

ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Крот С. Я., Лопатин И. Д., Берещенко В. В., Марочкин С. А.,
Майоров В. М.

Гомельская областная специализированная клиническая больница
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. На сегодняшний день отмечается повсеместный рост первично выявляемой онкопатологии со стороны прямой и ободочной кишки. Единственным условием благоприятного прогноза для пациента является удаление первичной опухоли и выполнение соответствующей реконструктивной операции. Сообщение о первой успешной лапароскопической колэктомии датировано 1991 г. профессором Якобсом. Значительным фактором, препятствующим широкому распространению лапароскопии в онкологической колопроктологии, были данные о возникновении так называемых «эндопортовых» локорегионарных рецидивов, достигавших 20% у оперированных пациентов. В последующем было показано, что на самом деле истинный процент рецидива не превышает 1% и фактически не отличается от такового показателя при традиционном лапаротомном доступе. В настоящее время, по данным многоцентровых рандомизированных исследований, однозначно установлено, что лапароскопическая колэктомия не уступает в качественном отношении открытым операциям, но при этом ассоциируется с более коротким восстановительным периодом. Следует отметить мнение экспертного сообщества, что для достижения технического базового уровня необходимо выполнение от 20 до 50 самостоятельно выполненных оперативных вмешательств.

Цель исследования: обобщение первого опыта клинического применения лапароскопических видеоассистированных резекций ободочной кишки на базе областного проктологического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы.

Материал и методы. В отделении колопроктологии в 2018 г. было выполнено 9 лапароскопических видеоассистированных вмешательств на ободочной кишке (7 мужчин и 2 женщины). Семеро пациентов в анамнезе перенесли лапаротомные вмешательства. 2 операции выполнены по поводу ворсинчатых опухолей больших размеров при невозможности выполнения фиброэндоскопического удаления и 7 операций по поводу рака сигмовидной кишки. Более подробное описание пациентов по группам и стадиям заболевания будет опубликовано в журнальной статье, находящейся в настоящее время на рецензии в редакции. Выполнение подобных операций стало возможным после приобретения современного видеоэндоскопического комплекса фирмы Олимпус с наличием девайса ультразвуковой диссекции тканей. Вторым важным фактором считаем необходимым отметить участие профессора Карачуна А.М., любезно предоставившего возможность участия одному из авторов сообщения в мастер-классе по лапароскопической колопроктологии на базе 4 абдоминального хирургического отделения НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова в Санкт-Петербурге.

Результаты и обсуждение. При операциях на правой половине толстой кишки расстановка видеопортов традиционная. Выполняется правосторонняя гемиколэктомия с максимальным удалением опухоли с окружающей клетчаткой и лимфатическим аппаратом в едином фасциальном футляре. При этом мобилизация органов, подлежащих удалению, проводится в медиолатеральном направлении. По окончании мобилизации выполняется минилапаротомия, выведение правого фланга ободочной кишки в рану через специальный порт и экстракорпоральное формирование илеотрансверзоанастомоза аппаратным швом.

При выполнении операций на левых отделах толстой кишки расстановка видеопортов соответствует общепризнанным рекомендациям. Выполняется медиолатеральная мобилизация в эмбриональном слое с визуальным контролем левого мочеточника. В зоне диссекции проводится клипирование и пересечение устья нижней брыжеечной артерии. В области

связки Трейтца аналогично обрабатывается нижняя брыжеечная вена у нижнего края поджелудочной железы. По окончании мобилизации выполняется минилапаротомия, выведение ободочной кишки в рану через специальный порт и экстракорпоральное формирование анастомоза аппаратным швом. Послеоперационный период протекал благоприятно, послеоперационных осложнений, потребовавших выполнения лапаротомии, не отмечено.

Вывод. Первые клинические результаты нашего исследования подтверждают выполнимость и безопасность лапароскопических резекций ободочной кишки у онкопроктологических пациентов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТОДОМ ДИСЕКЦИИ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ (ESD)

Маскалик Ж. Г., Ивашко М. Г., Журонова А. М., Шамаль М. В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Республиканский центр реконструктивной хирургической
гастроэнтерологии и колопроктологии
УЗ «Минская областная клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Большинство поверхностных эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта удаляются методами петлевой эксцизии и эндоскопической резекции (EMR). Недостаток указанных методик – ограничение резецируемой единым блоком опухоли по площади (диаметр образования не более 2 см.). В 2001 г. в Японии разработан метод эндоскопической диссекции в подслизистом слое (endoscopic submucosal dissection – ESD), позволяющий значительно расширить объем резецируемой ткани.

Цель: оценить эффективность метода эндоскопической диссекции в подслизистом слое при удалении эпителиальных образований желудочно-кишечного тракта.