

ЛАПАРОСКОПІЧНА КОЛОПРОКТОЛОГІЯ І ХІРУРГІЯ

ОПЫТ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Березницький Я. С., Астахов Г. В., Яроцкий Г. Г.

Дніпровська національна медична академія

Лапароскопическая колоректальная хирургия получила заслуженное признание как способ лечения различных доброкачественных и злокачественных заболеваний толстой кишки.

В период с 2009г. по 2016г. нами выполнено 69 лапароскопических операций на толстой кишке. Из пациентов — 24 (34%) мужчин, 45 (66%) женщин. Средний возраст оперированных составил 65,6 лет.

Из 69 пациентов — 66 прооперированы по поводу рака ободочной и прямой кишок, 3 — по поводу неспецифического язвенного колита, 1 пациентка — по поводу стенозирующего прямую кишку эндометриоидного узла и 1 пациентка — по поводу полного выпадения прямой кишки. Из прооперированных больных в 11 случаях выполнена правосторонняя, в 41 — левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки выполнена в 2 случаях, низкая передняя резекция прямой кишки — в 12, экстирпация прямой кишки с выведением концевой колостомы и тотальная колэктомия — по 1 случаю, 1 пациентке выполнена ректопексия с аллопластикой. Продолжительность операции варьировала от 150 до 230 минут, в среднем составляя 190 минут. Средний койко-день составил 9,7. Из 66 больных, прооперированных по поводу опухолей толстой кишки, у 4 пациентов размеры опухоли соответствовали T1, у 21 — T2, у 34 — T3 и у 8 больных опухоль проросла в окружающие органы и ткани.

Операции по поводу опухолей во всех случаях начинали с мобилизации устья сосудов, питающих отдел

кишки, подлежащий удалению. Во всех случаях проводили лифаденэктомию в объеме D2. Мобилизация выполнялась ультразвуковым диссектором. Магистральные сосуды пересекали после клипирования. При правосторонних, левосторонних гемиколэктомиях, резекциях сигмовидной кишки анастомоз накладывали экстракорпорально по типу "бок в бок" двухрядным непрерывным швом. При низких передних резекциях прямой кишки для наложения анастомоза использовали циркулярный сшивающий аппарат. У 12 пациентов операция была завершена наложением протективной стомы. У 7 больных была выведена трансверзостома, у 5 — еюностома.

Конверсией завершились 5 лапароскопических операций. Причины конверсий: травма мочеочника — 1, клинически узкий таз — 1, прорастание опухоли в тонкую кишку — 3. Осложнения, после операций: травма мочеочника — 3, перфорация стенки кишки в результате травмы — 2, кровотечение из средней прямокишечной артерии — 1, частичная несостоятельность анастомоза у 1 пациента. Подавляющая часть осложнений обусловлена освоением методики операции и распространённостью патологического процесса.

По сравнению с открытыми операциями лапароскопические вмешательства имеют неоспоримые преимущества: меньше послеоперационная боль, быстрее разрешается послеоперационный парез кишечника, пациент раньше возвращается к повседневной активности.

КРИТЕРІЇ ЗАСТОСУВАННЯ МАНУАЛЬНОЇ АСИСТЕНЦІЇ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕЗЕКЦІЙ ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПНЕВМОСИСТЕМ

Грубнік В. В., Величко В. В., Загороднюк О. М., Вододюк Р. Ю.

Одеський національний медичний університет

Актуальність теми. Використання лапароскопії в хірургії товстої кишки має принципові відмінності від інших операцій на органах черевної порожнини.

Застосування так званої мануальної асистенції на окремих етапах лапароскопічного втручання дозволяє

уникнути тих недоліків, які обмежують застосування лапароскопії в хірургії товстої кишки. Наскільки ж часто потрібно застосовувати мануальну асистенцію?

Мета роботи. Підвищити ефективність хірургічного лапароскопічного лікування захворювань товстої киш-

ки шляхом визначення критеріїв застосування до мануально асистованих лапароскопічних втручань.

Матеріали та методи досліджень. Робота базується на аналізі результатів лікування 242 хворих на захворювання товстої кишки, що знаходилися на лікуванні у відділеннях інвазивних методів діагностики та лікування та загальної хірургії Одеської обласної клінічної лікарні з 2000 р. по 2016 р.

