

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ злокачественных заболеваний толстой кишки

К сожалению, в последние годы отмечен неуклонный рост заболеваемости раком ободочной и прямой кишки в большинстве экономически развитых стран мира. Скрытое течение болезни на ранних стадиях, поздняя обращаемость пациентов к врачу, отсутствие простых и эффективных способов своевременной диагностики заболевания зачастую приводят к выявлению болезни уже в далеко зашедшей стадии патологии. В этих случаях требуется комплексный подход к лечению с использованием достаточно агрессивных методов. Чтобы победить болезнь, помимо серьезной и травматичной операции нередко приходится прибегать и к лучевой терапии, и к химиотерапевтическому воздействию. Поэтому для улучшения результатов лечения онкологи всех специальностей сегодня разрабатывают методики, направленные на уменьшение негативного воздействия лечебных методов на организм больного. В радиологии появляется аппаратура,

минимально повреждающая здоровые ткани вокруг опухоли. Химиотерапевты разрабатывают и применяют современные «таргетные» препараты, селективно воздействующие только на опухолевые клетки. Хирурги применяют современные высокотехнологичные методики, направленные на снижение травматичности вмешательств. Для этого созданы современные аппараты для рассечения и коагуляции тканей (ультразвуковой скальпель, аргон-усиленная и плазменная коагуляция, биполярная коагуляция «лигашу», лазерное воздействие, криохирургия и др.). На порядок снижаются воспалительные реакции в зоне сшивания кишечника и повышается надежность анастомоза при использовании современных сшивающих аппаратов (степлеров). Ну и конечно же, в последние годы бурное развитие во всем мире получили эндовидеохирургические вмешательства в онкологии. Они выполняются без большого разреза брюшной стенки, через неболь-

шие проколы, с использованием современной видеотехники и всей вышеуказанной аппаратуры. Благодаря этому они обладают серьезными преимуществами.

Операционная травма при операциях на толстой кишке при онкологических заболеваниях связана с двумя факторами. Первый фактор – это необходимость удаления обширных участков толстой кишки единым блоком с окружающей жировой клетчаткой и лимфатическими узлами, в которых нередко обнаруживаются метастазы опухоли. Второй фактор травматичности – это большой разрез брюшной стенки, необходимый для свободного выполнения операции такого значительного объема. И если уменьшить внутрибрюшные повреждения можно только отчасти, путем деликатной техники оперирования, применяя ультразвуковой скальпель, аппарат лигашу и современные сшивающие степлеры, то травму брюшной стенки можно уменьшить значи-



тельным образом. Сделать это можно с помощью лапароскопической техники.

В Городском клиническом онкологическом диспансере (ГКОД) сегодня используются все современные достижения хирургии и онкологии. Операционные укомплектованы необходимым оборудованием. На отделении онкоколопроктологии, которое возглавляет Михаил Хаймович Фридман, лапароскопические операции на толстой кишке выполняются с 2005 года. Отделение является пионером этой хирургии в нашем городе, на сегодняшний день уже накоплен значительный опыт. Главный врач диспансера профессор Георгий Моисеевич Манихас ежегодно организует мастер-классы по лапароскопической и открытой колоректальной хирургии с приглашением ведущих зарубежных и отечественных специалистов. Профессорами Г. М. Манихасом, М. Д. Ханевичем и Ю. А. Щербуком в монографии «Эндовидеохирургия в онкологии», изданной в 2008 году, обобщен опыт малоинвазивных операций всех отделений ГКОД. Эта работа повышает квалификацию не только хирургов нашего диспансера, но и всех врачей, работающих в этой области.

26 февраля 2010 года состоялся очередной мастер-класс с участием одного из лучших лапароскопических хирургов России, московского профессора Константина Викторовича Пучкова. Он имеет огромный опыт эндовидеохирургических операций при раке толстой кишки, почек, при опухолях гинекологической сферы. К. В. Пучков является автором прекрасных монографий на эту тему. Профессор широко известен не только в России, но и за рубежом. Это не первый визит Константина Викторовича в наш диспансер с показательными операциями. На этот раз он блестяще выполнил лапароскопическую правостороннюю гемиколэктомию больному с большой опухолью восходящей ободочной кишки. Операция была выполнена с расширенной лимфаденэктомией – удалены увеличенные лимфатические узлы, располагавшиеся на аорте и нижней полой вене. Благодаря мастерству оператора, а также качественной оптике с многократным увеличением изображения, этот этап операции был очень показательным. Операция транслировалась в режиме реального времени с комментариями оперирующего хирурга и заведующего отделением онкоколопроктологии М. Х. Фридмана. За ходом операции наблюдали врачи города, собравши-

