

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Козловский Д.С., Коновалов Ю.Е., Даниленко А.И.
УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер»*

Введение. Одним из крупнейших достижений в современной медицинской практике стало внедрение видеоассистированных операций при злокачественных новообразованиях желудка, ободочной и прямой кишки, что существенно изменило подход к оказанию медицинской помощи. В данной статье мы рассмотрим опыт выполнения видеоассистированных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях органов брюшной полости в УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер».

Цель. Оценить результаты применения видеоассистированных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях органов брюшной полости в УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер».

Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 67 пациентов со злокачественными новообразованиями брюшной полости, которые находились на лечение во 2-ом онкологическом хирургическом отделении УЗ «Могилевский областной онкологический диспансер» с июня 2022г. по август 2023г. и подверглись видеоассистированному хирургическому лечению. Выполнено 67 видеоассистированных операций. Число мужчин 28(41,79%), женщин - 39(58,21%). Средний возраст составил $63,75 \pm 9,11$ года($M \pm m$).

Структура выполненных видеоассистированных операций: дистальная субтотальная резекция желудка - 1, секторальная резекция желудка - 1, резекция тонкой кишки - 1, правосторонняя гемиколэктомия - 35, резекция поперечной ободочной кишки - 1, левосторонняя гемиколэктомия - 5, резекция сигмовидной кишки - 8, колонэктомия – 1, передняя резекция прямой кишки - 11, резекция стенки прямой кишки - 1, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки - 1, атипичная резекция печени - 1. Объем хирургического вмешательства соблюдался согласно клиническому протоколу «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». Формирование межкишечных анастомозов выполнялось экстракорпоральным способом.

Количество пациентов с колоректальным раком составило – 61(91,04%). Распределение по стадиям пациентов с колоректальным раком: 1 стадия – 4(6,56%), 2 стадия – 33(54,1%), 3 стадия – 22(36,07%), 4 стадия – 3(4,92%). Поражение региональных лимфатических узлов по заключению послеоперационного морфологического исследования отмечено у 19(31,15%) пациентов. Распределение пациентов по степени дифференцировки злокачественной опухоли: G1 - 20(32,77%), G2 – 29(47,54%), G3 – 12(19,67%). Из 11 передних резекций прямой кишки в 6 случаях был выполнен ручной анастомоз двухрядным швом, в 4 случаях – аппаратный анастомоз с

превентивной колостомией, в 1 случае – была выполнена обструктивная резекция прямой кишки. В одном случае у пациента, которому была выполнена видеоассистированная правосторонняя гемиколэктомия по поводу подозрения на рак слепой кишки с абсцедированием, по результату послеоперационного морфологического исследования злокачественного опухолевого роста не выявлено, окончательный диагноз: аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием. В одном случае пациенту была выполнена видеоассистированная резекция стенки прямой кишки с опухолью по поводу полипа прямой кишки с признаками малигнизации, послеоперационное заключение морфологического исследования: тубуло-виллезная аденома толстой кишки low-grad.

Видеоассистированная дистальная субтотальная резекция желудка, ГЭА по Ру, ЛАЭ Д-2 была выполнена 1 пациенту с диагнозом: рак нижней трети тела желудка. pT2N0M0. Стадия 1b.

Видеоассистированная секторальная резекция желудка была выполнена 1 пациенту с диагнозом: ГИСО тела желудка с низким митотическим индексом pT1N0M0. Стадия 1.

Лапароскопическая атипичная резекция S6 печени была выполнена 1 пациенту с диагнозом: Рак левой молочной железы, узловатая форма, верхненаружный квадрант. T1cN0M0. Стадия 1 Состояние: после мастэктомии по Маддену слева в 2016, 4 к ПХТ, лапароскопической двусторонней аднексэктомии в 2017. Прогрессия: МТС в печень. Заключение послеоперационного морфологического исследования: срез ткани печени с ростом инвазивной карциномы G II. Результат иммуногистохимического исследования: Estrogen: 3+, Progesteron: нет окрашивания ядер опухолевых клеток, Her2Neu: 0, Ki67: до 22%.

