

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Р.К. Кубатбеков, М.Б. Искаков, Б.Т. Токтогазиев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приведены результаты лапароскопической левосторонней гемиколэктомии у 92 больных. С диагнозом долихосигма, дивертикулеза левой половины ободочной кишки. Приведены основные показания к операции, определены особенности оперативной техники левосторонней гемиколэктомии. Основное внимание уделено послеоперационным осложнениям, сроком пребывания в стационаре, и продолжительности операции.

Цель исследования: оценка эффективности лапароскопических технологий в хирургическом лечении больных с неопухолевой патологией колоректальной зоны.

Материалы и методы: проведено клиническое исследование на базе учебно-лечебно-научного медицинского центра КГМА, и городской клинической больницы №1. В исследование включены 92 больных с долихосигмой и дивертикулезом левой половины ободочной кишки. 34 пациентам выполнено лапароскопическим методом, 58 пациентам лапаротомным методом.

Результаты. Средняя продолжительность операций составила 92 мин. в основной группе, а в контрольной группе 118 мин. Анализ послеоперационных осложнений выявил при основной группе отмечено 3 (8,2%) осложнения, а в контрольной группе 8 (13,7%) случаев. Среднее время пребывания в стационаре основной группы $4,14 \pm 1,67$, в контрольной группе $10,35 \pm 2,47$.

Заключение: использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии способствует ранней активизации больных, уменьшает послеоперационный койко-день, а также уменьшает количество ранних послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: долихосигма, дивертикулез левой половины толстой кишки, лапароскопические технологии, лапароскопическая гемиколэктомия, осложнения.

КОЛОРЕКТАЛДЫК ХИРУРГИЯДА ШИШИК ЭМЕС ООРУЛАРДЫ ДАРЫЛООДО ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Р.К. Кубатбеков, М.Б. Искаков, Б.Т. Токтогазиев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 92 пациентке лапароскопиялык сол жак гемиколэктомиянын жыйынтыгы. Долихосигма диагнозу менен жоон ичегинин сол жарымынын дивертикулозу. Хирургиянын негизги көрсөткүчтөрү келтирилет, сол жак гемиколэктомиянын хирургиялык техникасынын өзгөчөлүктөрү аныкталат. Негизги көңүл операциядан кийинки кыйынчылыктарга, ооруканада болуу мөөнөтүнө, операциянын узактыгына бурулат.

Изилдөөнүн максаты: колоректалдык зонанын шишик эмес патологиясы бар пациенттерди хирургиялык дарылоодо лапароскопиялык технологиянын эффективдүүлүгүн баалоо.

Материалдар жана методдор: КММАнын окуу, медициналык жана илимий медициналык борборунун жана №1 шаардык клиникалык ооруканасынын базасында клиникалык изилдөө жүргүзүлгөн. Изилдөөгө жоон ичегинин сол жарымынын долихосигмасы жана дивертикулозу

бар 92 бейтап кирген. 34 бейтап лапароскопиялык, 58 бейтап лапаротомиялык ыкма менен жасалган.

Натыйжалар: операциялардын орточо узактыгы 92 мүнөттү түздү. негизги тайпада, ал эми контролдоо тобунда 118 мин. Операциядан кийинки татаалдашуулардын анализи негизги топто 3 (8,2%), ал эми көзөмөл тобунда 8 (13,7%) учурду аныктаган. Негизги топтун ооруканада жаткан орточо убактысы $4,14 \pm 1,67$, контролдоочу топто $10,35 \pm 2,47$ болгон.

Корутунду: колоректалдык хирургияда лапароскопиялык технологияларды колдонуу бейтаптарды эрте активдештирүүгө өбөлгө түзөт, операциядан кийинки төшөк күнүн кыскартат, ошондой эле операциядан кийинки эрте татаалдашуулардын санын азайтат.

Негизги сөздөр: долихосигма, жоон ичегинин сол жарымынын дивертикулозу, лапароскопиялык технологиялар, лапароскопиялык гемиколэктомия, татаалдашуу.

LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF NON-TUMOR DISEASES IN COLORECTAL SURGERY

R.K. Kubatbekov, M.B. Iskakov, B.T. Toktogaziev

Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaeva
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: results of laparoscopic left-sided hemicolectomy in 92 patients. With a diagnosis of dolichosigma, diverticulosis of the left half of the colon. The main indications for surgery are given, the features of the surgical technique of left-sided hemicolectomy are determined. The main attention is paid to postoperative complications, length of stay in the hospital, and the duration of the operation.

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of laparoscopic technology in the surgical treatment of patients with non-tumor pathology of the colorectal zone.

Materials and methods: a clinical study was conducted on the basis of the educational, medical and scientific medical center of the KSMA, and the city clinical hospital No. 1. The study included 92 patients with dolichosigma and diverticulosis of the left half of the colon. 34 patients were performed by laparoscopic method, 58 patients by laparotomic method.

Results. The average duration of operations was 92 minutes. in the main group, and in the control group 118 min. Analysis of postoperative complications revealed 3 (8.2%) complications in the main group, and 8 (13.7%) cases in the control group. The average time spent in the hospital of the main group was 4.14 ± 1.67 , in the control group 10.35 ± 2.47 .

Conclusion: the use of laparoscopic technologies in colorectal surgery contributes to the early activation of patients, reduces the postoperative bed-day, and also reduces the number of early postoperative complications.

Key words: dolichosigma, diverticulosis of the left half of the large intestine, laparoscopic technologies, laparoscopic hemicolectomy, complications.

Введение. За последние два десятилетия лапароскопические технологии активно внедряются в повседневную хирургическую практику. Эффективность их использования в колоректальной хирургии доказана во многих крупных международных рандомизированных исследованиях [1-3]. Лапароскопическая колоректальная хирургия зародилась в начале 90-х годов XX века, зарубежные хирурги выполнили лапароскопически-ассистированную правостороннюю гемиколэктомию с формированием экстракорпорального

анастомоза через мини-лапаротомный разрез [2]. В этом же году P. Lahey произвел резекцию сигмовидной кишки, а D. Flower — левостороннюю гемиколэктомию по поводу рака [4]. В последние 20 лет эндовидеохирургия активно используется в лечении многих неопухолевых патологических процессов толстой кишки. Она считается бесспорно показанной при дивертикулярной болезни левой половины ободочной кишки [5] и долихосигме [6]. При этом значительный опыт эндоскопических вмешательств на толстой кишке в Кыргызской

Республике накоплен лишь в единичных медицинских центрах [5-6]. Основой для проведения исследования послужила применение лапароскопических технологии как выбор метода хирургического лечения при неопухолевых заболеваниях колоректальной хирургии, направленных на снижение травматичности, частоты послеоперационных осложнений, уменьшение срока пребывания в стационаре [7].

Цель исследования: оценка эффективности лапароскопических технологии в хирургическом лечении больных с неопухолевой патологией колоректальной зоны.

Материал и методы обследования. Материалом данного исследования являлся ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 92 больных с долихосигмой, дивертикулезом левой половины толстой кишки, с января 2018 года по декабрь 2022 года, критериями включения явились пациенты прооперированные в отделении хирургии учебно-лечебно-научного медицинского центра Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева г.Бишкек и городской клинической больницы №1 г.Бишкек. Критериями исключения, пациенты с осложнёнными формами заболевания. Пациенты были разделены на основную группу и контрольную группу. В основной группе 34 пациента: 20 с долихосигмой и 14 с дивертикулезом левой половины толстой кишки, прооперированные лапароскопическим методом. В контрольной группе 58 пациентов: 35 с долихосигмой и 22

с дивертикулезом левой половины толстой кишки, прооперированные лапаротомным методом. Для уточнения диагноза применены: ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, пассаж бариевой взвеси по толстой кишке. Выбор метода лечения лапароскопическим путем или открытым, проводился на основании информированного согласия пациентов. Результаты хирургического лечения проводилось в сравнительном аспекте. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью персонального компьютера по программе MS Excel 2010, с определением средней арифметической (\bar{m}), средний квадрат (L) и ошибки ряда (m), а степень достоверности вычисляли по t -критерию таблицы Стьюдента. Всем пациентам основной группы с долихосигмой и дивертикулезом левой половины толстой кишки, выполнена лапароскопически ассистированная левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректоанастомозом в конец-конец с использованием циркулярного сшивающего аппарата (№29-28-31мм).

