

УДК 616.345-007.64-089:001.895.

ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

**В.Ю. Шаповалов, К.Л. Масунов, О.С.Герасименко, Р.В.Єнін,
К.Р.Мурадян, М.А.Кошіков**

*Військово медичний клінічний центр Південного регіону
Одеський національний медичний університет*

Резюме. У статті наведені результати обстеження і лікування 178 пацієнтів, які було прооперовано з приводу ускладнених форм дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК). З використанням відеолапароскопічних техніки було прооперовано 92 хворих, з них 59 в ургентному порядку. У дослідженні встановлено що оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК краще проводити з використанням відеоендоскопічної апаратури, про що свідчить менша тривалість операції $73,4 + 6,2$ хв у порівнянні з відкритими операціями - $118,4 + 7,3$ хв і менший лішко-день - $6,1 + 0,7$ дн (відкриті операції - $10,3 + 1,2$ дн). Повторні планові радикальні операції з приводу ДТК краще виконувати лапароскопічески, про що свідчить менша кількість ускладнень (6,7% в порівнянні з відкритими операціями - 10,1%).

Ключові слова: товста кишка, гострий дивертикуліт, дивертикулярная хвороба.

Вступ. Серед захворювань товстої кишки одне з провідних місць займає дивертикулярна хвороба, частота якої в осіб похилого та старечого віку досягає 75% [2].

У зв'язку з неухильним зростанням захворюваності дивертикулярною хворобою товстої кишки (ДХТК) в індустріально розвинених країнах (з 0,58 до 1,20 на 1000 населення за останні п'ять років) питання про тактику лікування даної патології набуває значної актуальності [1]. Ускладнення при ДХТК розвиваються у 5% хворих і становлять 3-5% від усіх гострих захворювань органів черевної порожнини. Перфорація дивертикула є четвертою за частотою причиною екстреного хірургічного втручання після гострого апендициту, перфоративної гастро-дуоденальної виразки і кишкової непрохідності і третім за частотою показанням для формування колостоми [3,5]. При цьому післяопераційна летальність в цілому коливається від 1,0% до 3,0% [2].

Кишкові кровотечі як ускладнення ДХТК складають 5,2-13,0% всіх кровотеч з нижніх відділів шлунково-кишкового тракту [4].

Матеріали і методи дослідження. За період 2004-2017 рр. проведено аналіз лікування 178 пацієнтів, госпіталізованих у відділення абдомінальної, невідкладної хірургії та відділення колопроктології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса, яким було виконано 191 оперативне втручання з приводу дивертикулярної хвороби та її ускладнень. Чоловіків було 99 (55,8%), жінок 79 (44,2%). Ускладнені форми ДХТК діагностовано у 153 (86,0%) пацієнтів. Гострий дивертикуліт із запальними змінами в стінці товстої кишки діагностований у 57 (37,3%) осіб, перфорація дивертикулу – у 79 (51,6%) пацієнтів, кишкова кровотеча як причина госпіталізації відзначено у 5 (3,2%) пацієнтів, кишкові нориці - у 8 (5,2%) хворих, кишкова непрохідність по причині стенозу сигмовидної кишки, як ускладнення ДХТК – 4 (2,7%).

В екстреному порядку виконано 142 (74,4%) операцій, з них 59 (41,4%) виконано з використанням відеоендоскопічного обладнання, традиційним відкритим способом виконано 83 (58,6%) операції. У 17 (28,8%) пацієнтів з Hinchey I лапароскопія обмежилася діагностичним етапом, у 15 (25,4%) пацієнтів з Hinchey II-III виконаний лапароскопічний перитонеальний лаваж (без стоми). Перитонеальний лаваж з лапароскопічною сігмостомією з приводу перфорації дивертикулу виконаний 21 (35,6%) пацієнтам з Hinchey III-IV. В подальшому пацієнтам виконано планове оперативне втручання. Лапароскопічно-асистована лівобічна геміколектомія з приводу ДХТК, ускладненої профузною кровотечею виконана 2 (3,4%) пацієнтам, ускладненої перфорацією дивертикула - 4 (6,8%) пацієнтам.

