

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Сидоров С.А., Садовский Д.Н., Слободин Ю.В.*

*Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск*

**Актуальность.** Операции типа Гартмана относятся к травматичным и сложным вмешательствам на толстой кишке. Эта операция наряду со своими преимуществами породила новую проблему — выполнение восстановительных вмешательств, после которых гнойно-септические осложнения возникают в 10,5—44,4% случаев, а частота несостоятельности швов восстановленного толстокишечного анастомоза достигает 12,8%. Послеоперационная летальность находится в пределах от 5 до 50%. Лапароскопический метод восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана, несмотря на некоторые технические трудности, обладает явным преимуществом перед «открытой» операцией: прецизионная работа хирурга, уменьшение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде, ранняя активизация пациента, сокращение сроков послеоперационной госпитализации.

**Цель.** Представить результаты лечения реконструктивно-восстановительной хирургии кишечника лапароскопическим методом.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии ГУ «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь за январь-апрель 2024 года выполнено 5 реконструктивно-восстановительных операций. У всех пациентов была выполнена обструктивная резекция кишки по экстренным показаниям в различных лечебных учреждениях Республики Беларусь. У троих пациентов стома выведена по поводу рака прямой кишки. У двоих пациентов по поводу острого перфоративного дивертикулита. С целью определения оставшегося участка прямой кишки пациентам выполнялась проктография и ректороманоскопия.

Расстановка портов и расположение хирургической бригады, соответствовали таковым, как при лапароскопической хирургии левого фланга ободочной кишки или тотальной мезоректумэктомии. Мобилизация культи прямой кишки выполнялась в пределах 2-3 см от места шва с целью повышения подвижности кишки и улучшения условий для формирования анастомоза. Формирование колопроктоанастомоза выполнялось трансректально циркулярным сшивающим аппаратом. Средние величины представлены в виде среднего значения со стандартным отклонением  $M \pm \sigma$ .

**Результаты.** Средняя продолжительность операции составила  $226 \pm 14$  мин.

В процессе адгезиолизиса у 3 пациентов имело место повреждение серозной оболочки стенки тонкой кишки, потребовавшее ушивания. После операции пациенты находились под наблюдением анестезиолога в отделении реанимации в среднем в течение  $33 \pm 12$  мин. Всем пациентам в полость малого

таза устанавливался дренаж, в среднем на  $1,4 \pm 0,8$  суток. Средний период пребывания пациента в стационаре составил  $5 \pm 1,1$  дней. Повторных операций, несостоятельности колопроктоанастомоза, летальности в течение 3 месяцев после операции у наблюдаемых пациентов не было.

**Выводы.** Лапароскопический метод восстановления непрерывности толстой кишки после операции Гартмана, несмотря на некоторые технические трудности, обладает явным преимуществом перед «открытой» операцией:

- возможность более точной и прецизионной работы хирурга, что важно для минимизации операционной травмы кишки при адгезиолизисе;
- сокращение сроков послеоперационной госпитализации, что уменьшает финансовые затраты на лечение пациента.
- уменьшение количества повторных операций из-за несостоятельности колопроктоанастомоза.