

---

**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