
**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ
ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»**

Г. ДОНЕЦК, 7-8 НОЯБРЯ 2013 Г.

Я.С. Березницкий, Г.В. Астахов, Г.Г. Яроцкий, С.Н. Курьяк, С.Л. Малиновский

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Клиника общей и пластической хирургии «Гарвис», Днепропетровск

Реферат. Проанализирован опыт 36 лапароскопических вмешательств на толстой кишке. Лапароскопические операции в сравнении с традиционными оперативными вмешательствами имеют ряд преимуществ: короче койко-день, меньше кровопотеря, ранняя активизация пациента, менее выраженная послеоперационная боль.

Ключевые слова: лапароскопические операции, патология толстой кишки

До конца 80-х годов лапароскопию использовали, прежде всего, с диагностической целью. Развитие видеолапароскопии позволило освободить руки хирурга для выполнения манипуляций. Первая лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 1987 году, и с тех пор лапароскопическая хирургия получила широкое применение во всем мире. В 1991 году Jacobs M. et al. опубликовал первое сообщение о применении лапароскопической резекции толстой кишки при её раке. В 2008 году в результате рандомизированных многоцентровых исследований показано преимущество лапароскопических операций у пациентов с третьей стадией заболевания опухолями ободочной кишки [13]. В последние десять лет новые видеохирургические технологии уверенно заняли свое место в абдоминальной онкохирургии. Разработаны и активно применяются на практике лапароскопические операции на ободочной кишке [1,2,7,8] и верхнеампулярном отделе прямой кишки [1,5].

Основным способом лечения хирургической патологии толстой кишки на сегодняшний день остается «открытая» операция. Преимущества лапаротомии – это возможность оценки степени местного распространения процесса и возможность адекватного оперативного лечения при опухолях больших размеров, явлениях кишечной непроходимости. В то же время совершенствование техники лапароскопических вмешательств способствовало расширению показаний к их применению. Использование лапароскопических технологий позволяет минимизировать воздействие хирургической травмы на пациента и интраоперационную кровопотерю. Послеоперационный период протекает у таких пациентов легче и практически без боли. Быстрее восстанавливается функция кишечника. Сокращается время пребывания пациента на койке [3,4,9,11]. Лапароскопические вмешательства на толстой кишке не показаны: при больших опухолях (T4, нечувствительных к неоадьювантной химиотерапии), при местно распространенных опухолях, при обширном спаечном процессе органов брюшной полости, при явлениях кишечной непроходимости [6,10,12,14].

Целью работы было проанализировать собственный опыт лапароскопических вмешательств на толстой кишке.

Материал и методы

За период с октября 2009 по сентябрь 2012 года

было выполнено 36 лапароскопических операций на толстой кишке. У 32 человек операции были выполнены по поводу злокачественных новообразований, у одной пациентки – по поводу болезни Гиршпрунга, у одного пациента – по поводу язвенного колита, у одной пациентки – по поводу выпадения прямой кишки третьей степени и у одной пациентки – по поводу эндометриоза со стриктурой ректосигмоидального отдела толстой кишки. У пяти пациентов с опухолями толстой кишки операции начались лапароскопически, однако при дальнейшей ревизии была установлена значительная опухолевая инвазия в окружающие ткани, и операции были продолжены лапаротомным доступом. Нами выполнено: 8 правосторонних гемиколэктомий, 12 левосторонних гемиколэктомий, 4 резекции сигмовидной кишки, 6 низких передних резекций прямой кишки, 2 операции Гартмана, 2 экстирпации прямой кишки, 1 ректопексия по Чухриенко, 1 тотальная колэктомия. Средняя продолжительность операции составила 3,5 часа.

Лапароскопические операции по поводу онкологической патологии всегда проводились с соблюдением принципов абластики – операции начинались с выделения и пересечения питающих резецируемые участки сосудов, с дальнейшей лимфоаденэктомией в стандартных объемах. Мобилизацию проводили ультразвуковым диссектором Harmonik. Извлекали резецированную кишку через разрез на передней брюшной стенке до 8-10 см. При выполнении левосторонних гемиколонэктомий разрез выполняли над лобком по Пфанненштилю. При правосторонних гемиколонэктомиях разрез выполняли в подреберье справа. Тонко-толстокишечные анастомозы накладывались экстракорпорально ручным двухрядным узловым или непрерывным швом бок в бок. Толсто-толстокишечные анастомозы накладывали также экстракорпорально, двухрядным швом, конец в конец. Для наложения анастомозов с прямой кишкой использовали циркулярный сшивающий аппарат диаметром 35 мм. Герметичность аппаратного анастомоза проверяли пневматической пробой, когда полость малого таза над анастомозом заполнялась физ. раствором, а в прямую кишку через катетер Фоллея нагнетался воздух. Во всех случаях анастомозы были герметичны. Интраоперационная кровопотеря была минимальной и не потребовала дополнительной ге-

мотрансфузии. Пациенты активизировались на вторые сутки после операции. Болевой синдром после лапароскопических операций был невыраженным, и пациенты не нуждались в назначении наркотических анальгетиков. На вторые сутки восстанавливалась перистальтика кишечника. При гладко протекающем послеоперационном периоде пациенты выписывались из стационара на 7 сутки. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента после правосторонней гемиколэктомии с формированием ручного илео-трансверзоанастомоза «бок-в-бок» возникла клиника несостоятельности анастомоза, перитонита. При лапаротомии было выявлено, что анастомоз состоятелен, а в 2-3 см от него по ходу толстой кишки по противобрыжечному краю имеется перфоративное отверстие с ровными краями в диаметре 3-4 мм. Причиной перфорации, очевидно, была электротравма во время мобилизации. Было выполнено ушивание отверстия двухрядным швом. Пациентка выписалась из стационара на 9 сутки после релапаротомии.