ся в зале. После операции К. В. Пучков прочел лекцию о лапароскопических операциях на ободочной кишке, особое внимание уделив необходимости расширенных лимфаденэктомий. Затем профессор ответил на многочисленные вопросы. Все присутствовавшие врачи были очень благодарны профессору К. В. Пучкову за проделанную работу и передачу своего опыта и мастерства.

На своем опыте подобных вмешательств мы убедились, что лапароскопический доступ позволяет выполнить стандартный объем операции, принятый в онкологии при открытых операциях на толстой кишке. При этом строго соблюдаются общеизвестные принципы абластики (профилактика распространения опухолевых клеток во время операции). Так, при раке слепой и восходящей кишки выполняется лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия (удаление правой половины толстой кишки), при опухолях сигмовидной кишки – ее лапароскопическая резекция. При опухоли ректосигмоидного отдела производится лапароскопическая передняя резекция прямой кишки с сохранением естественного пассажа каловых масс через задний проход. При поражении опухоли нижеампулярного отдела прямой кишки выполняется лапароскопическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (полное удаление прямой кишки с постоянной колостомой). Это тяжелая операция, но она является единственно возможным методом радикального удаления низко расположенной опухоли прямой кишки. Лапароскопическая экстирпация прямой кишки выгодно отличается от открытой экстирпации отсутствием разреза на животе.

Какие же преимущества дает лапароскопическая хирургия при раке толстой кишки? Конечно же, косметический эффект можно принять во внимание, но мы как онкологи ставим его на последнее место. Безусловно, главной задачей является качественное и надежное извлечение больного от опухолевой ткани. Именно поэтому при выполнении открытых вмешательств опытные онкологи делают большой разрез, так как надежность операции не должна страдать из-за стремления к внешней косметике. Но лапароскопия открывает новые возможности широкого доступа к внутренним органам без разреза брюшной стенки – через установленные в разных отделах живота троакары, позволяющие вводить через них видеокаме-

ру и инструменты. Уменьшение травмы брюшной стенки серьезным образом облегчает течение ближайшего послеоперационного периода. Уменьшается болевой синдром, требуется меньшее количество наркотических анальгетиков. Раньше восстанавливается моторика кишечника. Больные активизируются уже на следующий день после операции. При отсутствии осложнений больного можно выписать на 7-е сутки. Раньше происходит реабилитация. Последнее, на наш взгляд, имеет особенное значение, так как хорошее состояние больного позволяет в ранние сроки после операции приступить к следующему необходимому этапу лечения – лучевому или химиотерапевтическому. Ведь не секрет, что раннее начало адьювантной (профилактической) химиотерапии повышает ее эффективность.

Но, с другой стороны, лапароскопическая хирургия в онкоколопроктологии имеет свои недостатки и ограничения. Так, выполнение эндовидеохирургических вмешательств в большинстве случаев занимает на 30-90 минут больше, чем открытых. Операция сопровождается напряженным карбоксиперитонеумом (в брюшную полость под давлением поступает углекислый газ). Эти факторы могут негативно сказаться на течении анестезии у пожилых больных. Кроме того, лапароскопическая операция при больших опухолях не имеет смысла – для извлечения удаленного препарата все равно придется сделать большой разрез. При опухолях, прорастающих в соседние органы, выполнение лапароскопической операции, как правило, оказывается невозможным или слишком опасным. Тяжелый спаечный процесс после предшествующих операций на животе также значительно затрудняет лапароскопическое выполнение операции.

Таким образом, лапароскопические вмешательства при раке толстой кишки сегодня заняли свое место в лечении этой тяжелой патологии. Но для того, чтобы ближайшие преимущества были очевидными, а отдаленные результаты – хорошими, необходим тщательный отбор пациентов на такие операции опытными специалистами. Такие операции могут выполняться только хирургами, имеющими большой опыт в открытой хирургии рака толстой кишки.

**А. Г. Рылло, онколог-хирург
онкоколопроктологического
отделения ГКОД,
М. Х. Фридман, зав. отделением
онкоколопроктологии ГКОД**