

**Денисенко В.Л.^{1,4}, Махмудов А.М.²,
Кутько Д.П.³, Фролов Л.А.⁴, Бухтаревич С.П.³,
Скудский М.М.³, Ерушевич А.В.³, Шапко Г.М.⁴**

¹УЗ «Витебский областной клинический
специализированный центр»,
Витебск, Республика Беларусь,

²ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь,

³УЗ «Витебский областной клинический
онкологический диспансер»,
Витебск, Республика Беларусь,

⁴УО «Витебский государственный медицинский
университет»,
Витебск, Республика Беларусь

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.

Введение. В соответствии с данными ВОЗ, рак толстой кишки занимает третье место в структуре онкологической патологии, а количество больных с запущенными формами заболевания достигает 70%. Одним из современных направлений в мировой хирургии является проведение лапароскопических оперативных вмешательств. По мнению многих авторов преимущества лапароскопической операции на прямой кишке заключаются не только в удобстве наложения анастомоза, но и в проведении ее мобилизации под контролем зрения, тогда как при традиционном вмешательстве это производится «в слепую». Положительным моментом лапароскопической операции является меньшая хирургическая травма, частота осложнений не превышающая 5% и практически отсутствие летальности.

Цель. Оценить возможность применения лапароскопической левосторонней гемиколэктомии для лечения колоректального рака.

Материалы и методы. На базе проктологического отделения учреждения здравоохранения «Витебский областной клинический специализированный центр» проведено лечение пациента В. (мужчина, 60 лет), который поступил в клинику 14.10.2014 г. с диагнозом рак нисходящего отдела ободочной кишки T1 N0 M0. При гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. 21.10.2014 г. выполнена фиброколоноскопия, при которой выявлена экзофитная опухоль 1,5x1,5x1,5 см. на расстоянии 45 см. от ануса, поверхность эрозирована, на глубине 70 см от ануса экзофитная опухоль 0,8x0,8x0,7 см (аденокарцинома). 29.10.14 г. произведена операция – лапароскопическая левосторонняя гемиколэктомия. Интраоперационно произведена фиброколоноскопия, во время которой легирована опухоль со стороны брюшной полости. Диссектором произведена мобилизация левой половины ободочной кишки по медиальной стороне и латеральной. Брыжеечные сосуды клиппированы и пересечены с помощью аппарата LigaSure. Дистальный уровень отсечения (10 см.

от опухоли) на уровне ректосигмоидного отдела отсечен линейным эндостеплером 60 мм. Проксимальный уровень отсечения (средняя треть поперечно-ободочной кишки). Произведена лапаротомия на 4 см. в левой подвздошной области. Через лапаротомное отверстие резецируемый участок кишки выводили из брюшной полости, и последнюю пересекали в средней третьей ободочной кишки. Не вводя в брюшную полость ободочную кишку накладывали кيسетный шов на проксимальный участок ободочной кишки. Проксимальный участок ободочной кишки затем возвращали в брюшную полость через разрез на передней брюшной стенке. Последнюю ушивали двухрядным швом. Введен циркулярный эндостеплер диаметром 28,5 мм. Кисетный шов затягивали и удерживали за концы нитей с тем, чтобы этот участок ободочной кишки можно было бы легко фиксировать. Заостренным концом основной части степлера прокалывает стенку культи прямой кишки и соединяли под контролем лапароскопа с проксимальным участком поперечно-ободочной кишки.

Результаты и обсуждения. Сформирован трансферзоректоанастомоз. Из степлера получены два «колечка» из стенки кишки, образовавшиеся после его срабатывания. Брюшная полость осушена и дренирована силиконовой трубкой 0,5 см. в диаметре. В послеоперационном периоде осложнений не было. 30.10.2014 г. пациент переведен из реанимационного отделения, к вечеру мог самостоятельно ходить. Пациент 6.11.2014 г. в удовлетворительном состоянии выписан на лечение по месту жительства. Данные литературы и проведенная операция предполагают, что лапароскопические операции связаны со сравнительно небольшим операционным риском. Так, послеоперационные осложнения при лапароскопическом способе выполнения операции развиваются практически втрое реже, чем при традиционных вмешательствах.

Выводы. Полученный опыт свидетельствует о том, что операции выполняемые по лапароскопическим технологиям позволяют выполнить оперативное вмешательство на ободочной кишке при различных ее заболеваниях. Применение лапароскопических технологий приводит к снижению интраоперационной травмы к уменьшению болевого синдрома, а также сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре.