Лапароскопическая комбинированная резекция сигмовидной кишки, пангистерэктомия с удалением препарата через культю влагалища

Д.м.н., проф. О.И. КИТ, д.м.н., проф. Ю.А. ГЕВОРКЯН, к.м.н. В.Е. КОЛЕСНИКОВ, д.м.н. Н.В. СОЛДАТКИНА*, к.м.н. Д.А. ХАРАГЕЗОВ, д.м.н. О.Ю. КАЙМАКЧИ

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (дир. — проф. О.И. Кит) Минздрава РФ; Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ

Laparoscopic combined resection of sigmoid colon, panhysterectomy with removal through vagina stump

O.I. KIT, YU.A. GEVORKYAN, V.E. KOLESNIKOV, N.V. SOLDATKINA, D.A. KHARAGEZOV, O.YU. KAIMAKCHI

Rostov Research Cancer Institute (director — prof. O.I. Kit) Health Ministry of Russian Federation; Rostov State Medical University, Health Ministry of Russian Federation

Ключевые слова: рак сигмовидной кишки, хирургическое лечение, комбинированная лапароскопическая операция.

Key words: sigmoid colon, surgical treatment, combined laparoscopic operation.

В последние годы лапароскопическая техника оперативных вмешательств при злокачественных опухолях находит все более широкое применение. Доказаны и уже не вызывают сомнений преимущества лапароскопического доступа: менее выраженный болевой синдром, меньшая кровопотеря, уменьшение продолжительности пребывания больного в стационаре, быстрая реабилитация [1—6].

Кроме того, многочисленные исследования показали, что лапароскопическим способом возможно выполнение оперативного вмешательства с соблюдением онкологических принципов и обеспечением необходимых границ и объемов резекции, с полноценной лимфодиссекцией. Все это обеспечивает сопоставимые отдаленные результаты лапароскопических и открытых операций [2, 4].

В большинстве ведущих онкологических учреждений, в том числе в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте Минздрава РФ, при некоторых локализациях опухолей, например при колоректальном раке, лапароскопический доступ хирургического вмешательства стал приоритетным. Рутинными стали такие операции, как лапароскопическая гемиколэктомия, резекция сигмовидной и прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Техника лапароскопических оперативных вмешательств, однако, не стоит на месте. В настоящее время разработана и начала применение методика однопортового лапароскопического доступа, позволяющая избежать установки дополнительных троакаров и улучшить косметический эффект оперативного вмешательства. Усовершенствовать лапароскопическое оперативное вмешательство позволяет и не нашедшая еще широкого применения методика извлечения удаленного препарата из брюшной полости через естественные пути, например через влагалище у женщин. Подобные вмешательства пока являются единичными, хотя опыт их выполнения постепенно накапливается.

С целью демонстрации возможностей лапароскопии при выполнении комбинированных оперативных вмешательств на органах брюшной полости мы приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная А., 1970 года рождения, поступила в отделение общей онкологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института 25.11.13 с жалобами на запоры, боли внизу живота. Считает себя больной в течение 4 мес. По данным спиральной КТ органов брюшной полости и малого таза от 22.11, матка размером 6,5×3,8 см, придатки с обеих сторон неоднородной солидной структуры, слева размером 6,8×6,0 см, справа 5,3×4,1 см, тесно прилежат к сигмовидной кишке и ректосигмоидному отделу прямой кишки, деформируя их просвет. Стенки вышеуказанных отделов кишечника неравномерно утолщены до 1,2 см. Нельзя исключить опухоль кишки с прорастанием в придатки. При фиброколоноскопии от 22.11 выявлена инфильтративная опухоль сигмовидной кишки на расстоянии 22 см от ануса. При гистологическом исследовании биоптата картина аденокарциномы. УЗИ органов брюшной полости и малого таза от 02.10: эндометриоз тела матки, кисты эндоцервикса (эндоцервикоз), кистозные образования яичников, спаечно-инфильтративный процесс малого таза.

