

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПО ЗАКРЫТИЮ КОЛОСТОМ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

¹ *Цыплаков К.Г., ^{1,2} Денисенко В.Л., ³ Гаин Ю.М.*

¹ *УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,
г. Витебск, Республика Беларусь*

² *УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Республика Беларусь*

³ *ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования», г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки и ее осложнения по-прежнему составляет существенную проблему в колопроктологии. Хирургические осложнения дивертикулеза ободочной кишки развиваются в 5-20% случаев, из них до 75% - это острый или хронический дивертикулит. Перфорация дивертикула при остром дивертикулите является частой причиной развития перитонита, что нередко вынуждает хирургов прибегать к ургентной лапаротомии и колостомии. Хирургическая стратегия при наличии абсцесса и/или перитонита на фоне острого дивертикулита до настоящего времени окончательно не определена. Многими авторами отдается предпочтение сдержанному подходу в отношении показаний к хирургическому лечению. Все чаще применяются малоинвазивные пункционные и дренирующие вмешательства, позволяющие избежать лапаротомии, ургентной резекции толстой кишки и формирования колостомы [1,2].

Части пациентов с дивертикулярной болезнью может быть предложена плановая резекция ободочной кишки. Показаниями к ней могут служить часто рецидивирующие дивертикулиты и кровотечения из дивертикулов, деформация и стенозирование просвета кишки вследствие хронического течения просвета. Внедрение лапароскопических операций в хирургию дивертикулярной болезни позволило по-новому взглянуть на показания к плановому хирургическому лечению ввиду много меньшей операционной травмы, лучшим косметическим результатам, низкому числу осложнений и минимальной летальностью. Перечисленные преимущества лапароскопических колоректальных резекций, наряду широким внедрением принципов Fast Track Surgery, а так же ERAS, оказываются привлекательными и при проведении реконструктивно-восстановительных вмешательств по закрытию колостом, сформированных по поводу осложненного течения дивертикулярной болезни [2,3].

Применение лапароскопических технологий в ходе реконструктивно-восстановительных вмешательств позволяет улучшить непосредственные результаты лечения путем снижения летальности, числа осложнений, меньшей кровопотери, более быстрого восстановления функции кишечника, низкой интенсивности болевого синдрома [3].

Цель. Улучшить результаты плановых хирургических вмешательств у пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки путем внедрения лапароскопических технологий.

Материалы и методы. В 2018-2021 гг. в проктологическом отделении УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» оперировано 15 пациентов с дивертикулярной болезнью ободочной кишки с применением лапароскопических технологий и формированием толстокишечного анастомоза. Средний возраст пациентов составил 59,4 лет. Индекс массы тела $26 \pm 3,9$ кг/м². Среди пациентов 10 женщин (67%) и 5 мужчин (33%). Пациенты разделены на две подгруппы. В первой подгруппе (6 пациентов (40%)) выполнена лапароскопическая резекция ободочной кишки с дивертикулами и формированием толстокишечного анастомоза. Девяти пациентам второй подгруппы (60%) выполнялось лапароскопически ассистированное реконструктивно-восстановительное оперативное вмешательство по поводу колостом сформированных из-за дивертикулярной болезни ободочной кишки, осложненной острым дивертикулитом с перфорацией. Время с момента инициального оперативного вмешательства с формированием колостомы до момента реконструктивной операции составило $4,6 \pm 1,7$ месяца. У 7 пациентов (78%) ранее была выполнена обструктивная резекция с формированием концевой колостомы. У 2 пациентов (22%) были двуствольные сигмостомы. Резекции пораженной кишки на этапе экстренного оперативного вмешательства не выполнялось. Всем пациентам (2 человека) с двуствольной сигмостомой и одному пациенту с концевой сигмостомой потребовалась лапароскопически ассистированная резекция ободочной кишки с дивертикулами.

