



О. Б. Тимчук^{1,2},
М. А. Кашталъян¹,
В. Ю. Шаповалов¹

¹Одеський національний
медичний університет

²Військово-медичний клінічний
центр Східного регіону,
м. Дніпро

© Колектив авторів

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ТОВСТОКИШКОВИХ КРОВОТЕЧ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Реферат. Мета. Проаналізувати досвід лікування пацієнтів з дивертикулярною хворобою товстої кишки, ускладненою кровотечею

Матеріали і методи. Проаналізовано лікування 221 пацієнта, госпіталізованих в Військово-медичний клінічний центр Південного регіону м. Одеса, яким було виконано 263 оперативних втручання з приводу дивертикулярної хвороби товстої кишки та її ускладнень. Кишкову кровотечу, як причину госпіталізації відзначено у 17 (7,6 %) пацієнтів.

Результати та їх обговорення. В 9 пацієнтів вдалось зупинити кровотечу консервативними методами. 8 хворих були піддані оперативному лікуванню. Було виконано наступні оперативні втручання: лапароскопічна лівобічна геміколектомія (4), лапароскопічна резекція сигмовидної кишки (1), лівобічна геміколектомія (3), правобічна геміколектомія (1). При лапароскопічній лівобічній геміколектомії середня тривалість операції склала (205±12,5) хв. Середня тривалість післяопераційного періоду — (9,75±1,2) доби. При лівобічній традиційній геміколектомії — середня тривалість операції — (215 ± 16,3) хв, середня тривалість післяопераційного періоду — (14,5±2,1) доби.

Висновки. Наш досвід показав співвідносну тривалість оперативного втручання як в лапароскопічному, так і в «традиційному» відкритому варіанті, тривалість післяопераційного періоду при лапароскопічному втручанні нижча, інтенсивність болювого синдрому та час відновлення функції кишківника в групі пацієнтів, яким виконано лапароскопічні втручання також менший, в порівнянні з операціями з традиційного доступу.

Ключові слова: лапароскопія, товстокишкова кровотеча, дивертикулярна хвороба.

Вступ

Дивертикулярна хвороба товстої кишки (ДХТК) посідає провідне місце в структурі колопроктологічної патології. Частота її зустрічальності серед осіб похилого віку досягає 75 % [1].

Відмічається постійне зростання захворюваності на ДХТК в розвинутих країнах (з 0,58 до 1,20 на 1000 населення за останні роки), питання про тактику її лікування набуває значної актуальності. Ускладнення при ДХТК розвиваються у 5 % пацієнтів і складають до 5 % від усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Дивертикулярна кровотеча є найбільш поширеною причиною (до 50 %) раптової кровотечі з нижніх відділів травного тракту у дорослих [2].

Дослідження японських вчених встановили, що кумулятивна частота розвитку кровотеч з нижніх відділів травного тракту, викликаних

дивертикулярною хворобою складала 2 % через 5 років захворювання та 10 % через 10 років [3].

Патофізіологія дивертикулярної кровотечі детально не вивчена, однак в якості припущення наявні декілька механізмів, в тому числі:

місцева травматизація тканин від тиску калових мас в дивертикулі, які пошкоджують прилеглі судини

збільшення розмірів дивертикула, який розтягується та призводить до розриву кровоносних судин.

Наявні дослідження, які вказують на прийом НСПЗП, що підвищують ризик кровотеч з дивертикула [2]. Хоча більшість дивертикулів знаходяться в дистальних відділах товстої кишки, половина дивертикулярних кровотеч відбувається із-за дивертикулів, розташованих в правих відділах ободової кишки [1]. Серед пацієнтів з тотальним ураженням товстої кишки частота кровотеч значно вища [4].



Тому метою нашого дослідження було проаналізувати досвід лікування пацієнтів з ДХТК, ускладненою кровотечею, з використанням лапароскопічної техніки.