Объективно: рост — 167 см, масса тела 60 кг, индекс массы тела 21,51. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 86 в 1 мин, АД 120/90 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. В легких аускультативно везикулярное дыхание с обеих сторон, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий,

© Коллектив авторов, 2014

*e-mail: snv-rnioi@yandex.ru

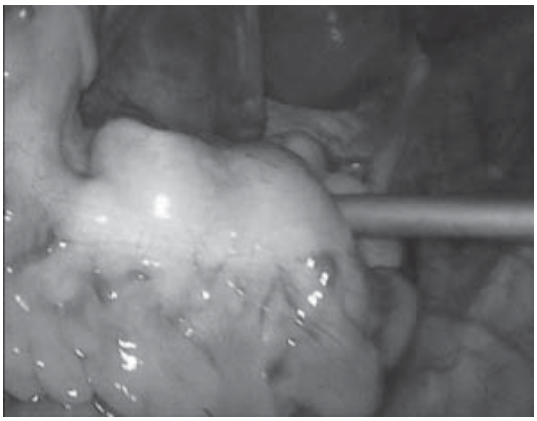


Рис. 1. **Интраоперационная фотография. Опухоль сигмовидной кишки с метастазами в яичники.**

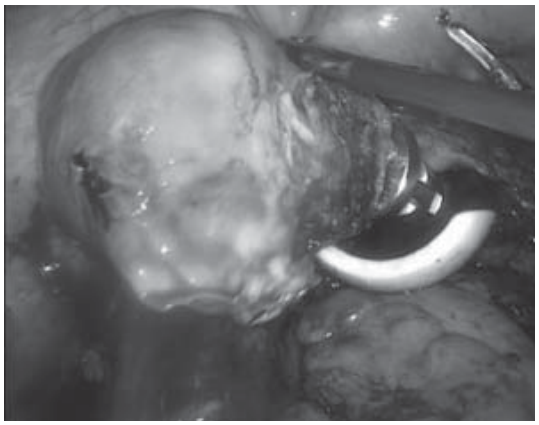
умеренно болезненный в нижних отделах. Поколачивание в поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферических отеков нет. Per rectum: на расстоянии до 8 см патологических изменений не выявлено.

Диагноз: рак сигмовидной кишки, метастазы в яичники T4NxM1, стадия IV, клиническая группа 2.

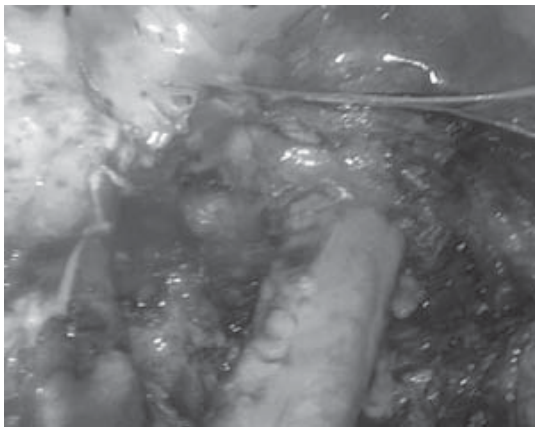
Клинико-лабораторное обследование не выявило значительных отклонений показателей, предоперационная подготовка была стандартной. 27.11 больная взята в операционную. Решено выполнить лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки, пангистерэктомию.

Этапы оперативного вмешательства

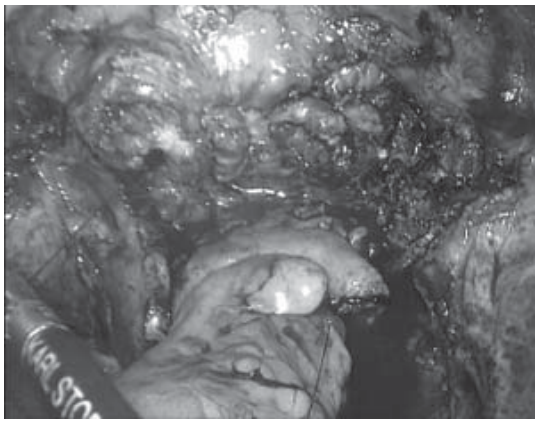
Под внутривенной комбинированной анестезией через кожный разрез в параумбиликальной области в брюшную полость введены троакар (REF D12LT) и лапароскоп. При ревизии выявлена опухоль дистального отдела сигмовидной кишки размером 5×4 см, плотная при инструментальной пальпации, прорастающая всю толщу стенки кишки, придатки слева до 6,5 см в диаметре, справа до 5,5 см в диаметре, представлены кистозно-солидными образованиями **(рис. 1)**. Метастазов в печень и по брюшине нет. Под контролем зрения через дополнительные разрезы по стандартной методике в брюшную полость введено 3 дополнительных троакара. С использованием ультразвукового скальпеля Гармоник произведена мобилизация сигмовидной кишки с опухолью, выделены, клипированы и пересечены нижнебрыжеечные сосуды. С помощью линейного сшивающего аппарата (Echelon flex 60 endopath stapler REF SC60A) и кассеты (Echelon ECR60D) прошит и пересечен ректосигмоидный отдел прямой кишки. С помощью электроинструмента Ligasure коагулированы и пересечены воронкотазовые и круглые маточные связки с обеих сторон, рассечен листок брюшины пузырно-маточного углубления. Коагулированы сосудистые маточные пучки, матка с придатками и верхней третью влагалища отсечены от влагалищных сводов с использованием маточного ретрактора **(рис. 2, а)** и удалены через влагалище. Культя кишки выведена наружу через влагалище **(см. рис. 2, б)**, обработана и пересечена на 9 см проксимальнее опухоли. Контроль гемостаза. В просвет кишки установлена головка сшивающего аппарата REF ECS29. Культя кишки с головкой аппарата через влагалище погружена в брюшную полость. Между проксимальным концом толстой кишки и



