

УДК 616.35—089

МАНУАЛЬНО—АСИСТОВАНІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ КОЛОПРОКТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

М. І. Тутченко, В. С. Андрієць, І. В. Ключко, С. Ф. Марчук, А. А. Яковенко, Д. І. Кравцов

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця МОЗ України, м. Київ, Клінічна лікарня №15 м. Києва

MANUAL—ASSISTED LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN COLOPROCTOLOGIC DISEASES

M. I. Tutchenko, V. S. Andriets, I. V. Klyuzko, S. F. Marchuk, A. A. Yakovenko, D. I. Kravtsov

РЕФЕРАТ

Визначені можливості виконання мануально—асистованих лапароскопічних втручань при лікуванні колопроктологічних захворювань. В дослідження включені 25 пацієнтів, оперованих з приводу захворювань товстої кишки. В 11 з них виконані мануально—асистовані лапароскопічні втручання. Довжина розрізу при мануально—асистованих лапароскопічних втручаннях в 3,8 разу менша звичайного лапаротомного розрізу, загальна крововтрата у 2,3 разу менша, ніж за відкритої операції.

Тривалість реабілітації хворих після таких втручань в 1,8 разу менша, ніж після лапаротомних. Лапароскопічні операції з ручною асистенцією в колопроктології є мініінвазивними, проте, зберігають переваги відкритого оперативного втручання. На сучасному етапі розвитку колопроктології вони, з одного боку, є першою сходинкою до класичних лапароскопічних втручань, з іншого — є альтернативою конверсії.

Ключові слова: мануально—асистовані лапароскопічні втручання; лапароскопічна геміколектомія; мінілапаротомний розріз.

SUMMARY

Feasibility of manual—assisted laparoscopic surgery in the treatment of coloproctologic diseases was designated. The investigation included 25 patients operated on for diseases of the colon. In 11 of them made manual—assisted laparoscopic surgery. Length of cut with manual—assisted laparoscopic interventions in 3,8 times less conventional laparotomy section, the total blood loss was 2,3 times less than in open surgery. Duration of patients rehabilitation after such surgery is 1.8 times less than after laparotomy. Laparoscopic surgery of the hand asystems in coloproctology mini-invasive is, however, retain the advantages of open surgery. At the present stage of coloproctology are, on the one hand, is the first step to classic laparoscopic surgery on the other — an alternative to conversion.

Key words: manual—assisted laparoscopic interventions; laparoscopic hemicolectomy; minilaparotomy cut.

Лапароскопічна колоректальна хірургія — один з найбільш перспективних напрямків ендовідео-хірургії, що протягом останнього десятиліття швидко розвивається. У 90—ті роки ХХ століття М. Jacobs виконав першу в світі лапароскопічно—асистовану правобічну геміколектомію з формуванням екстра-корпорального анастомозу з використанням мінілапаротомного розрізу. Сьогодні у світі мініінвазивні технології широко використовують як медично та економічно більш обґрунтовані. Показання до лапароскопічних втручань постійно розширюються [1].

Мануально—асистовані лапароскопічні втручання посідають проміжне місце між лапароскопічними і відкритими операціями. В англійській літературі їх називають hand—assisted laparoscopic surgery (HALS) и Hybrid laparoscopic procedure. Мануально—асистовані операції вигідно поєднали позитивні якості обох видів оперативних втручань [2—4].

Лапароскопічний доступ з використанням ручного асистування дає можливість виконувати ендохірургічні операції великого обсягу і складності навіть початківцям, за наявності досвіду відкритої хірургії. Для досвідчених хірургів цей метод забезпечує розширення показань до використання ендохірургічних методів [5—7].

В складних ситуаціях він може бути альтернативою класичних лапароскопічних втручань для запобігання конверсії [5—8].