Доступ. для этой операции были использованы 4 троакара (1-10мм, 1-12мм и 2-5 мм). 10-мм троакар вводили в окологепаточную область справа, 12-мм троакар вводили в правую подвздошную область, 5-мм — в область правого подреберья, 5-мм троакар в левую подреберную область. Такое расположение троакаров от зависимости расположение органов, что создает оптимальный угол инструментов для манипуляции хирурга (рис.1).

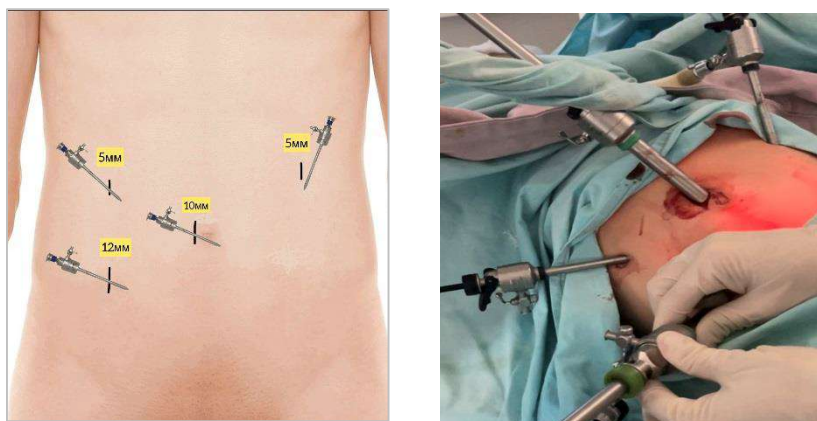


Рис. 1. Троакарный доступ в брюшную полость.

Ход операции: перед началом мобилизации кишечника, определялись с проксимальными и дистальными границами ее резекции и условно помечали их. Далее производили мобилизацию в медиа-

латеральном направлении в межфасциальных слоях (рис. 2), с выделением ниже-брыжеечных сосудов и их клипированием и пересечением у места их отхождения (рис. 3,4).

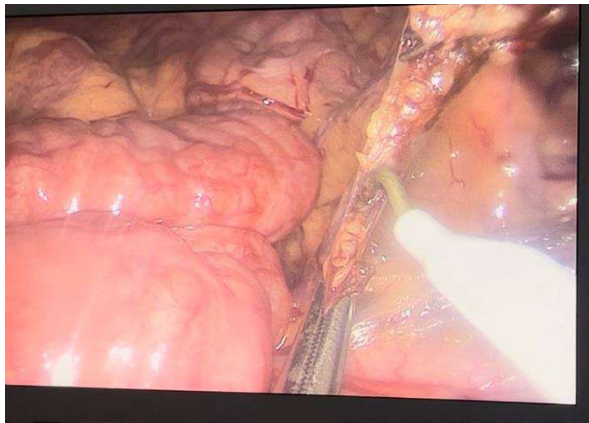


Рис. 2. Мобилизация в медиа-латеральном направлении.

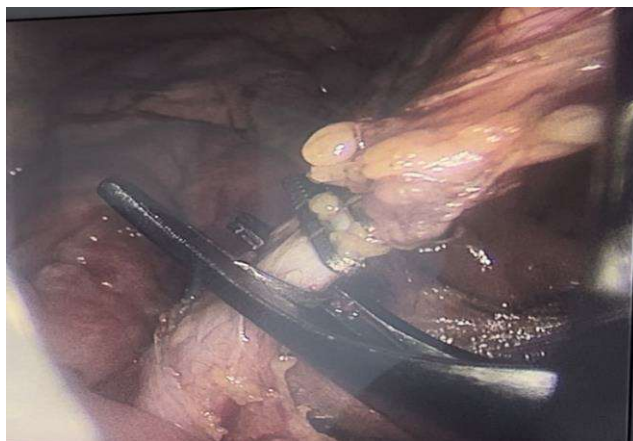


Рис. 3. Клипирование ниже-брыжеечных сосудов.

