

**Слободин Ю.В., Тихон Д.С., Самолук Б.Б.,
Сытник В.И., Сидоров С.А., Руденков М.П.,
Пакляк-Вольский И.И.**

ГУ “Республиканский клинический медицинский
центр”

Управления делами Президента Республики
Беларусь

г.Минск, Республика Беларусь

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ.

Введение. Многими исследованиями доказана эффективность выполнения лапароскопических резекций толстой кишки при злокачественной патологии с соблюдением всех онкологических принципов оперативных вмешательств без ущерба требуемого объема резекции и качества лимфодиссекции. В тоже время, лапароскопическая методика позволяет минимизировать размер операционных ран, сократить интраоперационную кровопотерю и интраоперационные осложнения, а также ранние послеоперационные осложнения, что позволяет обеспечить раннюю активизацию пациентов и сократить срок послеоперационной реабилитации.

Цель. Показать первый опыт центра в выполнении лапароскопической резекции левого фланга толстой кишки при злокачественной патологии.

Материалы и методы. За первые три месяца 2015г. на базе хирургического отделения центра выполнено три оперативных вмешательства на левом фланге толстой кишки лапароскопическим методом при злокачественной патологии. В первых двух случаях были выполнены этапы лапароскопической резекции, в третьем случае была выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с формированием аппаратного циркулярного трансанального прокто-десцендоанастомоза. Троякары устанавливались классическим методом: над пупком и в правой подвздошной области 10мм, в мезогастрии справа и слева 5мм. Принцип операции “медиадно-латерально”. Изначально мобилизовалась брыжейка левого фланга толстой кишки над аортой с выделением нижнебрыжеечной артерии (НБА), последняя в области отхождения от аорты клипировалась и пересекалась, далее в области дуодено-еюнального угла выделялась нижнебрыжеечная вена (НБВ), которая также клипировалась и пересекалась. В качестве энергии использовалась монополярная коагуляция и ультразвуковой диссектор. Брыжейка левого фланга толстой кишки мобилизовалась от фасции забрюшинного пространства на всем протяжении, что позволяет выполнить необходимый объем лимфодиссекции. После этого выполнялась мобилизация левого фланга толстой кишки по латеральному краю. В первом случае, по причине высокого индекса массы тела у пациента (34,3) и небольшого опыта в данных операциях, у нас были трудности с выделением НБА в области ее устья, что явилось причиной перехода на лапаротомию. Во втором случае опухоль сигмовидной кишки находилась рядом с мочеточником и учитывая, опять же, небольшой опыт данных операций, в целях исключения повреждения мочеточника, был выполнен переход на лапаротомию. В третьем случае у пациента (мужчина 61 года) имел место рак сигмовидной кишки на фоне

долихосигмы. После мобилизации левого фланга толстой кишки по вышеописанной методике мы выполнили также мобилизацию ректосигмоидного отдела с соблюдением принципов лимфодиссекции. Учитывая, что опухоль не прорастала стенку толстой кишки на всю толщу, была выполнена интраоперационно колоноскопия и клипсой со стороны брюшной полости помечена зона опухоли. Далее в дистальном отделе перпендикулярно кишке пересечена брыжейка кишки в области предполагаемого отсечения с клипированием и пересечением верхнепрямкишечной артерии. Кишка несколько ниже promontorius пересечена лапароскопическим линейным сшивающим аппаратом. Далее над пупком была выполнена лапаротомия длиной 6см, в которую был установлен рукав “hand port” и в рану выведен мобилизованный левый фланг толстой кишки с опухолью. Выполнена резекция сигмовидной кишки с соблюдением онкологических принципов, брыжейка пересечена перпендикулярно уровню отсечения толстой кишки. В проксимальную часть кишки установлена головка сшивающего аппарата, кишка погружена в брюшную полость. После этого был выполнен трансанальный аппаратный циркулярный десцендо-проктоанастомоз (диаметр кассеты 31мм). В полость малого таза установлен контрольный ПХВ дренаж. Общая кровопотеря около 100мл.

Результаты и обсуждение. Активизация пациента начата на следующие сутки после операции. ПХВ дренаж удален также через сутки после операции. На 7-е послеоперационные сутки у пациента имел место полноценный стул. Выписан пациент на амбулаторное лечение на 12-е сутки после операции. Данные гистологического заключения: аденокарцинома сигмовидной кишки TisNoMo Gr1, что исключает необходимость адъювантной химио-и лучевой терапии.

Выводы. Лапароскопическая резекция толстой кишки при злокачественной патологии является операцией выбора при соблюдении ряда условий: наличие в центре специалистов владеющих техникой лапароскопических операций, четкое знание анатомии и соотношения структур в зоне операции, полное соблюдение онкологических принципов хирургического вмешательства (необходимый объем лимфодиссекции и объема резекции пораженного органа, при необходимости выполнение неoadъювантной терапии). Данная методика является безопасной для пациента, позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, дает возможность ранней активизации пациента и более быстрой его реабилитации.