

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПО ПОВОДУ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Дезорцев И.Л., Абелевич А.И., Ларин А.А., Вопилов Ю.Л., Ванцинова Е.В.

**Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова, колопроктологическое
отделение**

**Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко
Нижний Новгород, Россия**

Использование лапароскопических технологий в хирургическом лечении онкопроктологических больных с каждым годом приобретает все большее распространение. По данным разных авторов в специализированных колопроктологических клиниках до 90-95% операций может быть выполнено с применением данных методик [1]. Преимуществом этих операций является не столько косметический эффект, сколько тщательность поэтапной лимфодиссекции, анатомичность, малая травматичность [2-3]. При этом соблюдается онкологический радикализм, сохраняется возможность комбинированных и симультанных вмешательств [4-5].

Несмотря на постоянное совершенствование методик в «открытой» хирургии рака толстой кишки, частота послеоперационных осложнений остается стабильно высокой (20-25%) [6]. При лапароскопических технологиях малая травматичность и, как следствие, ранняя активизация больных снижают количество послеоперационных осложнений, являясь экономически более выгодными за счет уменьшения послеоперационного койко-дня.

Материалы и методы. С апреля 2013 по март 2015 года в колопроктологическом отделении Нижегородской областной больницы был прооперирован 171 пациент с применением лапароскопических технологий. Распределение по полу было следующим: 102 (60%) женщины и 69 (40%) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 34 до 88 лет и в среднем составил 67,5 лет. Все больные прооперированы по поводу колоректального рака. Стадирование по степени инвазивного роста опухоли: T1 - 8, T2 - 21, T3 - 89, T4 - 53. У 64 пациентов в секционном материале выявлено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. В 13 случаях выполнены симультанные операции: холецистэктомия – 9, овариозэктомия – 3, удаление миоматозного узла матки - 1. Наличие заинтересованности смежных анатомических структур потребовало выполнения комбинированных операций у 32 больных.

Характер местнораспространенного рака толстой кишки представлен в таблице №1

Таблица №1

Пораженная смежная анатомическая структура	количество
Тонкая кишка	2
Брюшная стенка	7
Семенные пузырьки	5
Паранефрон	4
Аппендикс	4
Влагалище	6
Другой сегмент толстой кишки	4

Сопутствующая патология была у 135 (79%) больных: гипертоническая болезнь – 53 (39%); ишемическая болезнь сердца – 42 (31%); сахарный диабет 2-го типа – 33 (24%), хроническая обструктивная болезнь легких – 6 (4%). 112 (83%) пациентов страдали двумя и более сопутствующими заболеваниями. У 48 пациентов ИМТ был больше 30, из них у 9 ИМТ больше 38.

Характер оперативных вмешательств представлен в таблице №2

Таблица №2

Название лапароскопической операции	количество
Правосторонняя гемиколэктомия	18
Левосторонняя гемиколэктомия	16
Экстирпация прямой кишки	44
Передняя аппаратная резекция прямой кишки	42
Резекция сигмовидной кишки	18
Обструктивная резекция прямой и сигмовидной кишки	32
Субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеосигмоанастомоза	1

Для точного интраоперационного определения топической локализации опухоли в ободочной кишке у больных с висцеральным ожирением и при небольших размерах опухоли использовали маркировку зоны опухоли при выполнении фиброколоноскопии. При этом красящее вещество вводили в стенку кишки на 5 см дистальнее нижнего края опухоли. Во всех случаях получили четкую интраоперационную визуализацию пораженного сегмента толстой кишки. У двух пациентов данная методика применена при раке верхне-

и среднеампулярного отдела прямой кишки. Это позволило точнее определять уровень мобилизации прямой кишки и с большей надежностью получить отрицательную дистальную границу резекции.

Во всех случаях нами применялась лапароскопическая стандартизированная методика медио-латеральной мобилизации с высоким лигированием сосудов и регионарной лимфодиссекцией. Мобилизацию проводили с применением монополярной коагуляции и ультразвукового скальпеля. Магистральные сосуды клипировали и пересекали с использованием биполярной коагуляции.