Дважды после низких передних резекций, выполненных на фоне частичной кишечной непроходимости, на 5-6 сутки послеоперационного периода развилась несостоятельность анастомозов, которая не потребовала дополнительного хирургического лечения, а разрешилась на фоне консервативной терапии. У двух пациенток после низкой передней резекции прямой кишки развилось нагноение послеоперационной раны. Раны были санированы. На рану накладывались вторичные швы. Послеоперационные осложнения составили 13,8%. Следует отметить, что развитие этих осложнений произошло на этапах освоения метода.

Выводы:

1. Лапароскопические операции в сравнении с традиционными операциями на толстой кишке обладают рядом преимуществ: короче койко-день, меньше кровопотеря, ранняя активизация пациента, менее выраженная послеоперационная боль.

2. Лапароскопические операции более длительны по времени, у них высока себестоимость и труднее освоение, такие операции требуют дополнительных навыков в использовании сшивающих аппаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.Б. Лапароскопические технологии в коло-ректальной хирургии. – Москва, 2003. – С. 26-27
2. Александров В.Б., Александров К.Р. Лапароскопическая технология в колоректальной хирургии // Труды III-й Московской Ассамблеи «Здоровье столицы» (16-17 декабря 2004 г., Москва). – Москва, 2004. – С. 142
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. и соавт. Непосредственные и отдаленные результаты лапароскопически ассистированных операций у больных раком ободочной кишки // Эндоскопическая Хирургия. – 2004. – № 1. – С. 36-37.

4. Корнев Л.В., Виноградов Ю.А., Разбирин В.Н., Сологузов В.В., Гончаров А.И. Лапароскопическая экстирпация прямой кишки // Сборник тезисов «2-й Конгресс московских хирургов». 17-18 мая 2007
5. Хубезов Д.А., Пучков К.В. Лапароскопическая передняя резекция прямой кишки при раке // Эндоскопическая Хирургия. – 2007. – № 2. – С. 27-33
6. Bretagnol F., Rullier E., Couderc P. Technical and oncological feasibility of laparoscopic total mesorectal excision with pouch coloanal anastomosis for rectal cancer // Colorectal Dis. – 2003. – Vol. 5 (5). – P. 451-453
7. Denoya P. et al. Short-term outcomes of laparoscopic total mesorectal excision following neoadjuvant chemoradiotherapy // Surg. Endosc. – 2010. – Vol. 24 (4). – P. 933-938
8. Fleshman J.W. et al. Laparoscopic vs. open Abdominoperineal resection for cancer // Dis. Colon Rectum. – 1999. – Vol. 42. – P. 930-939
9. Hartley J.E. et al. Total Mesorectal excision: assessment of the laparoscopic approach // Dis. Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 315-321
10. Fleshman J.W. et al. Laparoscopic vs. open Abdominoperineal resection for cancer // Dis. Colon Rectum. – 1999. – Vol. 42. – P. 930-939
11. Hartley J.E. et al. Total Mesorectal excision: assessment of the laparoscopic approach // Dis. Colon Rectum. – 2001. – Vol. 44. – P. 315-321
12. Lacy A.M., Garcia-Valdecasas J.C., Pique J.M. Short term outcome analysis of a randomized study comparing laparoscopic vs. open colectomy for colon cancer // Surg. Endosc. – 1995. – N 9. – P. 1101-1105
13. Brachet Contul R., Parini D., Parini U., Morino M. Functional results of laparoscopic total mesorectal excision // Tesis of 12th International congress of the European Association for endoscopic surgery, 9-12 June 2004. – Barcelona, Spain. – P. 74

Я.С.Березницкий, Г.В.Астахов, Г.Г.Яроцкий,
С.М.Куриляк, С.Л.Малиновский

Досвід лапароскопічних втручань на товстій кишці

Проаналізований досвід 36 лапароскопічних втручань на товстій кишці. Лапароскопічні втручання у порівнянні з традиційними мають низку переваг: менший ліжко-день, менша крововтрата, рання активізація хворого, менший післяопераційний біль.

Y.Berezniy, G.Astakhov, G.Yarockiy, S.Kuriljak, S.Malinovskiy Experience of laparoscopic interventions on the colon

Experience of 36 laparoscopic interventions on the colon was analyzed. Laparoscopic interventions have certain advantages as compared with traditional operations: shorter hospital stay, less blood loss, early activation of a patient, less expressed post-operative pain.

Key words: laparoscopic surgery, colon

Поступила в редакцию 02.09.2013