Пациентам, которым выполнялась только лапароскопическая резекция сигмовидной кишки оперативное вмешательство выполнялось по общепринятой методике. Применялся лапароскопический мультипортовый доступ с установкой четырех рабочих троакаров. В случае возникновения сложностей в идентификации эмбриональных слоев вследствие воспалительной инфильтрации в области толстой кишки и ее брыжейки использовали дополнительные ориентиры, такие как нижнебрыжеечные артерия и вена, мочеточники, гипогастральные нервы, подвздошные сосуды, гонадные сосуды, костные структуры таза и др. Удалялся лишь наиболее макроскопически измененный отрезок кишки с признаками воспаления либо фиброзными изменениями. Резецируемым сегментом во всех случаях стала сигмовидная кишка. Интракорпорально циркулярным механическим швом формировали толстокишечный анастомоз (модифицированная для лапароскопических операций техника C.D. Knight – F.D. Griffin (1990)).

У пациентов с двуствольными сигмостомами выполнялась резекция пораженной толстой кишки. Выше пупка по Н.М. Nasson (1971) осуществляли доступ в брюшную полость. Затем колостому ушивали, отделяли от тканей брюшной стенки, погружали в брюшную полость. Рану брюшной стенки герметизировали. Вновь создавался пневмоперитонеум. Далее ход операции

принципиально не отличался от описанного выше. Пациентам с концевыми колостомами на первом этапе ушивали стому, оперативный доступ в брюшную полость также осуществляли по методике Н.М. Nasson (1971). Идентифицировали и мобилизовывали анастомозируемые сегменты толстой кишки. Одному пациенту проведена резекция около 15 см. приводящей кишки с множеством дивертикулов и воспалительной инфильтрацией. При достаточной длине анастомозируемых сегментов формировали ручной экстракорпоральный анастомоз (4 наблюдения). В случаях короткой дистальной культей (5 наблюдений) анастомоз формировали циркулярным механическим швом трансанально.

Результаты. Оперативные вмешательства завершились успешно у всех пациентов. Продолжительность вмешательств - 241 ± 65 мин., кровопотеря $84,2 \pm 71$ мл. Симультанно двум пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу сопутствующей желекаменной болезни, одному пациенту произведено грыжесечение по поводу пупочной грыжи. Толстокишечный анастомоз сформирован у всех пациентов. Аппаратный анастомоз циркулярным механическим швом наложен у 11 (73%) пациентов, ручной экстракорпоральный анастомоз – у 4 (26%) пациентов. Одной пациентке (6,7% случаев) с низким колоректальным анастомозом была сформирована превентивная петлевая илеостома с целью профилактики его несостоятельности. Конверсий оперативного доступа на лапаротомию не было. Послеоперационной летальности не последовало. Однако у одной пациентки (6,7% наблюдений) наступило осложнение II класса по классификации Accordion (2009г.) в виде гипостатической пневмонии, потребовавшей консервативного лечения. Послеоперационный период в стационаре составил $8,2 \pm 2,9$ дня. Из них на койке отделения реанимации $2,5 \pm 0,7$ дня. С целью обезболивания проводилась продленная перидуральная анестезии. По требованию вводились ненаркотические анальгетики. Газы отошли на $2 \pm 0,8$ сутки, стул получен на $4 \pm 1,7$ сутки.

Выводы. Плановые лапароскопические операции у пациентов с осложненной дивертикулярной болезнью технически выполнимы, патогенетически обоснованы, соответствуют современным требованиям, позволяют улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов и должны шире применяться в клинической практике профильных стационаров.

Литература.

1. Шельгин, Ю. А. Клинические рекомендации / Ю. А. Шельгин // Колопроктология. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 528 с.
2. Laparoscopic approach in complicated diverticular disease / N. A. Rotholtz [et al.] // World J Gastrointest Surg. – 2016. – Vol. 8, № 4. – P. 308–314.

3. Laparoscopically Assisted Reversal of Hartmann's Procedure for Perforated Diverticulitis / T.-W. Pu [et al.] // Int Surg. – 2017. – Vol. 102. – P. 307–312.