

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

*¹Жидков С.А., ¹Корик В.Е., ²Александров С.В., ²Высоцкий Ф.М.,
¹Евсеев Г.М., ³Долишний В.Н., ²Машкевич О.Н.*

*¹Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный
медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь*

*²Учреждение здравоохранения «2-я городская больница»
г. Минск, Республика Беларусь*

*³ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов*

Введение. Применение лапароскопической технологии при операциях на органах брюшной полости является определяющим на современном этапе развития хирургии. Операции на ободочной кишке не является исключением. К настоящему времени накоплен достаточно большой опыт применения лапароскопической технологии при злокачественных опухолях и доброкачественной патологии толстой кишки. При выполнении открытых операций хирургический доступ заметно ухудшает послеоперационный период и качество жизни пациента, требует длительного лечения и реабилитации.

Минимизация кровопотери является преимуществом малотравматичных операций перед открытыми, так как периоперационное переливание компонентов крови больным со злокачественными новообразованиями ухудшает онкологический прогноз, что связано с возникновением субклинической иммуносупрессией.

Цель. Определить преимущество выполнения лапароскопических операций при различных заболеваниях колоректального отдела кишечника.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ лечения 100 пациентов с различной патологией толстой кишки, оперированных в период с января 2018 года по декабрь 2021 года в УЗ «2-я городская больница г. Минска». Пациенты поровну были разделены на 2 группы: I – оперированы «открытым» способом, II – лапароскопическим. Мужчины в I и II группе составили 48% (по 24 человека), женщины 52% (по 26 человек). Средний возраст в I группе составил у мужчин $59,1 \pm 3,7$ лет; у женщин $77,6 \pm 4,1$ лет; во II группе – $55,4 \pm 3,1$ лет и $71,7 \pm 2,3$ лет соответственно. Злокачественные заболевания в I группе составили 24 случая (48%), во второй – 26 (52%); доброкачественные образования – 6 (12%) и 5 (10%); другие заболевания 20 (40%) и 19 (38%) соответственно. В первой группе рак ободочной кишки I стадии составил 6 случаев (24%); II стадии 9 (36%), III стадии – 10 (40%); во II группе – I стадии 8

(33,3%); II – 10 (41,7%); III- 6 (25%). Правосторонних гемиколэктомий в I группе было 46 %; левосторонних – 54%; во II группе – 48% и 52% соответственно.

Результаты и обсуждение. Продолжительность выполнения аналогичных операций в обеих группах было идентичным. После лапаротомических вмешательств были следующие значимые осложнения: эвентрация в 4 случаях (8%); перитонит – 2 (4%); кровотечения 2 (4%); несостоятельность анастомоза – 2 (4%); ТЭЛА – 2 (4%). После лапароскопических операций – ранняя динамическая кишечная непроходимость в 6 случаях (8%); выделение крови из прямой кишки – в 2 (4%).

По классификации Clavien-Dindo (2005) в первой группе по степени тяжести были следующие осложнения: 1 степени – 4 %; у 2 степени – 20%; 3А степени 20%; 3В степени 40%; 4А – 8%; 4В степени – 20%; 5 степени (летальный исход) – 4%. Во II группе: 1 степени -56%; 2 степени – 28%; 3А степени -8%; 3В степени – 8%.

После лапаротомии в 6 (12%) случаях операция закончилась наложением колостомы, при лапароскопии – в 2 –х (4%).

Средняя продолжительность пребывания после операции в отделении реанимации было в I группе – 2,1 дня, во II – 1,3 дня, длительность лечения выживших 115 дней и 8,9 дней соответственно.

Выводы. Таким образом, выполнение лапароскопическим способом колопроктологических операций имеет преимущество по степени тяжести послеоперационных осложнений, времени пребывания в стационаре, в т.ч. в отделении реанимации и послеоперационной летальности.