



Т.И. Тамм, А.П. Захарчук,  
В.В. Непомнящий,  
Е.А. Богун, В.В. Седак

Харьковская медицинская  
академия последипломного  
образования

© В.П. Бакуменко

## ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Резюме.** Лапароскопически ассистированные операции у больных с опухолью ободочной кишки – новое направление в абдоминальной хирургии, обладающее рядом преимуществ. За период 2010 по 2011 годы произведено 28 оперативных вмешательств. Летальных исходов в этой группе больных не было, в двух случаях произведена конверсия ввиду наличия у одного больного частичной непроходимости кишечника, у второй больной не удалось обнаружить опухоль селезеночного угла ободочной кишки из-за ее небольших размеров. Послеоперационный период осложнился в одном случае у пожилого пациента частичной несостоятельностью анастомоза, а в другом нагноением послеоперационной раны. Следует отметить, что такого рода оперативные вмешательства отличаются «мягким» течением в послеоперационном периоде, с отсутствием выраженного болевого синдрома и восстановлением перистальтики к исходу вторых суток.

**Ключевые слова:** лапароскопически ассистированная операция, миниинвазивный доступ, опухоль толстой кишки.

### Введение

Хирургическое вмешательство всегда является агрессией и сопровождается значительной травмой тканей организма, связанной с необходимостью доступа к пораженному органу, массивной мобилизацией и удалением его [2, 3, 5].

По мнению ряда авторов, травматичность хирургических вмешательств зависит, в первую очередь, несколько от объема удаленного органа, сколько от оперативного доступа. Именно размером операционной раны определяется выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде, частота возникновения послеоперационных грыж, нагноение ран и др. [2, 5].

Развитие и постоянное совершенствование эндоскопических методов вмешательства на органах брюшной полости способствовало постепенному расширению сфер эндоскопических операций от желчного пузыря и герниоаллопластики до желудка и различных отделов кишечника.

Лапароскопические операции в разделе абдоминальной хирургии, независимо от вида, имеют общие принципы – необходимость манипуляций в нескольких этажах брюшной полости, удаление операционного препарата нередко больших размеров. В случаях резекции сегмента кишки формирования межкишечного анастомоза. На сегодняшний день ряд авторов как один из этапов операции по удалению сегмента ободочной или тонкой кишки выполняют экстракорпорально [1, 4, 5]. Другие

авторы [3] эндоскопическое вмешательство заканчивают формированием внутрибрюшного анастомоза. Это вносит диссонанс в терминологию названия операций – лапароскопически ассистированная, лапароскопически комбинированная, эндоскопическая операция [3]. Мы в клинике используем термин лапароскопически ассистированное вмешательство, так как этот термин, предложенный Мейнос в 1991 году прочно закрепился в англоязычной литературе.

**Целью исследования** является улучшение результатов лечения больных с раком ободочной кишки путем применения миниинвазивных вмешательств.

### Материалы и методы исследования

В клинике с 2010 по 2011 гг. находилось 28 пациентов, которым были произведены лапароскопически ассистированные резекции ободочной кишки. Мужчин было 16, женщин – 12, возраст пациентов составил от 50 до 75 лет, что повышало риск оперативного вмешательства ввиду наличия у пациентов пожилого возраста одного или нескольких сопутствующих соматических заболеваний. Объем предоперационного обследования был стандартным и включал общеклинические анализы, биохимическое исследование крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, на предмет выявления метастазов. Для уточнения уровня локализации опухоли и степени местного распространения выполняли ирригографию, колоноскопию и ком-



пьютерную томографию. По локализации опухолевого процесса у 13 больных – слепая кишка, у 8 пациентов восходящий отдел, у 3 больных нисходящий отдел и у 4 больных сигмовидная кишка. Также следует отметить, что у 3 пациентов опухоль толстой кишки сочеталась с ЖКБ, у 2 имело место проростание опухоли в переднебоковую стенку живота, и у 1 больного было выявлено интраоперационно проростание опухоли в сегмент тонкой кишки. Оперативное вмешательство выполняли под общим обезболиванием с применением видеолапароскопической системы “Эндомедиум”.

### Результаты исследования и их обсуждение

Первым этапом оперативного вмешательства являлось обзорное исследование брюшной полости с визуализацией участка кишки пораженной опухолью. Затем производили выделение магистральных сосудов, питающих пораженный сегмент. Для этого вскрывали висцеральный листок брюшины, выделяли у основания артерию и вену пораженного сегмента. Затем производили клипирование сосудов клипсами 8-10 мм. После этого осуществляли рассечение париетального листка брюшины по левому или правому фланку с мобилизацией сегмента пораженного опухолью в случаях ее локализации в правой или левой половине. При опухолях сигмовидной кишки производили ее типичную мобилизацию. У троих больных с сопутствующей желчнокаменной болезнью первым этапом выполнили лапароскопическую холецистэктомию, а затем производили мобилизацию сегмента толстой кишки. У одной больной с локализацией опухоли в нисходящем отделе, проростающей в сегмент тонкой кишки мобилизация пораженных участков произведена эндоскопически с последующим удалением мобилизованного комплекса единым блоком. У двух больных, с прорастанием опухоли в стенку живота при мобилизации пораженного сегмента на препарат забран участок тканей брюшной стенки. Экстракорпоральный этап операции осуществляли минилапоротомным доступом. На передней стенке живота в проекции предполагаемого анастомоза производили разрез длиной 6-8 см в зависимости от локализации опухоли. Мобилизованный комплекс удален с помощью аппарата УО. Межкишечный анастомоз выполняли стандартным двухрядным швом. Заканчивали операцию промыванием брюшной полости раствором антисептика (октинисепт, декасан) и ее дренированием. Продолжительность оперативного вмешательства составляла от 1,5 до 3 часов. Было произведено

две конверсии. В одном случае причиной послужила частичная кишечная непроходимость. Во втором – опухоль локализовалась в области селезеночного угла ободочной кишки, была небольших размеров, что затрудняло ее визуализацию.