Матеріали і методи досліджень

За період 2004–2020 р. нами проаналізовано лікування 221 пацієнта, госпіталізованих у відділення абдомінальної, невідкладної хірургії та клініку колопроктології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеса, яким було виконано 263 оперативних втручання з приводу ДХТК та її ускладнень. Чоловіків було 118 (53,4 %), жінок 103 (46,6 %). Ускладнені форми ДХТК діагностовано у 186 (84,5 %) пацієнтів. Кишкову кровотечу, як причину госпіталізації, відзначено у 17 (7,6 %) пацієнтів. Серед них чоловіків було 11 (64,7 %), жінок 6 (35,3 %). Середній вік склав 68,7 р серед чоловіків та 73,5 р серед жінок. В 9 пацієнтів вдалось зупинити кровотечу консервативними методами. 8 хворих були піддані оперативному лікуванню. Серед них чоловіків — 6 (75 %), жінок — 2 (25 %). Усім пацієнтам лікування проведено в один етап. Показанням до оперативного втручання вважаємо відсутність ефекту від консервативної терапії — низький артеріальний тиск, незважаючи на консервативну терапію, триваючу кровотечу (об'єм гемотрансфузії більше 6 доз еритроцитарної маси) й неможливість встановити джерело кровотечі, незважаючи на проведені діагностичні процедури.

При обстеженні хворих застосовували стандартні методи клінічного обстеження, включаючи іригоскопію та колоноскопію, УЗД, КТ або МРТ черевної порожнини. При формуванні міжкишкових анастомозів використовували зшиваючі циркулярні апарати СЕЕА 31 фірми «Covidien», СДН 33 фірми «Ethicon». При відеоендоскопічних операціях використовували лапароскопічні стійкі фірм «ЕКОНТ», «KarlStorz» та «Olympus».

Результати досліджень та їх обговорення

Усім хворим при надходженні лікування починалось з консервативної гемостатичної терапії, направленої на зупинку кровотечі та стабілізацію вітальних функцій. За відсутності ефекту від консервативної терапії та при умові стабільного стану пацієнта, що дозволяє перенести карбоксиперітонеум, було виконано наступні оперативні втручання:

- лапароскопічна лівобічна геміколектомія у 4 пацієнтів, середня тривалість операції ($205 \pm 12,5$) хв.

Чоловіків було — 3, жінка — 1. Серед чоловіків в 1 випадку післяопераційний перебіг ускладнився внутрішньочеревною кровотечею, що потребувала релапароскопії та санації черевної порожнини на 1 добу післяопераційного періоду та призвела до смерті пацієнта. Середня тривалість післяопераційного періоду склала ($9,75 \pm 1,2$) доби.

- лапароскопічна резекція сигмовидної кишки — 1 пацієнт, жінка 79 років. Тривалість операції 80 хв. Тривалість післяопераційного періоду 8 діб.
- лівобічна «відкрита» геміколектомія — 3 пацієнти, середня тривалість операції ($215 \pm 16,3$) хв, середня тривалість післяопераційного періоду ($14,5 \pm 2,1$) доби.
- правобічна геміколектомія — 1 пацієнт чоловічої статі віком 52 р., тривалість операції 120 хв., післяопераційного періоду — 15 діб.

Оперативний метод лікування товстокишкової кровотечі, як ускладнення ДХТК, вважається досить «агресивним», особливо при лікуванні хворих похилого віку та з важкою супутньою патологією. Ця група пацієнтів також являється найменш толерантною до можливого ризику рецидиву кровотечі при консервативному методі лікування. Таким чином, хірургічний контроль за кровотечею в ранні строки може вважатись більш ефективним підходом. При верифікованій локації джерела кровотечі показано виконання сегментарних резекцій товстої кишки. Але адекватне ендоскопічне дослідження в умовах товстокишкової кровотечі можливе лише в 40–45 % випадків. Інші методи дослідження мають обмежені можливості для виявлення джерела кровотечі при невідкладних ситуаціях [7]. За даними деяких дослідників достовірно локалізувати джерело кровотечі можливо лише в 12–14 % випадків, тому виконання сегментарних резекцій можливе у обмеженої кількості пацієнтів. Геміколектомія з первинним анастомозом, на нашу думку, дозволяє досягнути ефективного гемостазу, має задовільні функціональні результати та більш низький рівень летальності й післяопераційних ускладнень ніж «сліпі» сегментарні резекції товстої кишки [5].

Висновки

Враховуючи малу кількість пацієнтів в вибірці, вести мову про статистичну достовірність отриманих результатів та їх адекватне порівняння не представляється можливим. Однак наш досвід лікування ДХТК, показав співвідносну тривалість оперативного втручання як в лапароскопічному, так і в «традиційному» від-



критому варіанті, при тому, що тривалість післяопераційного періоду при лапароскопічному втручанні значно нижча ($9,75 \pm 1,2$) доби проти ($14,5 \pm 2,1$) доби після відкритого втручання, інтенсивність болювого синдрому та час відновлення функції кишківника в групі пацієнтів, яким виконано лапароскопічні втручання та-

кож на порядок нижча в порівнянні з операціями з традиційного доступу.