Видеоассистированная резекция тонкой кишки с опухолью, миомэктомия была выполнена 1 пациенту с диагнозом: ГИСО тонкой кишки с высоким митотическим индексом T3N0M0. Стадия 3. Лейомиома матки.

Результаты и обсуждение. Для анализа ближайших результатов лечения были рассчитаны следующие показатели: средняя длительность оперативного вмешательства, число послеоперационных осложнений, число конверсий, послеоперационный койко-день.

Среднее время операции составило – $193,76 \pm 55,22$ минут ($M \pm m$), дистальной субтотальной резекции желудка – 280 минут, секторальной резекции желудка – 80 минут, резекции тонкой кишки – 230 минут, правосторонней гемиколэктомии – $196,29 \pm 51,53$ минут ($M \pm m$), резекции поперечной ободочной кишки – 180 минут, левосторонней гемиколэктомии – 202 ± 63 минут ($M \pm m$), резекции сигмовидной кишки – $183 \pm 35,21$ минут ($M \pm m$), колонэктомии – 405 минут, передней резекции прямой кишки – $225,45 \pm 46$ минут ($M \pm m$), резекции стенки прямой кишки – 180 минут, брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки – 300 минут, атипичной резекции печени – 140 минут.

Число послеоперационных осложнений – 4 (5,97%), из них:

- 2(2,99%) перфорации тонкой кишки после правосторонней гемиколэктомии. В обоих случаях выполнена релапаротомия, ушивание перфорации тонкой кишки, дренирование брюшной полости. Послеоперационный койко-день у пациентов составил 42 и 19 дней. Выписаны в удовлетворительном состоянии.

- 1(1,49%) спаечная кишечная непроходимость после резекции участка стенки прямой кишки. Выполнена релапаротомия, висцеролиз, декомпрессия кишечника, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде у пациента развился острый панкреатит. Послеоперационный койко-день составил 37 дней. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

- 1(1,49%) несостоятельность анастомоза, пельвиоперитонит после паллиативной резекции сигмовидной кишки. Выполнена релапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки с анастомозом, дренирование брюшной полости. Послеоперационный койко-день составил - 29 дней. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Число конверсий: 2(2,99%), из них одна была выполнена из-за десатурации пациента после наложения карбоксиперитонеума, вторая – после проведения ревизии и обнаружения врастания опухоли в переднюю брюшную стенку и забрюшинную клетчатку с инвазией фасции Герота.

Послеоперационный койко-день составил: $9,93 \pm 6,03$ дней($M \pm m$), при выполнении дистальной субтотальной резекции желудка – 12 дней, секторальной резекции желудка – 8 дней, резекции тонкой кишки – 8 дней, правосторонней гемиколэктомии – $9,13 \pm 5,29$ дней($M \pm m$), резекции поперечной ободочной кишки – 8 дней, левосторонней гемиколэктомии - $9,2 \pm 1,31$ дней($M \pm m$), резекции сигмовидной кишки – $8,9 \pm 6,99$ дней($M \pm m$), колонэктомии – 15 дней, передней резекции прямой кишки - $12,13 \pm 1,85$ дней($M \pm m$), резекции стенки прямой кишки – 37 дней, брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки – 16 дней, атипичной резекции печени – 7 дней.

Также отмечено снижение длительности пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации, уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление функции кишечника и ранняя активизация пациентов, что способствует скорейшей реабилитации пациентов.

Выводы. Использование видеоассистированных хирургических вмешательств позволяет соблюдать объем хирургического лечения согласно клиническому протоколу «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований». Визуализация анатомических структур через эндоскопическое оборудование позволяет более точно проводить мобилизацию и минимизировать повреждение окружающих структур и тканей. Обучение хирургов и накопление опыта является критически важным для обеспечения безопасности видеоассистированных оперативных

вмешательств, при накоплении достаточного количества опыта выполнения лапароскопических операций на органах брюшной полости и навыков владения лапароскопическими инструментами позволит достичь снижения числа послеоперационных осложнений и сокращения времени оперативного вмешательства. Увеличение доли видеоассистированных операций позволит снизить длительность послеоперационного пребывания в стационаре.