Полученные нами результаты в лечении больных с опухолями ободочной кишки позволяют отметить ряд преимуществ лапароскопически ассистированного метода лечения. Это его малотравматичность, неограниченные возможности расширения объема оперативного вмешательства в брюшной полости не требующий дополнительного расширения ран. К преимуществам следует отнести возможность визуализации регионарных лимфоузлов небольших размеров, что позволяет выполнить более полную лимфодиссекцию, а также двойной визуальный контроль операционного поля и косметический эффект. Малотравматичность операции подтверждается незначительно выраженным болевым синдромом, который купируется ненаркотическими анальгетиками, раннее восстановление перистальтики кишечника уже к исходу вторых суток послеоперационного периода. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяет активизировать больных в ранние сроки и, как следствие, сократить пребывания больных как в палате интенсивной терапии, так и в стационаре в целом. В качестве осложнений у одной больной возникло нагноение послеоперационной раны и у одного больного развилась частичная несостоятельность анастомоза после резекции сигмовидной кишки.

### Выводы

1. Лапароскопические операции требуют от хирурга принципиально новых технических навыков дистанционного манипулирования в условиях интракорпорального контроля за операционным полем.
2. Недостатком лапароскопически ассистированных оперативных вмешательств является увеличение продолжительности времени операции, которое уменьшается по мере накопления опыта.
3. Преимуществом лапароскопически ассистированных операций является комплекс факторов: малотравматичность, ранняя активизация больных, быстрое восстановление перистальтики кишечника, косметический эффект.
4. Выполнение лапароскопически ассистированных операций при опухолях ободочной кишки можно рассматривать, как перспективное направление в лечении неосложненных опухолей толстой кишки.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Клейн К.В. Трехлетний опыт использования лапароскопических методов в колопроктологии / К.В. Клейн, А.В. Лахин // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 23.
2. Лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки / В.Б.Александров, К.Р. Александров, К.С.Горшков [и др.] // Эндоскоп. хир. – 1998. – № 1. – С. 3.
3. Отдаленные результаты лапароскопических передних резекций прямой кишки по поводу рака / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 2. – С. 14 – 19.
4. Результаты лапароскопических операций у больных колоректальным раком / А.В. Сажин, А.Е. Тягунов [и др.]: материалы XII Съезд Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – 2011. – С. 35.
5. Сажин В.П. Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки / В.П. Сажин, В.В. Диденко, А.С. Пигин. – Рязань. – 1995. – С. 39.

**МОЖЛИВОСТІ  
МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ  
У ЛІКУВАННІ РАКУ  
ОБОДОВОЇ КИШКИ**

***Т.І. Тамм, А.П. Захарчук,  
В.В. Непомнящий,  
Є.О. Богун, В.В. Седак***

**Резюме.** Лапароскопічні асистовані операції у хворих на пухлини ободової кишки – новий напрям в абдомінальній хірургії, який має низку переваг. За період з 2010 по 2011 роки було виконано 28 оперативних втручань. Летальних ісходів в цій групі хворих не було, в одному випадку виконана конверсія з приводу часткової кишкової непрохідності, у другому з причин неможливості ідентифікувати пухлину ободової кишки малих розмірів. Післяопераційний період ускладнився у одного хворого частковою неспроможністю анастомозу, а у другого нагоєнням операційної рани. Слід відзначити, що оперативні втручання такого роду відрізняються «м'яким» післяопераційним періодом, відсутністю больового синдрому та відновленням перистальтики кишечника на кінець другої доби.

**Ключові слова:** *лапароскопічні асистовані операції, мініінвазивний доступ, пухлина ободової кишки.*

**POSSIBILITIES OF  
MINIINVASIVE METHODS  
IN TREATMENT OF CHASSE  
OF RIM BOWEL**

***T.I. Tamm, A.P. Zaharchuk,  
V.V. Nepomnjashiy,  
E.A. Bogun, V.V. Sedak***

**Summary.** Laparoscopically assisted operations in patients with colon neoplasm having a number of advantages present a new direction in abdominal surgery. During the period from 2010 to 2011 28 operative intrusions were made. Fatal outlets in this group of patients were absent, conversion was made in two cases because of partial intestine impassibility in one of them, in another it was impossible to find colon splenic angle neoplasm because of its small size. Postoperative period was complicated by partial anastomosis impassibility in one case in elderly patient, in another by post-operative wound suppuration. It should be mentioned that such operative intrusions differ in “soft” course in post-operative period with absence of pain syndrome and peristalsis restoring by the end of the 2-nd day.

**Key words:** *laparoscopically assisted operation, miniinvasive access, thick intestine neoplasm.*