



М. А. Каштальян¹,
О. Б. Тимчук²,
І. П. Кураченко²

¹Одеський національний
медичний університет,
м. Одеса

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

© Колектив авторів

ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ЛАВАЖ У ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО І КАЛОВОГО ПЕРИТОНІТУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Резюме. Частота виникнення дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК) значно зросла. Ускладнення її зустрічаються у 40-42 % пацієнтів, частота перфорації дивертикула становить близько 3,3 %.

Матеріали і методи. В статті приведені результати лікування 129 пацієнтів, які були прооперовані з приводу ускладнених перитонітом форм ДХТК.

Результати досліджень та їх обговорення. В дослідженні встановлено, що оперативне лікування хворих з ускладненою ДХТК в стадії Hinchey III-IV краще проводити по методиці лапароскопічного перитонеального лаважа. Лапароскопічний підхід продемонстрував ряд переваг: менший розмір рани, коротший період втрати працездатності, раннє відновлення ентерального харчування та скорочення періоду перебування в стаціонарі.

Висновки. Виконання лапароскопічного перитонеального лаважа у пацієнтів з перфоративним дивертикулітом, ускладненим гнійним перитонітом, є альтернативою операції Гартмана чи резекції кишки з первинним анастомозом.

Ключові слова: дивертикулярна хвороба товстої кишки, лапароскопія, перитонеальний лаваж.

Вступ

Частота виникнення дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК) значно зросла протягом останніх десятиліть та для прикладу у осіб зрілого та старечого віку досягає 75 % [1, 4]. Ускладнення ДХТК зустрічаються у 40-42 % пацієнтів, частота перфорації дивертикула становить близько 3,3 % серед хворих на ДХТК як при клінічно вираженому, так і при безсимптомному перебігу хвороби. [3]. Перфорація дивертикула є четвертою по частоті причиною ургентного оперативного лікування після гострого апендициту, перфоративної гастродуоденальної виразки та кишкової непрохідності, та третім за частотою показом до формування колостоми. При чому післяопераційна летальність продовжує залишатись високою – 1 % і більше [2]. Перша хірургічна методика лікування перфоративного дивертикуліту, відома як «трюхетапне лікування», була розроблена в клініці Мейо (1924). Методика полягає в виведенні колостоми на рівні поперечно-ободової кишки, дрениванні черевної порожнини, резекції ураженої кишки через 3-6 місяців та закриття колостоми через 3-6 місяців. Другий метод, «двохетапний», відомий як операція Гартмана, вперше був виконаний Гартманом в 1921 році для виконання резекції сигмоподібної кишки в лікуванні непластичних захворювань. Він представляє собою сегментарну резекцію ободової кишки без первинного анастомозу,

але з кінцевою колостою. Безперервність кишки може бути відновлена під час другої операції, яка виконується через 3–6 місяців. Операція Гартмана широко використовується з 1950-х р., але має високий рівень ускладнень (до 33 %), і летальність до 19 % [4]. В 2000 р. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) відмітила, що для більшості пацієнтів не рекомендують використовувати трюхетапну тактику. Таким чином операція Гартмана стала «золотим стандартом» в лікуванні ускладненої ДХТК [4]. Третій метод — одномоментна резекція товстої кишки з анастомозом з формуванням петлевої ілео- і колостоми. Даний метод лікування характеризується високим рівнем ускладнень (до 29 %) і летальності (до 9 %) [1]. 1996 року О'Салліван запропонував методику лапароскопічного перитонеального лаважа з дрениванням черевної порожнини (LLD) у пацієнтів з розповсюдженим гнійним перитонітом після перфорації дивертикула при відсутності масивного калового забруднення черевної порожнини. У 2014 р. ASCRS опублікувала «Практичні аспекти лікування дивертикулярної хвороби сигмоподібної кишки» і заявила про недостатню кількість існуючої літератури по перитонеальному лаважу, що є причиною недостатньо широкого застосування даної методики в практиці. Після проведених досліджень вони прийшли до висновку, що LLD слід розглядати як ефективний і безпечний варіант

лікування пацієнтів Hinchey III стадії, що дозволяє уникнути операції Гартмана. Кількість ускладнень складає при цьому 35-38 %, летальність 5-7 % [3].

Мета роботи

Оцінити методику лапароскопічного перитонеального лаважа в лікуванні ускладненої ДХТК.

