

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

¹*Хаджи-Исмаил И.А.,* ²*Тихоновецкий А. И.,* ³*Малько В.В.,* ²*Руденко С.И.,*
³*Ибрагимов Б.Б.*

¹*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь*

²*ООО «МЕДИКС – Могилёв», г. Могилёв, Республика Беларусь*

³*УЗ «Минская областная клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь*

INTRAOPERATIVE USE OF ULTRASOUND TO DETERMINE THE LEVEL OF COLON RESECTION IN COMPLICATIONS OF DIVERTICULAR DISEASE

¹*Hadji-Ismail I.A.,* ²*Tiechanowiecki A. I.,* ³*Malko V.V.,* ²*Rudenka S. I.,*
³*Ibragimov B.B.*

¹*Institute for advanced training and retraining of healthcare personnel of the educational establishment “Belarusian state medical university”, Minsk, Republic of Belarus*

²*LLC “MEDICS – Mogilev”, Magilev, Republic of Belarus*

³*Minsk Regional Clinical Hospital, Minsk, Republic of Belarus*

Введение. Самый актуальный вопрос, возникающий у хирурга при выполнении плановых операций по поводу осложненной дивертикулярной болезни ободочной кишки (ОДБОК) – это объем резекции ободочной кишки (ОК). Правильная интраоперационная тактика в определении границ резекции ОК, без дивертикулов и морфологических изменений в стенке кишки, снижает риск возникновения несостоятельности кишечных анастомозов в раннем послеоперационном периоде, а в дальнейшем снижает риск появления новых дивертикулов и осложнений.

На сегодняшний день продолжается поиск новых методов диагностики, которые позволили бы более детально изучить состояние стенки кишки при дивертикулярной болезни, что может повлиять на снижение количества послеоперационных осложнений. В настоящее время к таким методам относится интраоперационное ультразвуковое исследование, которое имеет существенные преимущества перед ультразвуковым исследованием через переднюю брюшную стенку за счет максимального приближения ультразвукового датчика к исследуемому органу при отсутствии помех. Научная разработка этого метода диагностики в колопроктологии именно при дивертикулярной болезни ободочной кишки с хроническими воспалительными осложнениями является важной и актуальной темой исследования, т.к. до сих пор не разработаны способы интраоперационной

уточняющей диагностики выраженности и распространенности специфических для дивертикулярной болезни изменений.

Цель. Оценить роль интраоперационного ультразвукового исследования стенки ободочной кишки для формирования колоно-колоноанастомозов без дивертикулов и структурных изменений.

Материалы и методы. За период времени с июля 2023 по март 2024 гг. выполнено 14 интраоперационных ультразвуковых исследований пациентам, которые находились на хирургическом лечении в отделении проктологии УЗ «МОКБ». Среди них было 5 (35,7%) женщин в возрасте от 45 до 74 лет, средний возраст 58,4 лет и 9 (64,3%) мужчин в возрасте от 41 до 65 лет, средний возраст 52,3 года. Все операции выполнены в плановом порядке, при этом 11 (78,6%) пациентов впервые подверглись хирургическому лечению по поводу осложнений ДБ и 3 (21,4%) пациента, которые прошли хирургическое лечение ранее и имеют концевую колостому. Все пациенты в дооперационном периоде проходили стандартный диагностический алгоритм нашей клиники для определения локализации дивертикулов по сегментам ОК. Расположение дивертикулов было следующим: только в сигмовидной кишке – у 4 (28,6%) пациентов, в левом фланге (сигмовидная, нисходящая и селезеночный изгиб ободочной кишки) у 8 (57,1%) и тотальное поражение у 2 (14,3%) пациентов. Также определена локализация дивертикулов по отношению к брыжейке: только брыжеечный край у 6 (42,9%) пациентов, только противобрыжеечный край у 3 (21,4%) и смешанная локализация у 5 (35,7%).

Результаты и обсуждение. В ходе проведения интраоперационного УЗИ стенки ободочной кишки, определены основные структурные изменения в ней с учетом локализации осложненных и неосложненных дивертикулов: утолщение стенки ободочной кишки за счет гипертрофии мышечных слоев (от 0,5 см - с возможностью дифференцировать её слои в области неосложненных дивертикулов, до 1,2 см - без возможности дифференцирования слоистого строения), неосложненные дивертикулы в стенке ободочной кишки в виде гиперэхогенных "газ-содержащих" структур, деформирующих её стенку, - осложненные дивертикулы в сочетании с выраженной гипертрофией и утолщением стенки ободочной кишки часто имеют гипоэхогенные стенки за счет ее воспалительных изменений на фоне гиперэхогенной жировой ткани, окружающей указанные дивертикулы. Эхогенность жировой ткани также повышается за счет десмопластической реакции, формирования акустической тени позади дивертикулов с копролитами, увеличения количества и размеров параколических и мезоколических лимфатических узлов в области осложненных дивертикулов, неровности и нечеткости брыжеечного края стенки ободочной кишки за счет выбухания дивертикулов (включая элементы их воспаления), расположенных по брыжеечному краю кишки, краевых деформаций и стенозов просвета ободочной кишки, которые более выражены при осложненных дивертикулах (дивертикулит, прикрытая перфорация), расположенных по брыжеечному

краю. При дивертикулитах противобрыжеечного края ободочной кишки, как правило, происходит её выпрямление вплоть до исчезновения сегментации. Деформация фрагмента кишки, как правило, более выраженная при дивертикулите с локализацией по брыжеечному краю, и выпрямление стенки при локализации дивертикулита по противобрыжеечному краю.

Выводы. Применение ультразвука интраоперационно способствует формированию безопасных, надежных межкишечных анастомозов, без дивертикулов (осложненных и неосложненных) и без морфологических изменений в стенке кишки.