о сроках реконструктивно-восстановительной операции. Не выпи-

сывая больных из стационара, или отпуская их по различным объективным причинам на непродолжительное время, мы ликвидировали разгрузочную илеостому после операции илеоцеко – и илеоасцендоанастомоза. Ликвидация илеостомы проводилась внебрюшинно. Из 16 (40%) операций на втором этапе по ликвидации илеостомы 11 (27,5%) были выполнены под местной анестезией. Осложнений после этих операций мы не наблюдали.

Результаты и их обсуждение. Сведения о выполненных реконструктивных операциях нашли отражение в таблице 1.

Таблица 1

Сроки и вид реконструктивно-восстановительной операции

Характер оперативного вмешательства	Число больных (основ. группа)	%
Илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой	26	65
Илеоцекоанастомоз	6	15
Илеоцекоанастомоз конец в бок	2	5
Илеоасцендоанастомоз бок в конец + илеосто- ма	6	15
Всего	40	100

У больных, которым на первом этапе была наложена концевая илеостома, хирургическое лечение проводилось в 2 или 3 этапа. В 8 (20%) из 22 наблюдений у больных молодого возраста, без сопутствующих заболеваний при повторной операции отсутствовали выраженные сращения, им удалось без технических трудностей мобилизовать кишечник и операции были завершены илеоасцендо- и илеоцекоанастомозом без наложения разгрузочной илеостомы. Среди указанного контингента пациентов внутрибрюшные осложнения не наблюдались, послеоперационный период протекал адекватно.

В 26 (65%) других наблюдениях мы не решились на закрытие илеостомы. Обоснованием к 3-х-этапной операции мы посчитали высокий риск различных внутрибрюшных осложнений, из-за спаечного процесса, общего соматического состояния больных. Этим больным превентивная илеостома сохранялась и был наложен илеоцекоанастомоз. В последующем, через 3-4 недели илеостома устранялась внебрюшинным способом.

В контрольной группе 27 больным потребовались повторные реконструктивные операции. В том числе 8 (29,6%) из них на первом этапе перенесли операцию наложения обходного илеотрансверзоанастомоза. Несмотря на разъяснительную беседу с пациентами о сохраняющемся «слепом мешке» и необходимости повторной операции, не все они обращались в указанные нами сроки. Причиной повторной госпитализации 5 из них явился болевой синдром в правой половине живота. Они обратились в среднем через 1,5-2 года после первой операции. После соответствующего дообследования и подготовки, больные были оперированы и перенесли правостороннюю гемиколэктомию.

Из 19 (70,3%) пациентов, которым на первом этапе наложена концевая илеостома, были попытки наложения прямого энтеро-энтероанастомоза у 2 (7,4%) из них. Длина отводящего отрезка тонкой кишки составляла 5-8 см. У 1 (3,7%) пациента результат операции был удовлетворительный, а у второго наблюдалась несостоятельность швов и путем многоэтапных операций ему выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом. Данный факт ещё раз убедил нас в проблематичности подобной тактики, при отводящем отрезке кишки длиной менее 10 см.

Из 17 (62,96%) оставшихся в этой подгруппе 14 (51,8%) пациентам на втором этапе выполнена гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом, а 3 (11,1%) наложен обходной илео-

трансверзоанастомоз. Это были пациенты, оперированные в сроки до 1 месяца после наложения концевой илеостомы, у них, несмотря на соблюдение диетического режима питания, наблюдались большие потери жидкости (до 3-4 литров в сутки) и отмечена выраженная мацерация кожных покровов не только вокруг стомы, но и поясничных областей. Помимо всего наличие стомы оказывало выраженную психологическую травму. В дальнейшем на 3 этапе хирургической реабилитации им сделана правосторонняя гемиколэктомия.

Среди пациентов, перенёсших на втором этапе гемиколэктомию внутрибрюшных осложнений не наблюдались. Данные о других осложнениях приведены в таблице 2.

Таблица 2

Послеоперационные осложнения после реконструктивных операций

Название операции	Осложнение			
	Несостоятельность анастомоза	Флебит, уретрит	Легочные осложнения	Раневые осложнения
Илеоцекоанастомоз с разгрузочной илеостомой				2
Илеоцекоанастомоз			1	
Илеоцекоанастомоз конец в бок		1		
Илеоасцендоанастомоз бок в конец + илеостома			1	2
*Правосторонняя гемиколэктомия	1		1	
* Энтеро-энтероанастомоз	1			1
* Обходной илеотрансверзоанастомоз		1		
Всего	2	2	3	5