Матеріали і методи досліджень

За період 2004–2019 рр. проведено аналіз лікування 129 пацієнтів, госпіталізованих в відділення абдомінальної, невідкладної хірургії та клініку колопроктології ВМКЦ ПР (Одеса), яким було виконано 141 оперативне втручання з приводу ДХТК та її ускладнень. Чоловіків було 72 (55,8 %), жінок 57 (44,2 %). Ускладнені форми ДХТК діагностовано у 110 (86,0 %) пацієнтів. Гострий дивертикуліт з запальними змінами в стінці кишки виявлено у 36 (32,4 %) пацієнтів, перфорація дивертикула — у 57 (51,4 %) пацієнтів, кишкова кровотеча була у 12 (10,8 %) хворих, кишкові нориці — у 5 (5,4 %) хворих. В ургентному порядку виконано 105 (74,4 %) операцій, з них 43 (41,4 %) — з використанням відеоендоскопічних технологій, відкритим способом — 62 (58,6 %) операції. У 16 (15,2 %) пацієнтів на стадії Hinchey I–II лапароскопія обмежилась діагностичним етапом, у 8 пацієнтів на стадії Hinchey III виконано LLD (без стоми). Перитонеальний лаваж з лапароскопічною сигмостомією з приводу перфорації дивертикула виконано 15 (14,3 %) хворим в стадії Hinchey III–IV. В наступному хворим проведено планове оперативне лікування. Лапароскопічно асистована лівобічна геміколектомія при кровотечі, як ускладненні як ускладненні дивертикулярної хвороби — виконана 2 пацієнтам (3,4 %), при перфорації дивертикула — 4 пацієнтам (6,8 %).

Серед відкритих операцій, виконаних ургентно, операція Гартмана мала місце в 32 (31,4 %) випадках, лівобічна геміколектомія — 11 (10,0 %), резекція сигмовидної кишки — 6 (5,7 %), екстраперитонізація сигмовидної кишки — 5 (4,4 %), сигмоїдектомія — 3 (2,8 %), сигмостомія на рівні перфорації кишки — 3 (2,8 %), правобічна геміколектомія — 2 (1,9 %) хворим.

Результати досліджень та їх обговорення

При лапароскопічному перитонеальному лаважі середній ліжко день склав $7 \pm 1,9$. При операціях по типу Гартмана $12 \pm 2,1$ доби, при

резекції сигмовидної кишки з первинним анастомозом ($13 \pm 3,1$) доби.

В групі пацієнтів, оперованих лапароскопічно, відсоток післяопераційних ускладнень склав 4 (17,4 %), при операції по типу Гартмана 10 (31,3 %), резекція сигмовидної кишки з первинним анастомозом — 4 (25 %).

Летальних випадків при LLD не було, при операціях по типу Гартмана: 5 пацієнтів (15,6 %), при резекції сигмовидної кишки з первинним анастомозом помер 1 пацієнт (6,25 %).

Історично, хірургічне лікування ускладненої дивертикулярної хвороби складалося з лапаротомії, резекції товстої кишки та кінцевої колостоми (операція Гартмана). Сьогодні існує певна дискусія щодо ролі первинного колоректального анастомозу з формуванням захисної стоми або без неї та доцільності використання лапароскопічного доступу. Лапароскопічний підхід продемонстрував ряд переваг, такі як менший розмір рани, коротший період втрати працездатності, раннє відновлення ентерального харчування та скорочення періоду перебування в стаціонарі. Оскільки малоінвазивний підхід пропонує важливі переваги, LLD та лапароскопічна резекція сигмоподібної кишки з причини рецидивуючого дивертикуліту є однією з найпоширеніших процедур, що проводиться в колоректальній хірургії у світі.

Каруї та ін. повідомили, що LLD при ускладненому дивертикуліті Гінчі III є ефективною та безпечною альтернативою резекції товстої кишки з первинним анастомозом або захисною стомою, і продемонстрували, що вона скорочує перебування в лікарні, дозволяє уникнути стоми у більшості пацієнтів і зменшує рівень післяопераційних ускладнень. Ця процедура виглядає перспективною для окремих пацієнтів. Однак, перш ніж отримати клінічні рекомендації, слід провести більше досліджень, що порівнюють LLD з лапароскопічною резекцією сигмоподібної кишки з первинним анастомозом.

