

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

*Жандаров К.Н.<sup>1</sup>, Савицкий С.Э.<sup>1</sup>, Голышко П.В.<sup>1</sup>,  
Батаев С.А.<sup>2</sup>, Пыжевский И.В.<sup>1</sup>, Мицкевич В.А.<sup>1</sup>,  
Ушкевич А.Л.<sup>2</sup>, Белюк К.С.<sup>2</sup>, Беляев А.И.<sup>1</sup>*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»<sup>1</sup>,  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>,  
Гродно, Республика Беларусь

**Цель.** Показать возможность применения лапароскопических операций у ряда больных с патологией толстой кишки и тазовых органов.

**Материалы и методы.** За 3 года в онкологии № 1 и проктологическом отделениях УЗ «Гродненская областная клиническая больница» у больных со злокачественными и доброкачественными заболеваниями толстой и прямой кишки, различными видами пролапса тазовых органов с выпадением прямой кишки III степени (инконтиненция III ст.) и ректоцеле III степени произведено 137 лапароскопических операций. По показаниям с учетом предоперационного обследования при наличии доброкачественных и злокачественных новообразований толстой с прямой кишок выполнены: резекция ободочной кишки (31), левосторонняя гемиколэктомия (19), правосторонняя гемиколэктомия (9), передняя резекция прямой кишки (24), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (6), брюшноанальная резекция прямой кишки (7), тотальная колэктомия (4), реконструктивно-восстановительная операция при колостоме (11). Все операции выполняли по стандартным методикам с применением видеоассистированной лапароскопической техники согласно онкологическим принципам. Средняя продолжительность лапароскопических операций при первых оперативных вмешательствах была довольно высокой до 4,5–5 часов. В дальнейшем, по мере накопления навыков, она заметно снизилась и составила от 60±20 минут при резекции сигмовидной кишки до 2,5–4,5 ч при реконструктивно-восстановительных вмешательствах у больных с колостомами и тотальной колэктомии.

При пролапсе тазовых органов все операции выполнены с применением лапароскопических и видеоассистированных методик, разработанных в клинике, с использованием аллопротезирования. Для аллопротезирования использовали сосудистые протезы “Vascutec”, а для пластики ректоцеле сначала использовали полипропиленовую сетку, а затем также сосудистые протезы “Vascutec”. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем  $100 \pm 17$  минут. Методику и объем оперативного вмешательства выбирали индивидуально для каждого больного, в зависимости от предоперационного и интраоперационного обследований.

**Результаты.** В послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза отмечена после низкой передней (1) и брюшноанальной (2) резекций прямой кишки с наложением аппаратного циркулярного шва. В 2 случаях, хорошим послеоперационным дренированием и консервативными мероприятиями удалось ликвидировать микронесостоятельности, 1 больной оперирован повторно. Поэтому для профилактики несостоятельности в последующем применяли (при возможности), дополнительный ряд ручного шва и адекватное дополнительное дренирование брюшной полости и параректальной клетчатки. При патогистологических исследованиях в макропрепаратах находилось достаточное количество л/узлов (8–12), что говорит об адекватно выполненной лимфодиссекции.

Больные, оперированные по поводу пролапса тазовых органов, были осмотрены в среднем через 0,5–2 года после проведенного оперативного лечения, эпизодов рецидива пролапса не отмечено. При анкетировании результатами лечения больные довольны.

**Выводы.** Анализируя результаты выполненных лапароскопических вмешательств при патологии толстой кишки и тазовых органов, приходим к выводу о том, что практически весь спектр колопроктологических операций в онкологии и при патологии тазовых органов возможно и необходимо при соответствующих для этого показаниях, выполнять с применением лапароскопической техники.