При удалении опухоли правой половины ободочной кишки медио-латеральная мобилизация начиналась с выделения и отдельного лигирования верхнебрыжеечных сосудов над местом разделения их на правые ободочные и подвздошно-ободочные сосуды. В дальнейшем мобилизация продолжалась под фасцией Тольдти бескровно, путем разделения тканей латерально до правого бокового канала и вверх до печени. Медиально под плоскостью мобилизации визуализировалась двенадцатиперстная кишка. При дальнейшем продвижении выделялись среднеободочные сосуды, и мобилизация заканчивалась вхождением в сальниковую сумку. Среднеободочные сосуды лигировались при локализации опухоли в правом изгибе ободочной кишки и в дистальных отделах поперечно-ободочной кишки. После этого, осуществляя попеременную тракцию за лишенный магистрального кровоснабжения мобилизованный комплекс, последовательно вскрывалась брюшина бокового канала и пересекалась желудочно-ободочная связка. Через параумбиликальный доступ, размеры которого определялись размерами опухоли (но не менее 4 см), мобилизованный комплекс извлекался наружу. Анастомоз формировался экстракорпорально с использованием 2-х линейных степлеров. Дополнительной перитонизации степлерного шва не проводили. Операцию заканчивали установкой одного пассивного дренажа через троакарный доступ и послойным ушиванием ран.

При выполнении оперативного вмешательства по поводу опухоли левой половины толстой кишки и опухоли прямой кишки операцию начинали с выделения нижнебрыжеечной артерии. Пересекали ее в 1 см от аорты, сохраняя нижние подчревные нервы. Дальше мобилизация продолжалась в эмбриональных слоях путем раздвигания тканей. Расположенную выше нижнюю брыжеечную вену использовали в виде «паруса». При необходимости мобилизации левого изгиба продвигались вверх под фасцией Тольдти, затем над передней поверхностью поджелудочной железы, входя в дальнейшем в сальниковую сумку. При опухоли проксимальной части левой половины толстой кишки формировали экстракорпоральный степлерный анастомоз через параумбиликальный доступ. При наличии кишечной непроходимости мобилизованный комплекс извлекали через доступ в левом мезогастррии, где заканчивали операцию формированием одноствольной (операция типа Гартмана) или двухствольной колостомы (операция типа Микулича). При опухолях дистальной части левой половины ободочной кишки формировали коло-ректальный анастомоз с использованием циркулярного сшивающего аппарата. В этих случаях превентивная стома не накладывалась.

При мобилизации прямой кишки после стандартной обработки нижнебрыжеечных сосудов оценивали необходимость мобилизации левого изгиба, которую выполняли в случае необходимости (короткая сигмовидная кишка, и, как следствие, прогнозируемые трудности при формировании колоректального анастомоза). Рутинно выполнялась аорто-подвздошная лимфодиссекция с удалением апикального узла и дальнейшей мобилизацией прямой кишки с соблюдением принципов нервосберегающей тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ). На данном этапе большую часть мобилизации выполняли монополярным крючком, что исключало эффект «заваривания» тканей и позволяло хорошо ориентироваться в нужном анатомическом пространстве с четкой визуализацией подчревных нервов на всех его этапах. Формирование «низкого» (после выполнения ТМЭ) коло-ректального анастомоза сопровождали наложением превентивной илеостомы в предварительно расширенное троакарное отверстие в правой подвздошной области. Впоследствии илеостому закрывали через 2 месяца. При выполнении экстирпации прямой кишки после стандартного абдоминального лапароскопического этапа и пересечения сигмовидной кишки в средней трети линейным степлером выполняли стандартный промежностный этап. Мобилизованный комплекс извлекался из промежностной раны. Промежностная рана поэтапно ушивалась. Тазовое дно не восстанавливалось. Операцию завершали формированием одноствольной сигмостомы и установкой пассивного дренажа в малый таз через троакарное отверстие в брюшной стенке.

Активизировали больных со вторых суток. Инфузионная терапия и антибиотикопрофилактика цефалоспоридами и метронидазолом проводилась в течении 2-5 суток. Дренажи удалялись после уменьшения количества отделяемого до 20-30 мл – обычно на 2-3 сутки. Выписка из стационара осуществлялась на 7-8 сутки.

