

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2025-24-1-72>



Комментарии редколлегии к статье

«Лечение перфораций толстой кишки после лапароскопического шейвинга эндометриоидных очагов толстой кишки (клиническое наблюдение)», авторы: Арутюнян А.С., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Карулин Н.В.

Описанное авторами клиническое наблюдение представляет интерес не только как подтверждение целесообразности и безопасности использования лапароскопического доступа и аппаратного шва при лечении перфорации толстой кишки и распространенного перитонита. Действительно, преимущества лапароскопического доступа в urgentной абдоминальной хирургии были достаточно убедительно продемонстрированы в приведенных коллегами как экспериментальных, так и клинических исследованиях. Это касается и более быстрой нормализации уровня воспалительных маркеров, и меньшей выраженности системного воспалительного ответа, а также из-за отсутствия широкого лапаротомного разреза, менее интенсивного болевого синдрома, меньшей выраженности респираторных нарушений и, наконец, меньшего риска эвентрации, формирования лапаростомы. Однако существенным отличием тактики, предпринятой в данном случае, является оставление участка кишки с перфорациями, то есть источником перитонита, в брюшной полости. Насколько нам известно, ни в одной из работ, на которые ссылаются авторы, подобная тактика не описана. Безусловно, пересечение кишки проксимальнее перфорации и выведение одностольной колостомы надежно

исключает дальнейшее поступление кишечного содержимого в перфорированный участок кишки. Хотя, возможно, формирование проксимальной петлевой сигмостомы без пересечения кишки, было бы достаточно эффективно для отведения каловых масс, но менее рискованно с точки зрения оставления кишечного шва в условиях перитонита.

Также выглядят убедительными аргументы коллег, что, учитывая локализацию перфорации на уровне тазовой перитонеальной складки, в условиях калового перитонита и воспалительной инфильтрации тканей, выполнение резекции кишки было бы, во-первых, технически сложно. А во-вторых, сопровождалось бы высоким риском несостоятельности кишечного шва, будь то первичный анастомоз или же культи прямой кишки. Тем более, что была использована программная релапароскопия, то есть, в некотором смысле, набирающая популярность стратегия damage control. Однако, на наш взгляд, если уж идти таким путем, то представляется целесообразной хотя бы попытка ушивания перфораций в сочетании с интраоперационной трансанальной санацией (а не только дренированием) культи дистальных отделов толстой кишки для уменьшения контаминации брюшной полости.