Мануально—асистовані лапароскопічні втручання в колопроктології найбільш обґрунтовані за наявності у хворих пупкової грижі чи грижі черевної стінки діаметром понад 5 см, при необхідності здійснення розрізів передньої черевної стінки для евакуації з черевної порожнини видаленого органа великих розмірів, під час технічно та технологічно складних операцій, при необхідності максимального зменшення тривалості оперативного втручання та корекції інтраопераційних ускладнень [4, 6, 8].

Мета роботи: визначити можливості виконання мануально—асистованих лапароскопічних втручань при лікуванні колопроктологічних захворювань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В дослідження включені 25 пацієнтів, оперованих в період з 2010 по 2012 р. з приводу захворювань товстої кишки. В 11 пацієнтів (основна група) виконані мануально—асистовані лапароскопічні втручання. Операція передбачає введення недомінантної руки хірурга в операційне поле за допомогою пристрою для доступу руки (hand—port, lap—disc, gel—port, dextrus) через мінілапаротомний розріз, на 1 см менший розміру рукавички оперуючого хірурга, при збереженні карбоксиперитонеуму.

Домінантну руку використовують для маніпуляцій стандартними лапароскопічними інструментами, які вводять через стандартні троакари.

Використовували 3 троакара діаметром 10—12 мм. Таким чином, мали можливість вводити лапароскоп через різні порти. Розроблені стандартні місця введення троакарів для кожного виду операції з мануальною асистенцією. При цьому брали до уваги відстань від мінірозрізу черевної стінки для накладання пневмосистеми.

Розташування мінірозрізів довжиною у середньому ($5,3 \pm 1,7$) см визначали для кожного виду втручання, беручи до уваги зручність маніпуляцій рукою у черевній порожнині.

У 14 пацієнтів (контрольна група) оперативне втручання виконане за загальноприйнятим відкритим методом.

За віком та статевим складом обидві групи не різнилися. Вік пацієнтів від 45 до 75 років.

В основній групі операції виконували з приводу дивертикулярної хвороби кишечника, ускладненої параколічним абсцесом в брижі сигмоподібної ободової кишки та інфільтратом по лівому бічному каналу з частковою непрохідністю кишечника (у 3 пацієнтів), війкової пухлини сигмоподібної ободової кишки діаметром до 3 см (у 2), раку сигмоподібної ободової кишки (діаметром пухлини до 4 см) T2N0M0 (в 1), понад 4 см T3—4N0—1M0 з вираженим спайковим процесом внаслідок раніше виконаних оперативних втручань та непрохідністю кишечника (у 5). У 5 хворих виконано лівобічну геміколектомію, у 5 — резекцію сигмоподібної ободової кишки з формуванням первинного анастомозу.

В контрольній групі дивертикулярна хвороба кишечника, ускладнена параколічним абсцесом в брижі сигмоподібної ободової кишки та інфільтратом по лівому бічному каналу з частковою непрохідністю кишечника, діагностована у 5 пацієнтів, війкова пухлина сигмоподібної ободової кишки діаметром 3—4 см — у 2, рак сигмоподібної ободової кишки (діаметр пухлини до 4 см) T2N0M0 — в 1, понад 4 см T3—4N0—1M0 з вираженим спайковим процесом внаслідок раніше виконаних оперативних втручань та непрохідністю кишечника — у 6. У 8 хворих виконано лівобічну геміколектомію, у 6 — резекцію сигмо-

подібної ободової кишки з формуванням первинного анастомозу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність різних методів операцій оцінювали за інтраопераційними критеріями (тривалість операції, тяжкість крововтрати, довжина розрізу тощо), найближчими післяопераційними результатами (тривалість лікування хворого у стаціонарі, строки відновлення перистальтики кишечника, початок ентерального харчування, вираженість та тривалість больового синдрому). Тривалість оперативного втручання в основній групі становила у середньому (193 ± 12) хв. Конверсії не було. У контрольній групі тривалість операції у середньому (167 ± 9) хв.