З відкритих операцій виконаних за невідкладними показаннями: операція типу Гартмана виконана 53 (63,8%) пацієнтам, лівобічна геміколектомія 11 (13,2%), резекція сигмовидної кишки 6 (7,2%), екстраперитонізація сигмовидної кишки 5 (6,2%), сігмодектомія 3 (3,6%), сігмостоми на рівні перфорації кишки 3 (3,6%), правобічна геміколектомія 2 (2,4%).

При обстеженні хворих застосовували стандартні методи обстеження, включаючи іригоскопію та колоноскопію. КТ або МРТ черевної порожнини і малого таза виконували в діагностично складних випадках. При клінічній картині відокремленого перитоніту в лівій клубовій ділянці 10 пацієнтам виконано діагностичну лапароскопію. При формуванні міжкишкових анастомозів використовували зшиваючі циркулярні апарати СЕЕА 31 фірми «Covidien», CDH 29 фірми «Ethicon».

Результати та їх обговорення. 21 пацієнтам лікування проводилося в 2 етапи. На першому етапі під час поступлення пацієнтів за невідкладними показаннями з клінічною картиною гострого живота ми не виконували радикальну операцію. Метою цього етапу було порятунок життя і максимально швидке відновлення стану хворого. Перевагу віддавали

мінімально інвазивним операціям (діагностична лапароскопія, сигмостомія). На другому етапі від 9 днів до 6 місяців після першої операції виконувалися радикальні втручання - лівосторонні геміколектомії або сигмоїдектомії. 19 пацієнтам радикальні операції другого етапу виконані без виписки хворого зі стаціонару після лікування на першому етапі.

Виконано 12 лапароскопічних і 16 відкритих резекцій товстої кишки з приводу ДХТК за плановими показами. Показами до планового оперативного лікування вважаємо часті загострення захворювання не менше 2 разів на рік, хронічний рецидивуючий перебіг, наявність хронічного паракишечного інфільтрату в черевній порожнині, зовнішні або внутрішні кишкові нориці чи стеноз товстої кишки зумовлений хронічним запаленням.

Обструктивна резекція за Гартманом виконана 53 пацієнтам. У 51 хворих втручання були завершені формуванням товстокишкових анастомозів. Дивертивна ілео- або трансверзостомія виконана 6 (11,8%) пацієнтам.

У всіх спостереженнях джерело запалення локалізувалося в сигмовидній кишці. Запалення одного дивертикулу мало місце в 56 (98,4%) спостереженнях, двох дивертикулів - в 1 (1,6%). Перфорація стінки дивертикула була виявлена у 79 (51,6%) пацієнтів. У 12 (12,7%) хворих при відсутності перфорації стінки дивертикулів були виявлені мікроскопічні гранульоми з чужорідними тілами в клітковині навколо запаленого дивертикула. Це свідчить про раніше перенесену мікроперфорацію або спонтанно прикриту перфорацію. Між характером ускладнення і поширеністю ураження ободової кишки дивертикулами зв'язку не виявлено ($p = 0.38$).

Профузні кровотечі з дивертикула ободової кишки спостерігалися у 5 пацієнтів.

Відзначена менша тривалість операції при використанні відеоендоскопічної апаратури з приводу гострих ускладнень ДХТК - $73,4 + 6,2$ хв, у порівнянні з відкритими операціями - $118,4 + 7,3$ хв і менший ліжко-день - $6,1 + 0,7$ день у порівнянні з відкритими операціями $11,3 + 1,2$ день.

Після планових відеоендоскопічних операцій відмічене менше число ускладнень (4,8% в порівнянні з відкритими операціями - 10,4%) і менша тривалість перебування в стаціонарі ($6,3 + 1,6$ днів у порівнянні з відкритими операціями - $9,2 + 1,3$ днів).

Післяопераційні ускладнення в групі 99 відкритих операцій розвинулися у 10 (10,1%) пацієнтів: неспроможність товстокишкових анастомозів - у 2 (2,0%), анастомозит - у 6 (6,1%), 2 (2,0%) послеопераційна пневмонія.