Висновки

Виконання лапароскопічного перитонеального лаважа у пацієнтів з перфоративним дивертикулітом, ускладненим гнійним перитонітом, є альтернативою операції Гартмана чи резекції кишки з первинним анастомозом (з превентивною стомою), про що свідчить менша летальність та нижчий рівень ускладнень та ліжкоднів. Обмеженням до застосування цієї методики вважаємо важкий стан пацієнта внаслідок інтоксикації і розлитого калового перитоніту (Hinchey IV).



ЛІТЕРАТУРА

1. Feingold D, Steele SR, Lee S, Kaiser A, Boushey R, Buie WD, Rafferty JF. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:284–294.
2. Jensen CC, Prasad LM, Abcarian H. Cost-effectiveness of laparoscopic vs open resection for colon and rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:1017–1023.
3. Klarenbeek BR, Bergamaschi R, Veenhof AA, van der Peet DL, van den Broek WT, de Lange ES, Bemelman WA, Heres P, Lacy AM, Cuesta MA. Laparoscopic versus open sigmoid resection for diverticular disease: follow-up assessment of the randomized control Sigma trial. *Surg Endosc*. 2011;25:1121–1126.
4. Letarte F, Hallet J, Drolet S, Charles Grigoire R, Bouchard A, Gagny JP, Thibault C, Bouchard P. Laparoscopic emergency surgery for diverticular disease that failed medical treatment: a valuable option? Results of a retrospective comparative cohort study. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:1395–1402.
5. Li D, Baxter NN, McLeod RS, Moineddin R, Wilton AS, Nathens AB. Evolving practice patterns in the management of acute colonic diverticulitis: a population-based analysis. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:1397–1405.
6. Rogers AC, Collins D, O’Sullivan GC, Winter DC. Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis: a population analysis. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:932–938.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ
ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ
ЛАВАЖ В ЛЕЧЕНИИ
ГНОЙНОГО И КАЛОВОГО
ПЕРИТОНИТА
КАК ОСЛОЖНЕНИЯ
ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ
БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ
КИШКИ

*М. А. Каштальян,
О. В. Тымчук,
И. П. Кураченко*

Резюме. Частота возникновения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) значительно выросла. Осложнения случаются у 40–42 % пациентов, частота перфорации дивертикула 3,3 %.

Материалы и методы. В статье приведены результаты лечения 129 пациентов, которые были прооперированы по поводу осложненной перитонитом форм ДБТК.

Результаты исследований и их обсуждение. В исследовании установлено, что оперативное лечение больных с осложненной формой ДБТК в стадии Хинчи III–IV лучше проводить по методике лапароскопического перитонеального лаважа. Лапароскопический подход продемонстрировал ряд преимуществ: уменьшение размеров раны, сокращение периода нетрудоспособности, более раннее восстановление энтерального питания, сокращение койко-дня.

Выводы. Лапароскопический перитонеальный лаваж у пациентов с разлитым перитонитом вследствие перфоративного дивертикула является альтернативой операции Гартмана или резекции кишки с первичным анастомозом.

Ключевые слова: дивертикулярная болезнь толстой кишки, лапароскопия, перитонеальный лаваж.

LAPAROSCOPIC
PERITONEAL LAVAGE IN
TREATMENT
OF PURULENT
AND FECAL PERITONITIS
AS COMPLICATIONS
OF THE COLONIC
DIVERTICULAR DISEASE

*M. A. Kashtalian,
O. V. Tymchuk,
I. P. Kurachenko*

Summary. The incidence of diverticular colon disease has increased significantly. Complications are found in 40–42 % of patients, the frequency of perforation of the diverticulum is about 3.3 %.

Materials and methods. The article presents the results of the treatment of 129 patients who were operated on for peritonitis complicated forms of diverticular colon disease.

Research results. The study found that surgical treatment of patients with complication in the Hinchey III–IV stage is best performed by the method of laparoscopic peritoneal lavage.

Discussion of research results. The laparoscopic approach has demonstrated a number of advantages: a smaller wound size, a shorter period of disability, an early recovery of enteral nutrition, and a shorter hospital stay.

Conclusions. Performing laparoscopic peritoneal lavage in patients with perforated diverticulitis complicated by purulent peritonitis is an alternative to Hartmann surgery or bowel resection with primary anastomosis.

Key words: colonic diverticular disease, laparoscopy, peritoneal lavage.