

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Кутузов А.В.¹, Ролевич И.И., Мороз Е.Г.², Алехнович В.Ю.,
Поддубный И.К., Гончаров С.В., Дятко А.М., Гецадзе Г.Н.,
Михайлова Н.А.*

¹УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»,
г. Минск, Республика Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Лапароскопические операции получают все более широкое распространение в клинической практике, зарекомендовав себя как эффективный и безопасный метод выполнения хирургического вмешательства. Накопление опыта и совершенствование техники этих операций позволило улучшить качество оказания медицинской помощи больным с раком прямой и ободочной кишки.

Цель. Оценить непосредственные результаты выполнения лапароскопических и видеоассистированных операций у больных раком прямой и ободочной кишки на основании 3-летнего опыта применения этого метода.

Материалы и методы. За период с января 2018 года по май 2021 года во 2 онкохирургическом отделении Минского городского клинического диспансера выполнено 217 операций у пациентов с раком прямой и ободочной кишки. Операции были выполнены у 127 (58%) женщин и 90 (42%) мужчин. Средний возраст женщин составил 62,2 лет, мужчин – 58 лет.

У оперированных пациентов был диагностирован колоректальный рак следующих локализаций: рак сигмовидной кишки – 110 (50,7%), рак селезеночного изгиба – у 11 (5,1%), рак восходящего отдела – у 40 (18,4%), рак нисходящего отдела ободочной кишки – у 10 (4,5%), рак ректосигмоидного соединения и прямой кишки – у 49 (21,3%).

Результаты. Лапароскопические операции, как правило, выполнялись по плановым показаниям, у 1 пациента была выполнена экстренная лапароскопия в связи с подозрением на перфорацию сигмовидной кишки.

У 21 пациента лапароскопия имела диагностическое значение – выполнялась биопсия опухоли, у остальных пациентов выполнены симптоматические (колостомия), паллиативные, радикальные и реконструктивные (после операции Гартмана) операции.

У 2 пациентов выполнена лапароскопическая лимфодиссекция по поводу метастазов колоректального рака в забрюшинные лимфоузлы. У 19 – реконструктивная операция после операции Гартмана. У 1 пациента – радиочастотная абляция опухоли печени электродом под контролем лапароскопа.

Средний койко-день составил 11,2 дня причем средняя продолжительность послеоперационного периода – 6,1 день, что было значительно меньше, чем у пациентов, у которых оперативное вмешательство выполнялось через лапаротомию (17,2).

Длительность лапароскопического оперативного вмешательства составила: до 1,5 часов – у 72 (33,1%) пациентов, от 2 до 2,5 часов – 76 (35,2%) операций, 3-6 часов – 69 (31,7%) операций. Таким образом, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 2,2 часа. Качество выполнения аппаратного интракорпорального анастомоза проверялось методом пневмопрессии через кишечный зонд.

Были зарегистрированы следующие осложнения: после выполнения лапароскопического интракорпорального анастомоза у 3 пациентов диагностирована несостоятельность анастомоза. У 1 пациентки диагностирована несостоятельность после наложения экстракорпорального анастомоза при выполнении правосторонней гемиколэктомии. После выполнения экстренных операций все пациенты поправились, послеоперационной смертности не было. Кроме этого, у 3 пациентов зарегистрированы явления нагноения послеоперационной раны, через которую выводился удаленный препарат из брюшной полости. У 5 пациентов - отмечались серомы и гематомы послеоперационной раны, которые не повлияли на сроки послеоперационной госпитализации.

Выводы.

Лапароскопические операции сопровождаются менее выраженным болевым синдромом, позволяющим вдвое снизить дозы наркотических средств, более ранним восстановлением функции кишечника. Также происходит сокращение продолжительности пребывания больных в стационаре и более быстрое восстановление трудоспособности.

Комплексная оценка экономических затрат на выполнение лапароскопических операций показала, что, не смотря на увеличение стоимости самого оперативного вмешательства, общая стоимость лечения одного пациента на 8–10% ниже, чем при использовании традиционной техники оперативных вмешательств. Уменьшение затрат на лечение больных происходит за счет снижения частоты развития послеоперационных осложнений, более быстрого восстановления физической и социальной активности пациентов и, соответственно, уменьшения стоимости их послеоперационной реабилитации.