Післяопераційні ускладнення в групі 92 лапароскопічних втручань відзначені у 6 (6,7%) пацієнтів. Летальність склала 2,3% - померло двоє хворих, по одному в групі відкритих та лапароскопічних операцій. Причина смерті - важка супутня патологія

Висновки

1. Оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК краще проводити з використанням відеоендоскопічної апаратури, про що свідчить менша тривалість операції 73,4 + 6,2 хв у порівнянні з відкритими операціями - 118,4 + 7,3 хв і менший ліжко-день - 6,1 + 0,7 днів в порівнянні з відкритими операціями 11,3 + 1,2 днів.

2. Повторні планові радикальні операції з приводу ДХТК краще виконувати лапароскопічно, про що свідчить менша кількість ускладнень (6,7% в порівнянні з відкритими операціями – 10,1%)

3. Двоетапне лікування ускладненої ДХТК, коли другий етап, лівобічна геміколектомія, виконується в плановому порядку в терміни від 10 днів до 6 місяців після операції за невідкладними показаннями вважаємо кращим.

Література

1. А.В. Воробей и В.В. Климович //Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения . - Минск: Полипринт, 2008. – с.33.

2. Матеріали ІІ съезда колопроктологов стран СНГ, ІІІ съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы.- Одесса, Видавничий центр Імідж України.- 2011.- с.437-438, 311, 433-434, 471-472, 410-411

3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии (2-е издание, доп).- М:МИА – 2006 – 432 стр.

4. Laparoscopic Peritoneal Lavage: A Definitive Treatment for Diverticular Peritonitis or a “Bridge” to Elective Laparoscopic Sigmoidectomy?/ Roberto Cirocchi, MD, PhD, Stefano Trastulli, MD, Nereo Vettoreto, MD, PhD [et al.]/ Medicine. —January 2015. —Vol. 94. —N.1. —P.1-14.

5. Peritoneal Lavage in Complicated Acute Diverticulitis Back to the Future / Ricardo Escalante G, Leonardo Bustamante-Lopez, Ana Lizcano [et al.] // J Clin Gastroenterol. — 2016. — Supp.1— P.1-4

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В.Ю. Шаповалов, К.Л. Масунов, О.С. Герасименко, Р.В. Єнин, К.Р. Мурадян, М.А. Кошиков

Резюме. В статье приведены результаты обследования и лечения 178 пациентов, которые были прооперированы по поводу различных форм дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК). С использованием видеолапароскопической техники было прооперировано 92 больных, из них 59 в ургентном порядке. В исследовании установлено, что оперативное лечение больных с осложненной ДБТК лучше проводить с использованием видеоэндоскопической аппаратуры, о чем свидетельствует меньшая

длительность операции 73,4 + 6,2 мин по сравнению с открытыми операциями – 118,4 + 7,3 мин и меньший койко-день – 6,1 + 0,7 дн (открытые операции -11,3 + 1,2 дн). Повторные плановые радикальные операции по поводу ДБТК предпочтительнее выполнять лапароскопически, о чем свидетельствует меньшее число осложнений (6,7% по сравнению с открытыми операциями – 10,1%).

Ключевые слова: толстая кишка, острый дивертикулит, дивертикулярная болезнь.

LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF COLONIC DIVERTICULAR DISEASE COMPLICATIONS

**V. Shapovalov, K. Masunov, O. Gerasimenko, R. Enin,
K. Muradian, M. Koshikov**

Summary. *The results of examination and treatment of 178 patients who were operated for complicated forms of diverticular disease of the colon. Using technology videolaparoscopic 92 patients were operated, 28 of them in urgent procedure and 9 of planned surgical intervention. The study found that surgical treatment of patients with complicated colonic diverticular disease is best done using a video endoscope equipment, as evidenced by lower operative time of 73.4 + 6.2 min compared to open surgery - 118.4 + 7.3 minutes and less hospital stay - 6.1 + 0.7 days (open operations -10.3 + 1.2 days). Repeated planned radical surgery preferable to perform laparoscopically, as evidenced by fewer complications (6.7% as compared to open surgery - 10.1%).*

Tags: colon, acute diverticulitis, diverticular disease.