в среднем 2 часа 10 минут (минимальная – 50 минут, максимальная – 3 часа 30 минут). Параоперационных осложнений не зафиксировано. Длительность дренирования плевральной полости после операции составила в среднем 1,2 суток (от 1 до 2). Выписаны пациенты из стационара в среднем были на 8-е сутки после операции (5-13-е). У пяти пациентов в удаленной клетчатке выявлены пораженные метастазами медуллярного рака лимфатические узлы (13,3%). При подозрении на метастатическое поражение легкого такое было гистологически подтверждено и в 1 случае (3,3%) верифицирован возврат метахронного злокачественного заболевания – хронического лимфолейкоза.

Выводы. Торакоскопическая медиастинальная лимфодиссекция при медуллярном раке щитовидной железы – эффективная и малотравматичная операция. Применение ТСМЛД позволяет в большинстве случаев ограничить выполнение медиастинальной лимфодиссекции стернотомическим доступом. Исключение, по нашему мнению, составят случаи инвазии метастатической опухоли в брахиоцефальные вены или верхнюю полую вену, при которых резекция указанных структур будет более безопасна при стернотомии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кутузов А. В., Ролевич И. И., Цемахов Ю. Г.

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

Введение. Лапароскопические методы операции получают все более широкое распространение в клинической практике. Накопление опыта и совершенствование техники этих операций позволило внедрить лапароскопические способы оперативных вмешательств в такую область хирургии, как колопроктология.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты выполнения операций у пациентов, страдающих раком прямой и ободочной кишки, лапароскопическим методом.

Материал и методы. За период с января 2016 г. по май 2018 г. во 2-м онкохирургическом отделении Минского городского клинического диспансера выполнено 39 операций у пациентов с раком прямой и ободочной кишки. Операции были выполнены у 27 (70%) женщин и 12 (30%) мужчин. Средний возраст женщин составил 55,1 года, мужчин – 56 лет.

У оперированных пациентов был диагностирован колоректальный рак следующих локализаций: рак сигмовидной кишки – 17 (43,5%), рак селезеночного изгиба – у 3 (7,6%), рак восходящего отдела – у 3 (7,6%), рак нисходящего отдела ободочной кишки – у 2 (5%), рак ректосигмоидного соединения и прямой кишки – у 5 (12,8%).

Результаты и обсуждение. Лапароскопические операции выполнялись по плановым показаниям, но у 1 пациента была выполнена экстренная лапароскопия в связи с подозрением на перфорацию сигмовидной кишки. После подтверждения диагноза было выполнено эндоскопическое ушивание перфоративного отверстия. Пациент поправился без осложнений.

У 4 пациентов лапароскопия имела диагностическое значение – выполнялась биопсия опухоли, у остальных пациентов выполнены симптоматические (колостомия), паллиативные, радикальные и реконструктивные (после операции Гартмана) операции.

Из радикальных операций были выполнены: у 3 пациентов – гемиколэктомия слева, у 3 – гемиколэктомия справа, у 2 – операция Гартмана, у 1 – передняя резекция прямой кишки, 1 – резекция илеоцекального угла, у 12 пациентов – резекция сигмовидной кишки.

У 2 пациентов выполнена лапароскопическая лимфодиссекция по поводу метастазов колоректального рака в забрюшинные лимфоузлы. У 4 – реконструктивная операция после операции Гартмана. У 1 пациента – радиочастотная абляция опухоли печени электродом под контролем лапароскопа. У 1 пациента выполнена симптоматическая операция по поводу кишечной непроходимости – колостомия. У 4 пациенток выполнена лапароскопическая двусторонняя аднексэктомия по поводу метастазов колоректального рака в яичники.

Средний койко-день составил 18,1, причем средняя

продолжительность послеоперационного периода – 6,61 день, что было значительно меньше, чем в среднем по отделению (13,2). Длительность лапароскопического оперативного вмешательства составила: до 1,5 ч – у 11 (28%) пациентов, от 2 до 2,5 ч – 12 (30,1%) операций, 3-6 ч – 16 (41,9%) операций. Таким образом, средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 2,45 часа.

Из послеоперационных осложнений отмечались серомы и гематомы послеоперационной раны, которые не повлияли на сроки послеоперационной госпитализации. Несостоятельности анастомоза не было.

Выводы. Рассматривая преимущества лапароскопических технологий, мы установили, что лапароскопические операции сопровождаются менее выраженным болевым синдромом, позволяющим вдвое снизить дозы наркотических средств и в более ранние сроки активизировать пациентов. Происходит также сокращение продолжительности пребывания пациентов в стационаре и более быстрое восстановление трудоспособности.

Комплексная оценка экономических затрат на выполнение лапароскопических операций показала, что, несмотря 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 пациентов происходит за счет снижения частоты развития послеоперационных осложнений, более быстрого восстановления их физической и социальной активности и, соответственно, уменьшения стоимости их послеоперационной реабилитации.

Наш опыт свидетельствует, что лапароскопические технологии позволяют выполнить вмешательство на любом отделе ободочной и прямой кишки при разных ее заболеваниях. При этом применение лапароскопических технологий приводит к снижению частоты развития послеоперационных осложнений и сопровождается уменьшением потребности в наркотических анальгетиках за счет минимальной выраженности болевого синдрома, а также способствует сокращению сроков пребывания пациентов в стационаре.