Примечание:*контрольная группа

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения в основной и контрольной группе показывает отсутствие статистически достоверных различий по частоте послеоперационных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Таким образом, при хирургической патологии терминального отдела тонкой кишки различной этиологии целесообразно наложение илеоцекоанастомоза с разгрузочной илеостомой или илеостомы как первого этапа операции. В последующем, не вскрывая брюшную полость, закрывается илеостома, а больным с илеостомой накладывают илеоцекоанастомоз. Такая хирургическая тактика позволяет сократить сроки реабилитации больных, получить хорошие ближайшие и отдалённые результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимербулатов В.М., Сибаяев В.М., Фаязов Р.Р., Уразбахтин И.М., Кунафин М.С., Нагаев Н.Р., Сагитов Р.Б., Сабиров Т.Т., Валиев Н.Р. Актуальные вопросы лапароскопических и комбинированных операций /Здравоохранение Башкортостана, -2004, №3, -С. 10-11
2. Серова Л.С. О возможности прямого тонкокишечного анастомоза у илеоцекального угла / Автореф. дисс.канд.мед.наук. Ленинград. -1988. -24 с.
3. Муминов М.А., Кулиев М.К., Холов К.Э. и соавт. Наш опыт лечения брюшнотифозных перфораций кишечника / В кн.: Актуал. проблемы кл.трансфузиологии, хирургические осложнения инфекционных и паразитарных заболеваний. Душанбе. -1997. -С.101-102

4. Сенютович В.Ф., Генык С.Н. Опыт изучения обширных резекций тонкой кишки с наложением различных анастомозов / Вестник хирургии им. Грекова. -1970. -№9. -С. 66-70
5. Буценко В.Н, Антонюк С.М. Особенности тактики при острой спаечной кишечной непроходимости / Вестник хирургии. -1985. -№6. -С. 60-63
6. Полвонов Ш.Б. Тактика хирурга при перфорации брюшнотифозной язвы подвздошной кишки / Здоровоохранение Таджикистана. -2006. -№2. -С. 66-69
7. Бабаджанов Д.С., Назаров Ф.Н., Ходиев Ш.И. и соавт. Хирургическое лечение перфорации брюшнотифозных язв тонкой кишки / Здоровоохранение Таджикистана. -2006. -№2. -С. 44-47
8. Гулов А.С., Зайниддинов Р.А., Салимов А.А. и соавт. Диагностика и лечение перфорации брюшнотифозных язв кишечника / В кн.: Актуальные проблемы клинической трансфузиологии, хирургические осложнения инфекционных и паразитарных заболеваний. Душанбе. -1997. -С. 105
9. Иванов В.В. Особенности артериального кровоснабжения илеоцекального угла и резекция терминального отдела подвздошной кишки / Вестник хирургии им. Грекова. -1969. -№7. -С. 116-118
10. Чернышов С.В. Выбор предпочтительного вида превентивной кишечной стомы. /Актуальные проблемы колопроктологии. Уфа. -2007. -С. 652-654

ХУЛОСА

УСУЛҲОИ ҶАРОҲИИ РЕКОНСТРУКТИВИЮ БАРҚАРОРКУНИ БАЪДИ ГУЗОШТАНИ ИЛЕОСТОМА Ш.Б.ПОЛВОНОВ, Ю.Ҳ.ИБРОҲИМОВ, Д.О.ЧАББОРОВ

Дар асоси таботати маҷмӯии 67 нафар бемор бо этилоли қисмати интиҳои рӯдаи бориқ исбот карда шуд, ки гузоштани илеотсекоанастомоз, илеоаседоанастомози паҳлӯ бо паҳлӯ ва сипас бартарафсоии илеостома ҳангоми ногузароии шадиди рӯдаҳо дар қисмати интиҳои рӯдаи бориқ, ки пайдоиши гуногун доранд ва дар муқоиса бо илеотрансверзоанастомоз, илеоанастомоз афзалият дошта, басомади оризаҳои баъдиҷаррохиро кам мегардонад.

SUMMARY

THE METHODS OF RECONSTRUCTIVE OPERATIONS AFTER ILEO-STOMY FORMING

SH.B. POLVONOV, YU.KH. IBROKHIMOV, D.O. DZHABBOROV

On the base of complex treatment of 67 patients with pathology of small bowel terminal part are proved that ileocecal anastomosis forming, side to side ileo-ascendo anastomosis with following termination of ileostomy in acute intestinal obstruction in small intestine terminal segment with on different etiology are more preferable procedure as compared with ileo-transverso anastomosis and ileoileal anastomosis and they decrease the frequency of postoperative complications.

Key words: ileostomy, ileo-caecal anastomosis, ileo-ascendo anastomosis, ileo-transverso anastomosis

Адрес для корреспонденции:

Ш.Б. Полвонов – директор Городского центра колопроктологии; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои-33, Тел: +992(37)228-90-91. E-mail: Josef_0912@yahoo.com