

Цыплаков К.Г.¹, Денисенко В.Л.^{1,2}, Гаин Ю.М.²

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ЗАКРЫТИЮ КОЛОСТОМ

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Число пациентов с кишечными стомами неуклонно растет. По данным ВОЗ доля стомированных пациентов сегодня во многих странах составляет 100-150 на 100 000 населения. По состоянию на 2019 год в Беларуси под наблюдением находились 6 934 пациента со стомами, 361 человеку выполнено реконструктивно-восстановительное лечение с закрытием свища (5% от общего числа стомированных). Операции по закрытию колостом могут быть осуществлены как путем лапаротомии, так и лапароскопическим методом. Оба варианта операций относят к технически сложным, высокотехнологичным вмешательствам. Проведенные ранее исследования говорят о более низкой травматичности, небольшом числе и меньшей тяжести возникающих осложнений, низкой летальности, лучшем качестве жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде при использовании лапароскопического доступа.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты и перспективы дальнейшего использования лапароскопически ассистированных оперативных вмешательств при закрытии колостом.

Материалы и методы. В 2017-2021 гг. на базе проктологического отделения УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» оперировано 30 пациентов с колостомами с использованием лапароскопического доступа. В исследование включены пациенты после операции Гартмана, а также больные с петлевыми стомами, когда толстая кишка, пораженная патологическим процессом, подлежала резекции на этапе закрытия колостомы. Исключены из исследования пациенты с петлевыми колостомами, требующими закрытия из местного доступа, и пациенты с рецидивом и/или прогрессированием неопластического процесса. Сравнение групп пациентов по принципу совпадения в нуждаемости в операции по закрытию колостомы проведено по принципу «случай-контроль» в соотношении 2 : 1 (малоинвазивные : традиционные). Статистический анализ данных включал непараметрический Mann–Whitney U-test для определения достоверности различий в сравниваемых группах, а также сравнение средних величин и стандартного отклонения. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В основной группе 30 пациентам выполнено лапароскопически ассистированное оперативное вмешательство по закрытию колостомы (14 мужчин и 16 женщин). Возраст пациентов составил $56 \pm 15,3$ лет, индекс массы тела $25,6 \pm 3,87$ кг/м². Концевые стомы у 24 (80%) пациентов, петлевые – у 6 (20%) пациентов. Всем лицам с петлевыми стомами и 3 (10%)

пациентам с концевыми стомами потребовалась резекция толстой кишки ввиду наличия патологического процесса, который не был устранен на этапе первоначального вмешательства, с выведением колостомы. Лапароскопическая резекция толстой кишки выполнена у 10 (30%) пациентов основной группы. Толстокишечный интракорпоральный анастомоз механическим швом сформирован у 21 (70%) пациентов, ручной анастомоз формировался экстракорпорально при наличии технической возможности и достаточной длине анастомозируемых отделов кишки у 9 (30%) пациентов. В одном случае у пациентки с низким колоректальным анастомозом сформирована превентивная петлевая илеостома. Частота конверсии и перехода в «открытый» вариант вмешательства составила 3,3%. В контрольную группу вошли 15 пациентов, реконструктивно-восстановительное вмешательство которым выполнено путем срединной лапаротомии (5 мужчин и 9 женщин). Возраст пациентов $57,9 \pm 14,8$ года, индекс массы тела $26,4 \pm 3,6$ кг/м². У 14 пациентов были концевые колостомы, у 1 – петлевая. Резекция ободочной кишки выполнена пациенту с петлевой сигмостомой, двум пациентам с концевыми стомами рубцовой деформацией и воспалительной инфильтрацией вследствие дивертикулярной болезни. Анастомоз механическим швом сформирован у 8 (53%) пациентов, ручной у 7 (47%) пациентов. Превентивная петлевая илеостома была сформирована у одного пациента. Средняя продолжительность операций в группах сравнения значимо не различалась ($213,4 \pm 77,9$ и 221 ± 42 мин., соответственно; $p=0,76$), средняя продолжительность послеоперационной интенсивной терапии в контрольной группе оказалась в 1,71 раза дольше ($p=0,02$). Восстановление функции кишечника произошло раньше в основной группе ($p=0,0002$): достоверно раньше в основной группе восстанавливалась функция кишечника и получен самостоятельный стул. Значимых различий по объему кровопотери в группах сравнения не отмечено ($p>0,05$).

Выводы. Лапароскопически ассистированные операции по закрытию колостом целесообразно шире применять к клинической практике при наличии показаний, должного оснащения стационара и подготовки хирурга. Их непосредственные результаты говорят о хорошей переносимости пациентами, малом числе осложнений, низкой летальности, быстром восстановлении пациента после проведенного вмешательства. Вместе с тем, безуспешную попытку осуществления малоинвазивного вмешательства и конверсию доступа на срединную лапаротомию не следует воспринимать как неуспех либо дискредитацию данной технологии. Лапароскопическое вмешательство по закрытию колостомы следует рассматривать в качестве метода, позволяющего уменьшить операционную травму заведомо непростого хирургического вмешательства и ускорить процесс реабилитации пациента.