Довжина розрізу при мануально—асистованих лапароскопічних втручаннях ($5,4 \pm 0,8$) см, що в 3,8 разу менше звичайного лапаротомного розрізу; загальна крововтрата — у 2,3 разу менша, ніж за відкритої операції ($P < 0,05$). Тривалість лікування у стаціонарі пацієнтів основної групи у середньому 6,2 доби, що в 1,8 разу менше, ніж після відкритої операції. Через ($14,6 \pm 1,1$) год після оперативного втручання відновлювалась активна перистальтика кишечника у пацієнтів основної групи, у контрольній групі — через ($23,35 \pm 2,3$) год. Ентеральне харчування пацієнтів основної групи розпочинали через ($14,6 \pm 1,1$) год після операції, контрольної групи — через ($23,35 \pm 2,3$) год. Больовий синдром після мануально—асистованих лапароскопічних втручань невиражений, що не потребувало призначення наркотичних анагетиків. В контрольній групі з метою знеболювання протягом 1—ї доби після операції вводили наркотичні анагетиками. В основній групі тривалість больового синдрому в 1,8 разу менша, ніж у контрольній.

За даними нашого дослідження, мануально—асистовані лапароскопічні втручання є перспективним напрямком в лікуванні захворювань товстої кишки. Метод має всі ознаки мініінвазивності: невеликий розріз передньої черевної стінки, значно менша крововтрата під час операції і, як наслідок, більш швидка реабілітація хворих після оперативного втручання. Поряд з цим, присутність руки хірурга в черевній порожнині дозволяє використовувати тактильну чутливість, тривимірну орієнтацію в просторі, ідентифікувати анатомічні орієнтири. Це важливо за малих розмірів пухлини товстої кишки, сумнівів при визначенні меж лімфодисекції, мобілізації магістральних судин.

ВИСНОВКИ

1. Мануально—асистовані лапароскопічні втручання на сучасному етапі розвитку колопроктології, з одного боку, є першою сходинкою до класичних лапароскопічних втручань, з іншого — альтернативою конверсії.

2. Лапароскопічні операції з ручною асистенцією в колопроктології є мініінвазивними, проте, зберігають переваги відкритого оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. История развития лапароскопической хирургии / И. Е. Хатков, Ю. А. Барсуков, А. О. Атрошенко [и др.] // Онкологическая колопроктология. — М.: ООО "ИД "АБВ—пресс", 2012. — С. 35 — 39.
2. Галлямов Э. А. Проблема совершенствования и внедрения высоких технологий эндохирургических вмешательств в клиническую практику: автореф. дис. ... д-ра мед. наук, спец. 14.00.27 — хирургия / Э. А. Галлямов. — М., 2008. — 40 с.
3. Лапароскопические мануально—ассистированные (гибридные) операции: учеб.—метод. пособие / О. Э. Луцевич, Э. А. Галлямов, Э. В. Луцевич [и др.]. — М.: РИО МГМСУ, 2008. — 30 с.
4. Meshikhe A.—W. N. Controversy of hand—assisted laparoscopic colorectal surgery / A.—W. N. Meshikhe // World J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16, N 45. — P. 5662 — 5668.
5. Лапароскопические операции с ручной ассистенцией в колопроктологии / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шельгин, С. А. Фролов, Д. Г. Шахматов // Эндоск. хирургия. — 2009. — № 5. — С. 51 — 56.
6. Шахматов Д. Г. Лапароскопические резекции ободочной кишки с ручной ассистенцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук, спец. 14.00.27 — хирургия / Д. Г. Шахматов. — М., 2008. — 20 с.
7. Лапароскопические ассистированные операции при раке ободочной кишки / Ю. А. Шельгин, С. А. Фролов, С. И. Ачкасов [и др.] // Хирургия. — 2012. — № 8. — С. 34 — 38.
8. Величко В. В. Лапароскопические методы хирургического лечения захворювань товстої кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук, спец. 14.01.03 — хірургія / В. В. Величко. — К., 2005. — 16 с.








НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО “ЛІґА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІґА-ІНФОРМ»
запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІґА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ "Ліґа-Інформ",
03680, м. Київ,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.
Тел./факс -044.408.18.11
e-mail: info@hirurgiya.com.ua