

## ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ЗАКРЫТИЮ КОЛОСТОМ

<sup>1</sup> Цыплаков К.Г., <sup>1,2</sup> Денисенко В.Л., <sup>3</sup> Гаин Ю.М.

<sup>1</sup>УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»  
г.Витебск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет» г.Витебск,  
Республика Беларусь

<sup>3</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г.Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Проблема хирургической реабилитации пациентов с колостомами по-прежнему актуальна для специалистов, оказывающих профильную помощь этой категории пациентов. Клиническая ситуация, которая складывается в ходе оперативного вмешательства с формированием искусственной кишечной стомы, приводит к применению различных вариантов оперативных вмешательств и формированию различных вариантов колостом. Традиционный подход предполагает в большинстве случаев широкую срединную лапаротомию, тотальный энтеролиз, устранение, при необходимости, патологического процесса и непосредственно восстановление непрерывности кишки. Эти операции технически сложны, травматичны и тяжело переносятся пациентами, сопровождаются большим количеством осложнений и высокими цифрами периоперационной летальности.

В начале 90-х годов XX века (С.А. Anderson et al. (1993)) альтернативный традиционному вариант малоинвазивного лапароскопического оперативного способа закрытия колостом. Несомненные преимущества этих оперативных вмешательств способствуют их все более широкому применению в клинической практике. Накопленный зарубежными авторами опыт показывает, что эти операции более безопасны, сопровождаются меньшим количеством осложнений (4 –24%), несостоятельность анастомоза развивается не более чем в 3,6%, наибольшая зарегистрированная летальность не превышает показателя 5,2%. Авторами публикаций отмечаются более низкая интенсивность болевого синдрома после вмешательств, меньшие сроки стационарного лечения, быстрое возвращение двигательной активности пациентов и восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника.

**Цель.** Улучшить результаты хирургической реабилитации пациентов с колостомами. Оценить эффективность и целесообразность применения лапароскопических операций в зависимости от типа колостомы.

**Материалы и методы.** В 2018-2022гг. в проктологическом отделении УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» оперировано 33 пациента с колостомами с использованием лапароскопического оперативного вмешательства по восстановлению непрерывности кишечника. Средний возраст пациентов составил 59,4 лет. Индекс массы тела  $26 \pm 3,6$  кг/м<sup>2</sup>. Среди пациентов 17 женщин (52%) и 16 мужчин (48%). Пациенты разделены на три подгруппы. Первая подгруппа (n=27) – это пациенты с концевыми колостомами, перенесшие обструктивную резекцию, основной патологический процесс на этапе выведения колостомы был устранен. Пациенты по нозологическим формам разделены: дивертикулярная болезнь – 10 пациентов, рак толстой кишки – 5 пациентов, болезнь Крона толстой кишки – 5 пациентов, травма кишки – 3 пациента, иные причины – 4 пациента. Вторая подгруппа (n=5) пациенты с петлевой колостомой, которым устранение патологического процесса, приведшего к выведению колостомы произведено не было, резекция пораженной кишки не проводилась. Нозологические формы следующие: дивертикулярная болезнь – 2 пациента, структура толстой кишки (посттравматическая и лучевая) – 2 пациента, болезнь Крона толстой кишки – 1 пациент. В третьей группе (n=1) пациент с петлевой стомой после травмы прямой кишки. К моменту закрытия стомы повреждения прямой кишки зажили.

**Результаты.** В первой подгруппе оперативные вмешательства произведены при помощи мультипортового доступа с использованием от 3-х до 5-и портов. На первоначальном этапе оценивалась интенсивность спаечного процесса (по О.И. Блинникову, 1993г.) и техническая возможность продолжения лапароскопического вмешательства. В одном случае (3,7%) потребовалась конверсия оперативного доступа на срединную лапаротомию из-за фактической облитерации брюшной полости за счет массивного спаечного процесса (IV степень). Проводилась мобилизация приводящей и отключенной кишки, разделялись сращения по левому боковому каналу. Тотальный энтеролиз не выполнялся. В трех случаях произведена резекция толстой кишки на небольшом протяжении из-за наличия рубцовой деформации и/или крупных дивертикулов в зоне предполагаемого анастомоза. Аппаратный интракорпоральный анастомоз сформирован у 20 (74%) пациентов, ручной экстракорпоральный – у 7 (26%). Превентивная илеостома сформирована у 1 пациента (3,7%). Несостоятельности анастомоза не было. Легкие осложнения 1-2 класса по Accordion (2009) наблюдались у 3 пациентов (11%).

Во второй подгруппе также применен мультипортовый доступ. Оценивалась интенсивность спаечного процесса, при этом статистически значимой разницы в его интенсивности в первой и второй группах не было (p=0,26). Принципиальным отличием оперативных вмешательств во второй

группе пациентов служило то им производилась мобилизация и резекция отключённой толстой кишки с тем патологическим процессом, который привел к выведению колостомы. Уичтывая доброкачественный характер патологии широкой мобилизации и высокого лигирования сосудов не производилось. Двум пациентам (40%) сформирован интракорпоральный аапартный анастомоз, трем (60%) ручной экстракорпоральный. Легкие осложнения 1-2 класса по Accordion (2009) наблюдались у 2 пациентов. Несостоятельности анастомоза не было. Статистической значимых отличий по продолжительности операций в первой и второй группах не было выявлено ( $p=0,89$ ).

В третьей подгруппе лапароскопическая ассистенция заключалась в разделении отдельных спаек и осмотру зоны предшествующего ушивания внутрибрюшного разрыва прямой кишки. Целесообразность применения лапароскопии в данной ситуации признана ничтожной и в дальнейшем к пациентам с петлевой стомой и устраненным патологическим процессом не применялась. Оптимальным вмешательством является закрытие стомы из местного доступа.

**Выводы.** Лапароскопически ассистированные оперативные вмешательства у пациентов как с концевыми колостомами после обструктивных резекций, так и у пациентов с петлевыми стомами при не устранённом патологическим процессе технически применимы и должны применяться при отсутствии противопоказаний. Лапароскопические оперативные вмешательства по закрытию колостом у пациентов с петлевой стомой при устраненном патологическом процессе нецелесообразны.