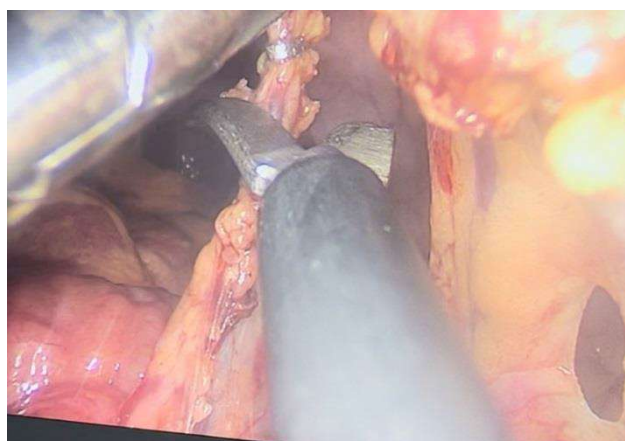


Рис. 4. Пересечение сосудов.

Дистально мобилизация до средней ампулярной части прямой кишки, на уровне хорошего кровоснабжения, прямая кишка

пересечена с помощью линейного сшивающего аппарата (Endo-Gia 60 мм кассетой) (рис. 5).

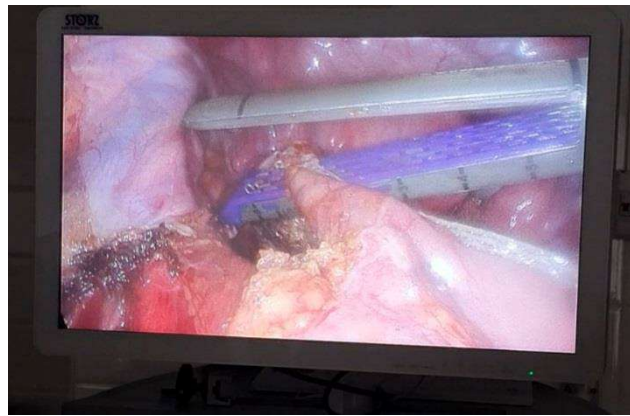


Рис. 5. Пересечение прямой кишки.

Мобилизация произведена проксимально до средней-трети поперечно-ободочной кишки. Извлечение препарата производили через нижнесрединную мини-лапаротомию (длина разреза 5-6см) (рис 6,7).

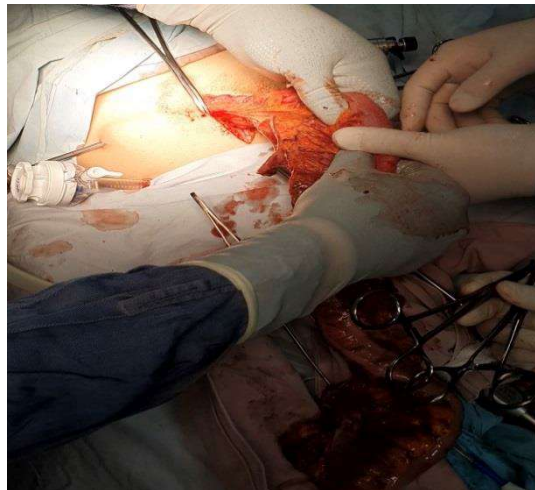


Рис. 6. Извлечение препарата.

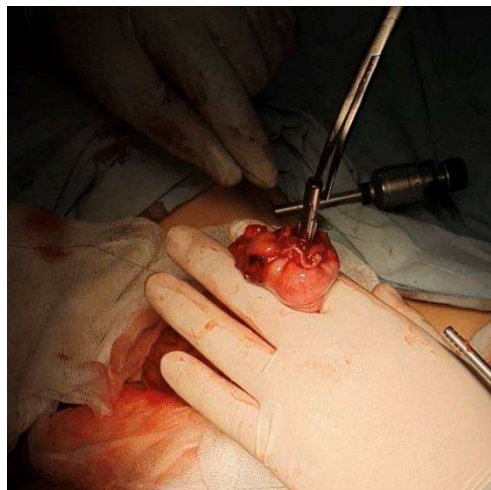


Рис. 7. Установка головки сшивающего аппарата.

