

ГЛАВА 3. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПЛАНОВОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Ачкасов С.И., Москалёв А.И.,
Сенашенко С.А., Шелыгин Ю.А.

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих» Минздрава России,
г. Москва, Россия

ЦЕЛЬ. Оценка эффективности применения лапароскопического метода в плановом хирургическом лечении осложненной дивертикулярной болезни.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ. В проспективное сравнительное исследование включены 136 пациентов с хроническими осложнениями дивертикулярной болезни, оперированных в плановом порядке в ГНЦК в 2007-2015 гг. Из исследования исключены пациенты с ранее перенесёнными операциями на толстой кишке, с признаками выраженного и распространённого воспалительного процесса с обширным вовлечением других органов брюшной полости и малого таза (≥ 10 см в Д), индексом массы тела ≥ 35 кг/м², а также противопоказаниями к пневмоперитонеуму. Основную группу составили 75 пациентов, которым были выполнены лапароскопически-ассистированные вмешательства. В контрольную группу вошел 61 пациент, оперированный традиционным доступом. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела и распространённости воспалительного процесса.

РЕЗУЛЬТАТЫ. В основной группе конверсии были выполнены у 9 (12,0%) пациентов. У 3 (4,0%) – вследствие выраженного висцерального ожирения и невозможности адекватной визуализации необходимых анатомических ориентиров. У остальных 6 (8,0%) больных причиной конверсии было распространение воспалительного процесса на стенки таза и обусловленная этим невозможность безопасного лапароскопического выделения ободочной кишки из хронического инфильтрата. Превентивная кишечная стома была сформирована 10 (13,3%) пациентам основной и 14 (22,9%) – контрольной группы ($p=0,50$). В основной группе длительность операции составила $227,1 \pm 11,6$ мин., в контрольной – $232,3 \pm 12,2$ мин. ($p=0,09$). Ранние послеоперационные осложнения имели место у 8 (10,7%) пациентов основной группы и у 9 (14,7%) – контрольной ($p=0,60$). Послеоперационной летальности в обеих группах не отмечено. Срок послеоперационного пребывания в стационаре был достоверно короче в основной группе – $9,5 \pm 0,4$ против $12,9 \pm 0,6$ – в контрольной; $p<0,0001$). Отдалённые результаты лечения в сроки от 1 до 9 лет (в среднем, 3,8 лет) прослежены у 97 (71,3%) больных: в основной группе у 57 (76,0%), в контрольной – у 40 (65,6%) ($p=0,19$). Установлено, что частота формирования послеоперационных вентральных грыж достоверно выше после открытых вмешательств: 2 (3,2%) в основной группе и 7 (17,5%) – в контрольной ($p=0,04$). В сроки от 1 до 9 лет негативная оценка больными результата хирургического лечения после открытых вмешательств отмечена в 11 (27,5%) наблюдениях, после лапароскопических – 5 (8,7%) ($p=0,03$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. При плановом хирургическом лечении дивертикулярной болезни лапароскопически-ассистированные и открытые вмешательства сопоставимы по длительности, частоте формирования проксимальных кишечных стом, частоте развития ранних послеоперационных осложнений. После лапа-

роскопически-ассистированных вмешательств более благоприятно протекает послеоперационный период с достоверно меньшим койко-днём, меньшей частотой формирования послеоперационных грыж и большей удовлетворённостью перенесённой операцией.

ПОЭТАПНАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКАЯ МУКОЗЭКТОМИЯ КУЛЬТЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Борота А.В., Борота А.А.,
Плахотников И.А., Кухто А.П.

Донецкий национальный медицинский университет им.
М.Горького, г. Донецк

АКТУАЛЬНОСТЬ. Оставление слизистой в минимальной культе прямой кишки, сохраненной для формирования анастомоза, при колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, всегда несет угрозу обострения резидуального язвенного колита с необходимостью постоянной противорецидивной терапии.

ЦЕЛЬЮ работы явилась разработка способа мукозэктомии культуры прямой кишки при реконструктивно-восстановительном хирургическом лечении язвенного колита, снижающего риск возникновения резидуального культи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 2013 года 13 пациентов были прооперированы по следующей методике. Выполняли колпроктэктомию с нервосохраняющим вариантом мобилизации прямой кишки до тазового дна, оставляя мезоректальную фасцию на стенке таза. Прямую кишку пересекали на уровне средне-ампулярного отдела линейным сшивающим аппаратом. Стандартно формировали J-образный илеальный резервуар протяженностью 15 см. Со стороны промежности ректальным зеркалом разводили анальный канал и с помощью зажимов Алиса захватывали верхушку культуры прямой кишки, выворачивали её наружу слизистой оболочкой. Для выполнения поэтапной высокочастотной электротермической мукозэктомии культуры прямой кишки использовали инструмент Liga Sure Precise Plus. Культю дополнительно прошивали линейным сшивающим аппаратом в 2-3 см от зубчатой линии и погружали в полость малого таза.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Разницы между структурой и количеством послеоперационных осложнений у пациентов, в сравнении со стандартным видом реконструктивной операции, не было. За время динамического наблюдения явлений культи у данных пациентов не возникало.

ВЫВОДЫ. Предложенный новый вариант хирургического лечения язвенного колита, заключающийся в колпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара и илео-анального анастомоза, поэтапной высокочастотной электротермической мукозэктомией культуры прямой кишки и анального канала и протективной илеостомией позволяет полностью удалить слизистую оболочку культуры прямой кишки, что исключает риск возникновения культи, как проявлений резидуального язвенного колита, как в ближайшем, так и в отдалённом послеоперационном периоде. Функциональные результаты при этом не ухудшаются.