

Одновременные восстановительные операции на кишечнике и брюшной стенке у пациентов после огнестрельных ранений живота: первый опыт

Е. Ю. Левчик^{1,2}, М. И. Потоцкий³, И. С. Чекмарев²

¹ Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн, Екатеринбург, Россия

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

³ 354 военно-клинический госпиталь, Екатеринбург, Россия

Введение. Одновременное выполнение восстановительных операций по поводу наружных свищей кишечника и послеоперационных грыж брюшной стенки до сих пор является дискуссионным направлением в хирургии. Выполнение аллогерниопластики в условиях контаминированной операционной раны является фактором риска развития инфекционных осложнений и увеличивает продолжительность вмешательств (М. Дж. Роузен и др. (*англ.* M. J. Rosen et al.), 2013). В то же время этапное лечение не учитывает этиопатогенетическую связь существования кишечных свищей и послеоперационных вентральных грыж, что чревато рецидивами энтерокутаных фистул, возрастанием технической сложности повторных операций и увеличением сроков восстановительного лечения (Т. Кюрран и др. (*англ.* T. Curran et al.), 2019). Впервые о выполнении в 1996–1998 гг. одновременных восстановительных операций при фистулах тонкой и толстой кишки, располагавшихся на послеоперационных вентральных грыжах у 7 больных, сообщили Е. Ю. Левчик и др. (1999); сетчатые эндопротезы располагали частично или полностью ретромускулярно, а раны дренировали аспирационными дренажами. В 2001 г. те же авторы опубликовали опыт 11 вмешательств без существенных осложнений. Об успешном выполнении 2 операций внутрибрюшинного закрытия илеостом и симультанной аллогерниопластики сообщили А. А. Адамян и Б. Ш. Гогия (2001). Д. Дж. Гейслер и др. (*англ.* D. J. Geisler et al.) в 2003 г. опубликовали результаты использования нерассасывающегося сетчатого

эндопротеза при закрытии кишечных стом у 29 пациентов. Частота рецидивов грыж составила 43 %, из них бóльшая часть у подгруппы с парастомальными грыжами, что могло объясняться подкожным расположением эндопротезов; частота местных инфекционных осложнений составила 7 %. В. И. Белоконов и др. (2011) сообщили об успешном выполнении 18 одновременных восстановительных операций на кишечнике и брюшной стенке у пациентов с кишечными фистулами; авторы использовали ненатяжные методы герниопластики с помощью полипропиленовых эндопротезов. В 2017 г. Дж. Д. Ходжкинсон (*англ.* J. D. Hodgkinson) опубликовал систематический обзор 16 работ. Инфекционные осложнения выявили в диапазоне от 0 % до 46,1 %, что связано с разными типами грыж, кишечных фистул, методов операций, характеристик имплантов. А. Г. Кригером и др. (2022) выделено понятие «кишечный свищ в грыже брюшной стенки», имеющее, по мнению авторов, значение при определении показаний к одновременным операциям. Показано многими авторами, что необходимыми условиями профилактики рецидивов свищей являются устранение хронической рецидивирующей непроходимости в отводящем отделе кишки, стеноз канала кишки на уровне свища, на формирование которых прямо влияют пространственные деформации петель кишечника и спайки брюшины, особенно выраженные в полости грыжевого мешка (С. А. Алифанов, 2009). Это кажется особенно актуальным в связи с формированием лапаростом и выведением кишечных стом у пациентов с огнестрельными проникающими ранениями живота на этапах медицинской эвакуации, которые часто осложняются развитием эвентраций и вентральных грыж.

Цель исследования — оценить возможность одноэтапного лечения пациентов с наружными кишечными свищами и грыжами передней брюшной стенки после огнестрельных проникающих ранений живота.

Материалы и методы. В исследование включены 2 пациента 42 и 48 лет, проходивших обследование и лечение в 354 военном клиническом госпитале на базе Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн (Екатеринбург) через 6 и 9 мес. после ранений. Пациентам на этапах медицинской эвакуации в связи с огнестрельными слепыми проникающими ранениями живота с повреждением сигмовидной и прямой кишки выведены одноствольная и петлевая двуствольная колостомы. В послеоперационном периоде развились большая боковая параколостомическая (W2)

и огромная (W4) срединная послеоперационные грыжи живота. Пациенты госпитализированы в Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн для устранения колостомы через 6 и 9 мес. после ранения. У обоих пациентов причины выведения колостомой подразумевали наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости; у одного свищ располагался непосредственно в грыже, поэтому принято решение об одномоментном оперативном лечении. Одному пациенту выполнены герниолапаротомия, разделение спаек, трансверзо-сигмо-анастомоз бок в бок для выключения колостомы, аллопластика грыжевых ворот по методу sublay-bridge, дренирование раны по Редону. После достижения стабильного стула (через 1 мес.) пациенту выполнили внебрюшинное ушивание одностольного неполного свища нисходящей ободочной кишки. Второму выполнены герниолапаротомия, иссечение и внутрибрюшинное закрытие двустольной сигмостомы по А. В. Мельникову, аллопластика грыжевых ворот методом sublay.

Результаты. Послеоперационный период у обоих пациентов протекал без местных и отдаленных инфекционных осложнений, оба выписаны со снятыми швами и восстановленным естественным стулом.

Заключение. Выполнение одномоментных восстановительных операций на кишечнике и брюшной стенке у пациентов после огнестрельных ранений живота является возможным, и показания к ним могут быть рассмотрены в комплексе реабилитации таких пациентов.