Интракорпорально непрерывность толстой кишки восстанавливался с наложением трансверзо-ректо анастомоза конец в конец, аппаратным способом (рис.8,9). Общая продолжительность операции не превышала $92,4 \pm 5,6$ мин.

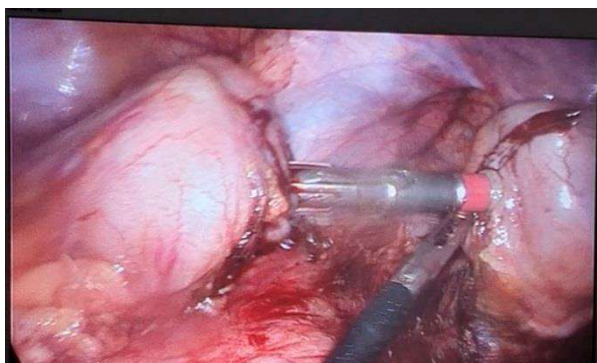


Рис. 8. Анастомоз аппаратным способом.

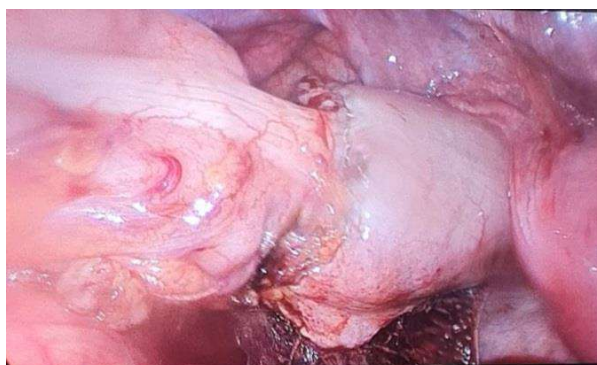


Рис. 9. Восстановление непрерывности толстой кишки.

Результаты: представлены основные характеристики оперативного вмешательства и раннего послеоперационного периода. В соответствии с представленными данными операции лапароскопической левосторонней гемиколэктомии выполнена 34 (36,9%) пациентам, а с лапаротомным путем левосторонней гемиколэктомии 58 (63,4%) пациентам. Средняя продолжительность

операций составила 92 мин. в основной группе, а в контрольной группе 118 мин (Таб.1). Во всех случаях установлен дренаж в малом тазу. Интраоперационных осложнений не отмечено. Анализ послеоперационных осложнений выявил при основной группе отмечено 3 (8,2%) осложнения, а в контрольной группе 8 (13,7%) случаев (диаграмма 1.).

Таблица 1 – Длительность операции (в минутах)

Группы Параметры	Основная группа (N=34) M ₁ ±m ₁	Доверительный интервал	Контрольная группа (N=58) M ₂ ±m ₂	Доверительный интервал	P-степень для достоверности M ₁ -M ₂
Длительность операции, мин	92,4 ±5,6 мин.	86,6; 93,0	118,8 ±8,7мин.	110,1; 120,5	<0,05

Пациенты после лапароскопических операции в среднем пребывали в стационаре

4 дня, а при открытых методах 10 дней (табл.2).

Таблица 2 – Сроки стационарного лечения (сутки)

Группы Параметры	Основная группа (N=34) M ₁ ±m ₁	Доверительный интервал	Контрольная группа (N=58) M ₂ ±m ₂	Доверительный интервал	P-степень для достоверности M ₁ -M ₂
Время пребывания в стационаре, сутки	4,14 ± 1,67	3,47;4,81	10,35 ± 2,47	9,88;10,82	<0,005

Особое внимание было обращено на частоту возникновения осложнений, что является основным показателем. Так в основной группе осложнения имели место у 3 (8,2%) из них нагноение послеоперационной раны, 2 (5,8%), гематома послеоперационной раны 1(2,9%) из 34 больных. А в контрольной группе из 70 у 8 (13.7%),из них нагноение послеоперационной раны 4(6,9%), послеоперационное кровотечение 1(1,7%),

несостоятельность анастомоза 2 (3,4%), гематома послеоперационной раны 1(1,7%), (рис. 10), что в 3 раза выше основной группы, что подтверждает преимущество лапароскопических операции при долихосигме и дивертикулезе левой половины толстой кишки перед открытым методом хирургического лечения. Результаты до и послеоперационного периода (рис. 11).