Усі хворі були розподілені на 2 групи. 1 група, контрольна — 134 (55,4%) хворих, яким виконані традиційні лапароскопічні резекції товстої кишки (СЛО). 2 група, досліджувану, склали 108 (44,6%) хворих, яким виконані мануально асистовані лапароскопічні резекції товстої кишки (ЛОМА).

У 28 хворих, що були заплановані для виконання стандартних лапароскопічних втручань, вдалося продовжити лапароскопічну операцію за допомогою мануальної асистенції. Аналізуючи ці невдачі в групі стандартних лапароскопічних операцій, ми визначили, що в проблемних випадках можна уникати конверсії за рахунок використання мануальної асистенції з застосуванням спеціальних пневматичних систем.

Для виконання ЛОМА застосовували пристрій "Шлюз ЛМ—1".

Результати дослідження. Ускладнення після виконання мануально асистованих та стандартних лапароскопічних резекцій виникли відповідно у 3 (6,1%) та 4 (5,4%) пацієнтів ($p > 0,05$).

Аналіз результатів висвітлює переваги ЛОМА, як методу, який розширяє можливості лапароскопічної хірургії. Ситуації, при яких варто перетворювати стандартну лапароскопічну операцію в мануально асистовану: 1) значний злуковий процес у черевній порожнині; 2) проростання пухлини товстої кишки в сусідні органи; 3) запальні інфільтрати, мікроабсцеси, пухлини товстої кишки діаметром більш 6 см; 4) хронічна непрохідність товстої кишки; 5) невдалі спроби лігування магістральних судин засобами стандартної лапароскопії.

Висновки

Мануально асистовані резекції товстої кишки показані при: значному спайковому процесі, проростанні пухлини товстої кишки в сусідні органи, запальних інфільтратах, мікроабсцесах, пухлинах діаметром більш 6 см, хронічній непрохідності товстої кишки, невдалих спробах лігування магістральних судин засобами стандартної лапароскопії.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КУКОС "КИЕВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"

Кирсенко О. В.

КУКОС "Киевский областной онкологический диспансер"

Актуальность. Колоректальный рак является актуальной проблемой современной онкологии. Особое положение в ряду инновационных технологий в хирургическом лечении колоректального рака занимают лапароскопические хирургические вмешательства. Преимуществами лапароскопического доступа являются: минимальная травматичность; минимальная кровопотеря; уменьшение болевого синдрома; микрохирургическое увеличение, позволяющее детально визуализировать сосудистые и нервные структуры брюшной полости; короткие сроки пребывания в стационаре; быстрая реабилитация. В работе представлен собственный опыт применения лапароскопических технологий в условиях Областного онкологического диспансера Киевской области при лечении колоректального рака.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лапароскопических вмешательств у 35 больных колоректальным раком T1—4N0—2M0—1, находившихся на лечении в Киевском областном онкологическом диспансере с сентября 2013 по апрель 2016 г. Оценивались кровопотеря, время операции, частота и структура осложнений. Больным были выполнены различные лапароскопические вмешательства на ободочной и прямой

кишках. Тотальная мезоректумэктомия, как стандартная процедура при хирургическом лечении рака прямой кишки, была выполнена всем пациентам из лапароскопического доступа. При выполнении гемиколэктомии межкишечный анастомоз формировали ручным способом через минилапаротомную рану. При резекции сигмовидной кишки межкишечный анастомоз формировали ручным или аппаратным способом также через минилапаротомную рану. При резекции прямой кишки анастомоз формировали с использованием одноразового циркулярного степлера по типу "конец в конец". Превентивная трансверзостома накладывалась во всех случаях при передней резекции прямой кишки.

Результаты. В исследовании мы выявили такие преимущества лапароскопического доступа в хирургии колоректального рака: менее выраженный болевой синдром (наркотические анальгетики не применялись в 100% периоде, обезболивание достигалось введением НПВС 2—3 раза в сутки на протяжении 3 суток), уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре (на 3—5 дней, средний послеоперационный койко-день составил 5,2), быстрая реабилитация больных (сокращение сроков восстановления физической активности).