

**Луцевич О.Э.<sup>1</sup>, Галлямов Э.А.<sup>1,2,3</sup>, Преснов К.С.<sup>4</sup>,  
Ерин С.А.<sup>3</sup>, Макушин А.А.<sup>3</sup>, Харчук А.В.<sup>2</sup>,  
Рубанов В.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Московский государственный  
медико-стоматологический университет  
им. А.И.Евдокимова, Москва, РФ

<sup>2</sup> Федеральное бюджетное учреждение  
«Центральная клиническая больница  
гражданской авиации», Москва, РФ

<sup>3</sup> ЗАО "Группа компаний "Медси"КБ-2, Москва, РФ

<sup>4</sup> Медицинский центр центрального банка  
России, Москва, РФ

## **ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ РЕКОНСТРУКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.**

**Введение.** Высокая распространенность обструктивных резекций дистальных отделов толстой кишки при осложненном раке и дивертикулезе толстой кишки, ожогах, травмах, аномалиях развития не имеет тенденции к снижению (В. С. Грошилини и соавт., 2013). По оценке ГНЦ колопроктологии МЗ РФ, число стомированных больных в России составляет от 100 до 120 тысяч, из них 38,2– 50,8% – лица трудоспособного возраста (Г.И. Воробьев и соавт., 2001; Г.И. Воробьев и соавт., 2002). Известно, что восстановление непрерывности кишечника после обструктивной резекции относится к травматичным и сложным операциям, что связано с массивным спаечным процессом и техническими трудностями выделения культи толстой кишки из окружающих тканей (А.В. Воленко и соавт., 2011; В.В. Дарвин и соавт., 2005; В.М. Тимербулатов и соавт., 2004). Сохраняющаяся высокая частота послеоперационных осложнений требует коррекции методов их профилактики (Г.М. Манихас и соавт., 2005) и определения оптимальных сроков выполнения реконструктивного этапа хирургического лечения заболеваний толстой кишки.

**Цель.** Продемонстрировать возможность улучшения результатов лечения больных с патологией толстой кишки, требующей этапного хирургического лечения, путем оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительного этапа.

**Материалы и методы.** Клинический случай лечения пациента М., 46 лет, госпитализированного в хирургическое отделение КБ-2 ЗАО "Группа компаний "Медси" в экстренном порядке по поводу осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки.

**Результаты и обсуждение.** Пациент госпитализирован спустя 12 часов от начала заболевания с клинической картиной перфорации полого органа, распространенного перитонита. Диагностическая лапароскопия в экстренном порядке. Интраоперационный диагноз – дивертикулярная болезнь сигмовидной кишки, осложненная дивертикулитом, перфорацией сигмовидной кишки,

распространенным гнойно-фибринозным перитонитом. Выполнена лапароскопическая обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной сигмостомы, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде пациент получал комплексную инфузионную детоксикационную, антибактериальную, симптоматическую терапию, парентеральное и энтеральное питание, ранняя активизация. У больного отмечались невыраженный болевой синдром, субфебрилитет, функционирование сигмостомы, положительная динамика лабораторных показателей. На третьи сутки выполнена программируемая санационная релапароскопия. Интраоперационно отмечена значительная регрессия воспалительных изменений со стороны висцеральной и париетальной брюшины. В тоже время в области резецированного участка сигмовидной кишки обратил на себя внимание спаечный процесс в виде рыхлых сращений, в котором заинтересованы петли тонкой кишки и париетальная брюшина. Продолжено консервативное лечение. Пациент активизирован через 12 часов после операции. Отмечено отсутствие болевого синдрома, нормотермия, функционирование сигмостомы, на вторые сутки пациент переведен на энтеральное питание, констатирована нормализация лабораторных показателей. На 9 сутки после релапароскопии выполнена ирригоскопия через сигмостому. Определен пораженный дивертикулярной болезнью участок нисходящей толстой кишки. На 15 сутки после первой операции выполнена лапароскопическая реконструктивная десцендоректостомия с резекцией дивертикулярно измененного дистального участка нисходящей кишки, а также измененного дистального участка сигмовидной кишки с использованием колоноскопической навигации. Интраоперационно выявлены рыхлый спаечный процесс на месте резецированного участка кишки, и отсутствие лапароскопических признаков перитонита. Послеоперационное ведение пациента осуществлялось по протоколу Fast Track. Общий срок стационарного лечения 22 дня.

**Выводы.** Применение видеозендоскопических технологий и комплексное ведение пациента по системе Fast Track позволило выполнить реконструкцию толстой кишки через 2 недели после обструктивной резекции. Для оптимизации сроков выполнения реконструктивно-восстановительного этапа хирургического лечения патологии толстой кишки необходимо научное обоснование объективных критериев готовности кишечного тракта к реконструкции.