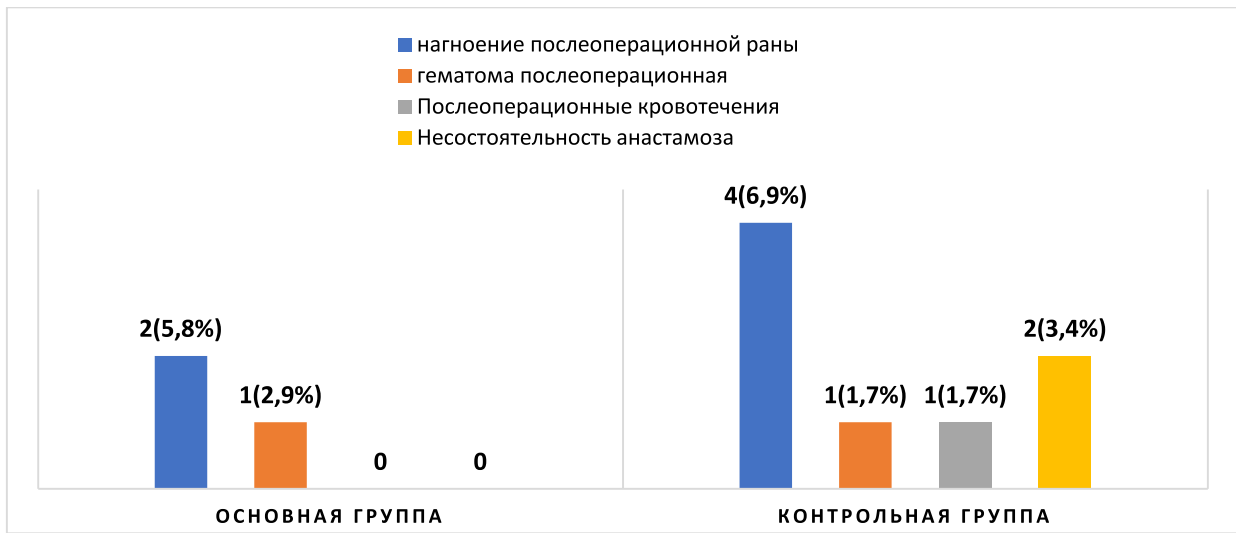


Рис. 10. Осложнения в основной и в контрольной группах.

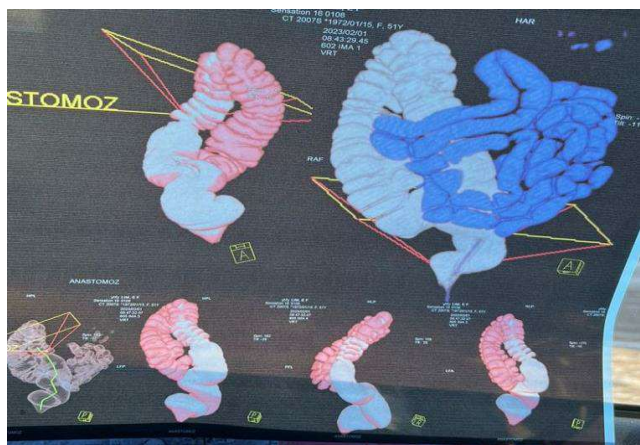
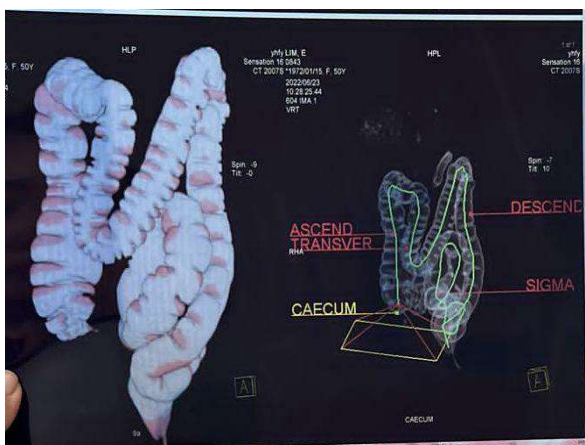


Рис. 11. Результаты до и послеоперационного периода.