На нашу думку використання лапароскопічних технологій в лікуванні товстокишкових кровотеч, як ускладнення ДХТК, потребує подальшого вивчення та має перспективи для розвитку.

REFERENCES

1. Boynton W, Floch M: New strategies for the management of diverticular disease: In sights for the clinician. Therap Adv Gastroenterol 6(3):205–213, 2013. doi: 10.1177/1756283X13478679.
2. Elisei W, Tursi A: Recent advances in the treatment of colonic diverticular disease and prevention of acute diverticulitis. Ann Gastroenterol 29(1):24–32, 2016.
3. Farell JJ. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21: 1281-1298
4. Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, Rafferty JF. Practiceparameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2014;57: 284–294.

ЛАПАРОСКОПИЯ
В ЛЕЧЕНИИ
ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ,
КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
ДИВЕРТИКУЛЯРНО
БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ
КИШКИ

*О. Б. Тымчук,
М. А. Кашталъян,
В. Ю. Шаповалов*

Реферат. *Цель* — проанализировать опыт лечения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки, осложненной кровотечением

Материалы и методы. Проанализировано лечение 221 пациента, госпитализированных в Военно-медицинский клинический центр Южного региона г. Одесса, которым было выполнено 263 оперативных вмешательства по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки и ее осложнений. Кишечное кровотечение, как причину госпитализации отмечено у 17 (7,6 %) пациентов.

Результаты и их обсуждение. У 9 пациентов удалось остановить кровотечение консервативными методами. 8 больных были подвергнуты оперативному лечению. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия (4), лапароскопическая резекция сигмовидной кишки (1), левосторонняя гемиколэктомия (3), правосторонняя гемиколэктомия (1). При лапароскопической левосторонней гемиколэктомии средняя продолжительность операции составила ($205 \pm 12,5$) мин. Средняя продолжительность послеоперационного периода — ($9,75 \pm 1,2$) суток. Средняя продолжительность послеоперационного периода — ($9,75 \pm 1,2$) суток. При левосторонней традиционной гемиколэктомии — средняя продолжительность операции — ($215 \pm 16,3$) мин, средняя продолжительность послеоперационного периода — ($14,5 \pm 2,1$) суток.

Выводы. Наш опыт показал соотносительную продолжительность оперативного вмешательства как в лапароскопическом, так и в «традиционном» открытом варианте, продолжительность послеоперационного периода при лапароскопическом вмешательстве ниже, интенсивность болевого синдрома и время восстановления функции кишечника в группе пациентов, которым выполнено лапароскопические вмешательства также меньше, в сравнении с операциями с традиционного доступа.

Ключевые слова: *лапароскопия, толстокишечное кровотечение, дивертикулярная болезнь.*



LAPAROSCOPY IN THE
TREATMENT OF COLONIC
DIVERTICULAR BLEEDING

*O. B. Tymchuk,
M. A. Kashtalyan,
V. Yu. Shapovalov*

Summary. Objective. To analyze the experience of treatment of patients with diverticular disease of the colon, complicated by bleeding.

Materials and methods. Analyzed the treatment of 221 patients, hospitalized in the Military Medical Clinical Center of the Southern region of Odessa, who underwent 263 surgeries for diverticular disease of the colon and its complications. Intestinal bleeding as a cause of hospitalization was noted in 17 (7.6 %) patients.

Results and discussion. In 9 patients, bleeding was stopped by conservative methods. 8 patients underwent surgical treatment. The following surgical interventions were performed: laparoscopic left hemicolectomy (4), laparoscopic resection of the sigmoid colon (1), left hemicolectomy (3), righthemicolectomy (1). At laparoscopic left hemicolectomy the average duration of operation made $(205 \pm 12,5)$ min. The average duration of the postoperative period was (9.75 ± 1.2) days. The average duration of the postoperative period was (9.75 ± 1.2) days. With left-sided traditional hemicolectomy — the average duration of the operation — (215 ± 16.3) min, the average duration of the postoperative period — (14.5 ± 2.1) days.

Conclusions. Our experience showed the relative duration of surgery in both laparoscopic and «traditional» open, the duration of the postoperative period with laparoscopic intervention is lower, the intensity of pain and recovery time of bowel function in the group of patients who also performed laparoscopic surgery. compared to traditional access operations.

Key words: *laparoscopy, colonic bleeding, diverticular disease.*