а



б



в

Рис. 2. **Интраоперационные фотографии. Этапы операции.**

а — отсечение матки с придатками (используется маточный ретрактор); б — удаление препарата через культю влагалища; в — ушивание культи влагалища.

культей дистального отдела наложен межкишечный анастомоз с использованием циркулярного сшивающего аппарата (REF ECS29) по типу конец в конец. Культя влагалища ушита интракорпорально непрерывным швом **(см. рис. 2, в)**. Контроль герметичности анастомоза (пневмопроба отрицательная). Полость малого таза дренирована

одной силиконовой трубкой через троакарный прокол в правой подвздошной области. Швы на кожу. Асептическая повязка. Продолжительность операции — 5,5 ч.

Удаленный препарат представлял сигмовидную кишку с циркулярной блюдцеобразной стенозирующей опухолью размером 5×4 см, плотной консистенции; брыжеечные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, плотной консистенции; матка с придатками, представленными кистозно-солидными образованиями до 6 см в диаметре.

При гистологическом исследовании препарата выявлена G2-аденокарцинома с прорастанием всей толщи стенки кишки, инвазией в клетчатку и метастазами в лимфатические узлы брыжейки. В яичнике метастазы аденокарциномы вышеописанного строения.

В послеоперационном периоде проводилась стандартная симптоматическая и антибиотикотерапия. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная была активна с 1-х суток. Дренаж удален на 5-е сутки. Больная выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями проведения многокурсовой полихимиотерапии. Заключительный диагноз: рак сигмовидной кишки T4N1M1, стадия IV, клиническая группа 2, метастазы в яичники.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует возможность выполнения комбинированных оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза из лапароскопического доступа и удаления препарата через естественные пути, что позволяет избежать минилапаротомии для удаления препарата, улучшить косметический эффект. Неосложненное течение послеоперационного периода и быстрая реабилитация больной свидетельствуют о перспективности развития лапароскопии в хирургии колоректального рака, в том числе и метастатического.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воробьёв Г.И., Шелыгин Ю.А., Фролов С.А. и др.* Лапароскопические операции при колоректальных заболеваниях. Эндоскоп хир 1999; 5: 65—66.
2. *Кит О.И., Геворкян Ю.А., Колесников В.Е., Солдаткина Н.В., Харагезов Д.А., Дашков А.В., Гречкин Ф.Н.* Возможности лапароскопии в хирургии колоректального рака. Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки 2013; 2: 91—95.
3. *Фролов С.А.* Лапароскопические операции на прямой кишке: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М: ГНЦК 2000; 243.
4. *Hewett P.J., Allardyce R.A., Bagshaw P.F. et al.* Short-term outcomes of the Australasian randomized clinical study comparing laparoscopic and convtntional open surgical treatments for colon cancer: the ALCCas trial. Ann Surg 2008; 248: 728—738.
5. *Ramos J.M., Beart R.W.* Role of laparoscopy in colorectal surgery. A prospective evaluation of 200 cases. Dis Colon Rectum 1995; 38: 494—501.
6. *Stocchi L., Nelson H., Young-Fadok T.M. et al.* Safety and advantages of laparoscopic vs. open colectomy in the elderly. Mathed-Control study. Dis Colon Rectum 2000; 43: 326—332.

Поступила 10.05.14