Обсуждение. По данным многих авторов, лапароскопические методы показали эффективность, где осложнения были в 3,6% случаев, пребывание в стационаре 5,4±1,2дня. Результаты коррелируют с результатами других авторов [1,3,5]. Представленная работа имеет ряд методологических ограничений: ретроспективный характер, разнородные группы пациентов, что не позволяет доказательно представить безопасность

методики. Объективными ограничениями в использовании лапароскопического метода при неопухолевых заболеваниях в колоректальной хирургии можно рассматривать только общие противопоказания к наложению пневмоперитонеума, наличие выраженной кишечной непроходимости, значительного спаечного процесса в брюшной полости и наличие плотного воспалительного

инфильтрата. Однако ввиду того, что лапароскопические технологии находятся в начальной стадии распространения в Кыргызской Республике, представленный в статье опыт может быть полезен практикующим хирургам, внося вклад в прогресс современных лапароскопических технологий.

Заключение: использование лапароскопических технологий в колоректальной хирургии позволяет

выполнять полноценную ревизию органов брюшной полости, адекватные по объему хирургические вмешательства при наиболее распространенных колоректальных заболеваниях, способствует раннему восстановлению кишечной перистальтики и ранней активизации больных, уменьшает послеоперационный койко-день, а также уменьшает количество ранних послеоперационных осложнений.

Литература

1. Мадаминов А.М., Бектенов Б.А., Айсаев А.Ю. К вопросу хирургического лечения долихосигмы. *Вестник КазНМУ*. 2021;(2):19-24. <https://doi.org/10.53065/kaznmu.2021.29.19.04>
2. Мурадова Ш.М. Роль лапароскопии в лечении дивертикулеза толстой кишки. *Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана*. 2019;(2):25-27. <https://doi.org/10.31712/2221-7355-2019-9-2-188-192>
3. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Europe*. 1991;1(3):144-150.
4. Han Y., Lin M.B., He Y.G. et al. Laparoscopic surgery for inflammatory bowel disease. the experience in China. *J Invest Surg*. 2013;26(4): 180-185. <https://doi.org/10.3109/08941939.2012.732664>
5. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Насырина Т.А. Хирургические аспекты хронических запоров у взрослых. *Предупреждение и лечение запоров. Тезисы докладов*. Тула. 1986:8-10.
6. Pendlimari R, Touzios JG, Azodo IA, Chua HK, Dozois EJ, Cima RR et al. Short-term outcomes after elective minimally invasive colectomy for diverticulitis. *Br J Surg*. 2011;98(3): 431-435. <https://doi.org/10.1002/bjs.7345>
7. Темирбулатов В.М. Хирургическое лечение хронического колостазы. *Проблемы колопроктологии*. 2018;(4):583-587.
8. Kamm M.A. Left hemicolectomy with rectal excision for severe idiopathic constipation. *Int. J. Colorectal Dis*. 2017;6:49-51.
9. Авазканова Ш.Д. Лечение толстокишечного стаза, обусловленной долихосигмой. *Вестник КРСУ*. 2014;14(10): 60-63.

Для цитирования

Кубатбеков Р.К., Исаков М.Б., Токтогазиев Б.Т. Лапароскопические технологии в лечении неопухольных заболеваний в колоректальной хирургии. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2023;2:115-122. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_2_115

Сведения об авторах

Кубатбеков Рустам Кубатбекович – врач хирург Учебно-лечебно-научного медицинского Центра КГМА им. И.К.Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Исаков Муктарбек Бакубович – д.м.н., профессор, директор Учебно-лечебно-научного медицинского Центра КГМА им. И.К.Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Токтогазиев Бакыт Токтогазиевич – ассистент кафедры факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, заведующий отделением хирургии УЛНМЦ КГМА им. И.К.Ахунбаева. г. Бишкек, Кыргызская Республика.