Результаты. В представленной группе отмечено 9 (5%) ранних послеоперационных осложнений. Было 2 (1%) летальных исхода. Оба пациента погибли от массивной тромбоэмболии легочной артерии (подтвержденной на аутопсии). В первом случае мужчина 65 лет с инсулинзависимым сахарным диабетом 2-го типа погиб после стандартной лапароскопической экстирпации и обычного послеоперационного периода на 6 сутки во время прогулки. Женщина 76 лет с выраженной кардиологической патологией погибла после перенесенной обструктивной резекции прямой кишки по типу Гартмана на 7 сутки при посещении туалета. Всем этим больным проводилась стандартная тромбопрофилактика низкомолекулярными гепаринами. Осложнения, не приведшие к летальным исходам, наблюдались у 7 пациентов. В одном случае возникло раннее послеоперационное кровотечение, потребовавшее лапаротомии. У одного пациента несостоятельность колоректального аппаратного анастомоза на 7 сутки привела к формированию калового свища без разлитого перитонита, что потребовало наложения проксимальной стомы и дополнительного дренирования зоны анастомоза. У одного пациента возник некроз кишки, выведенной на стому, и у 4 пациентов отмечено нагноение раны после формирования экстракорпорального анастомоза. Необходимо отметить,

что наиболее тяжелые осложнения возникли на этапе освоения методики в течении первого года работы. Средняя продолжительность операции по мере накопления опыта сопоставима с операциями, выполняемыми в «открытой» хирургии, и составляла 130 ± 30 минут. Послеоперационный койко-день составил 11,4, а в последние 3 месяца – 9. Конверсий, обусловленных острым интраоперационным осложнением, не было. Случаи выявленной при лапароскопии диссеминации или выраженного местнораспространенного роста опухоли, воспалительных изменений, заставивших перейти на традиционную лапаротомию, не вошли в данное исследование.

Выводы. Использование дооперационной маркировки дистальной границы резекции позволяет точнее локализовать патологический процесс и с большей надежностью исключить вероятность «положительного» края резекции.

Использование лапароскопических методик может с успехом применяться у больных пожилого возраста, пациентов с сопутствующей патологией и ожирением.

По мере накопления опыта длительность операций сопоставима с таковой в «открытой» хирургии.

Применение лапароскопических технологий в лечении больных колоректальным раком позволяет снизить летальность и сократить количество послеоперационных осложнений.

Список литературы.

1. Шельгин Ю.А., Воробьев Г.И., Фролов С.А. и соавт. Лапароскопические операции у больных раком прямой кишки. // Практическая онкология. 2002. 3:2. С. 93-104.
2. Jayne D.G., Guillou J.P., Thorpe H. et al. Randomized Trial of Laparoscopic-Assisted Resection of Colorectal Carcinoma: 3-Year Results of the UKMRC CLASICC Trial Group. // JCO Jul.– 2007.– 20.– 3061-3068.
3. Алиев С.А. и соавт. Возможности лапароскопических технологий в хирургическом лечении рака толстой кишки. // Вестник хирургии им.И.И.Грекова-2013-№5-С.120-126.
4. H Jaap Bonjer. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. // Lancet Oncol 2005; 6: 477–484.
5. Seung-Yong Jeong et al. Open versus laparoscopic surgery for mid-rectal or low-rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy: survival outcomes of an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. // The Lancet Oncology, June 2014, 767 – 774.
6. Yamamoto S., Fujita S., Akasu T. et al. Wound infection after elective laparoscopic surgery for colorectal carcinoma. // Surg. Endosc. – 2007. 21:2248-52.

Регистрационная форма

Фамилия: Дезорцев

Имя: Илья

Отчество: Львович

Организация: Нижегородская областная клиническая больница им.
Н.А.Семашко

Должность: врач

Ученая степень: к.м.н.

Страна: Россия

Город: Нижний Новгород

П/индекс: 603163

Улица: Родионова, дом: 197, кор. 2, кв. 42

Телефон: +79519171008

E-mail: dezortsev-il@yandex.ru

Форма участия: только публикация