

# ЛАПАРОСКОПІЧНА ПРОКТОКОЛЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

*Кучер М., Криворук М., Криворук О., Шевелюк С.  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця*

Ефективність застосування лапароскопічних технологій для хірургічного лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) є предметом дискусії на сучасному етапі опрацювання проблеми.

**Мета даної роботи** – поліпшити безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування хворих на НВК шляхом удосконалення хірургічної тактики лікування з використанням лапароскопічних технологій оперування.

## Матеріал і методи

Проаналізовані результати операцій у 104 хворих за період 1999–2010 рр., зокрема у 33 пацієнтів, які перенесли проктоколектомію лапароскопічним способом. Первинну реконструктивно-відновну проктоколектомію лапароскопічним способом з формуванням тонкокишкового резервуару і резервуарно-анального анастомозу виконали у 8 пацієнтів, оперованих у плановому порядку. Лапароскопічну консервативну тотальну колектомію (з обструктивною низькою передньою резекцією прямої кишки і термінальною ілеостомією) застосували у 25 хворих на фульмінантний коліт за невідкладними показаннями. Реконструктивно-відновну операцію (формування тонкокишкового неоректуму) з лапароскопічною асистенцією як другий етап хірургічного лікування після консервативної колектомії виконали 12 хворим. Відкритим (лапаротомічним) способом виконали: первинну реконструктивно-відновну проктоколектомію – у 12 хворих; консервативну колектомію – у 59 хворих; реконструктивно-відновну операцію як другий етап хірургічного лікування – у 13 хворих.

У 22 випадках застосована оригінальна модифікація формування тонкокишкових резервуарів: J-подібних – 22; S-подібних – 6. Інші різновиди формування неоректуму мали місце у 12 пацієнтів. Трансанальну мукозектомію з формуванням резервуарно-анального анастомозу ручним способом застосували у 17 хворих, степлерний резервуарно-анальний анастомоз – у 23 хворих. У 95% випадків виводили тимчасову відвідну ілеостому. Вивчали безпосередні та віддалені функціональні результати операцій.

## Результати

Конверсія до лапаротомії мала місце у 2(6,0%) випадках. Післяопераційні ускладнення були у 24,2% хворих лапароскопічної групи проти 35,2% лапаротомічно групи. Післяопераційна летальність, відповідно, – 0 проти 4,2%. Толерантність до ентерального харчування наставала на добу раніше у хворих лапароскопічної групи. Післяопераційна злукова кишкова непрохідність виникла в одного (3,0%) пацієнта після лапароскопічної (з конверсією до лапаротомії) колектомії проти 7(9,9%) пацієнтів, оперованих відкритим способом. Середня частість дефекацій після реконструктивно-відновних операцій становила  $6,0 \pm 2,1$  разів на добу. Нічне нетримання кишкового вмісту протягом першого року після операції було у 25,9% пацієнтів (більшість з них перенесла трансанальну мукозектомію). Тонічне зусилля анального сфінктера у пацієнтів із задовільною функцією утримування кишкового вмісту було  $42 \pm 7$  мм рт.ст., вольове зусилля –  $110 \pm 11$  мм рт.ст. Ректо-анальний інгібіторний рефлекс був відсутнім у всіх пацієнтів. Середня ємність тонкокишкового резервуару була  $160 \pm 19$  мл через 6 місяців після закриття відвідної ілеостоми і  $280 \pm 23$  мл – через 12 місяців.

## Висновки

Основні переваги лапароскопічного способу виконання колектомії – менша частість, у порівнянні з аналогічними відкритими операціями, післяопераційних ускладнень, швидші темпи відновлення перорального харчування і одужання, менший злуковий процес у черевній порожнині. Протипоказання до застосування лапароскопічного способу виконання проктоколектомії: перфорація кишкової стінки, токсична дилатація ободової кишки, поширений перитоніт, малігнізація. Функціональні результати залежали від порогової ємності тонкокишкового резервуару та утримуючої здатності анального сфінктера і не залежали від форми резервуару, від способу формування резервуарно-анального анастомозу, чи від способу виконання операції (лапароскопічного чи лапаротомічного).