

Эндовидеолапароскопич еские операции при опухолях желудка и ободочной кишки

Выполнил:Ибраев Н.Б

Группа: 629 ВОП

- Лапароскопическая хирургия, или хирургия минимального вмешательства день ото дня все надежнее и надежнее укрепляет свои позиции и в онкологической практике. Данный подход, в отличие от традиционного, открытого варианта, не требует проведения обширных разрезов – доступ осуществляется через небольшие проколы, обеспечивая, несомненно, лучший косметический эффект по сравнению с лапаротомией и заметно уменьшая выраженность болевого синдрома в постоперационном периоде.

- При этом хирург использует специальное приспособление, которое похоже на гибкую телескопическую трубку и имеет окуляр, необходимый для того, чтобы врач осматривал брюшную полость со всеми расположенными в ней внутренними органами и структурами и осуществлял все манипуляции под визуальным контролем. Изображение, получаемое благодаря очень маленькой видеокамере, в режиме реального времени транслируется прямо на экран, расположенный непосредственно над операционной.

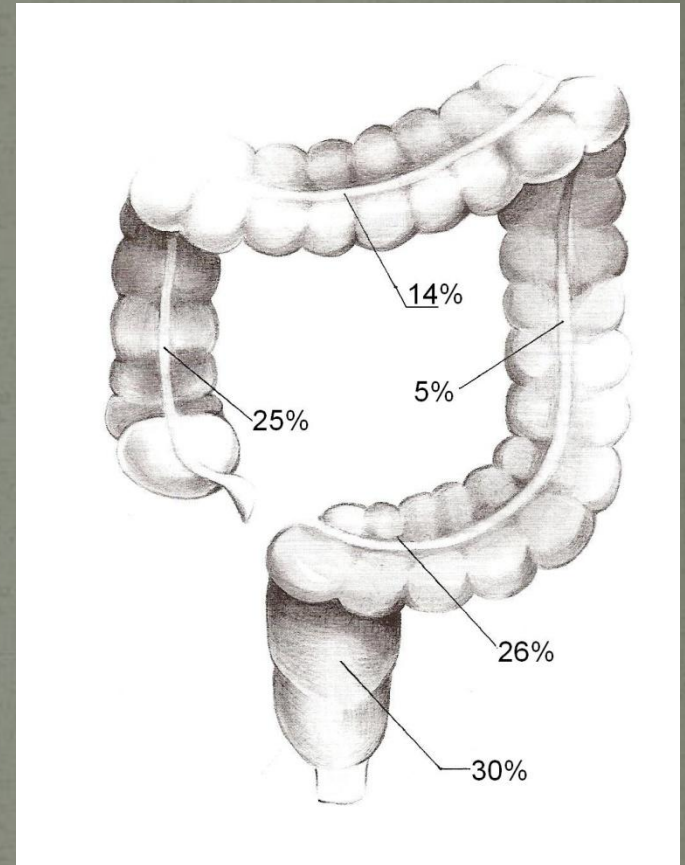


- Большие лапароскопические операции, назначаемые по поводу рака желудка (субтотальная и тотальная (полная) гастрэктомия), сейчас, к сожалению, выполняются далеко не во всех онкодиспансерах, так как производиться они могут только специально обученной хирургической бригадой, в распоряжении которой имеется соответствующая достаточно сложная видеоаппаратура и весь набор необходимого инструментария.

- В большинстве случаев при лапароскопической резекции толстого кишечника хирург вместо длинного разреза проводит всего 4-5 маленьких разрезов 1-2 см длиной. Все инструменты вводятся через особые трубки-троакары. Весь ход операции виден с помощью миниатюрной камеры на мониторе.
- При большом размере опухоли врач проводит частичную колэктомию. После этого проводится анастомоз – сшиваются участки пересеченной кишки. Помимо этого врач иссекает регионарные лимфоузлы, для последующего их гистологического исследования.

Частота локализации рака в толстой кишке.

- Восходящий отдел – 25%
- Поперечный отдел – 14%
- Нисходящий отдел – 5%
- Сигмовидная кишка – 26%
- Прямая кишка – 30%



Резекция и колостомия

- При технической невозможности соединения двух участков кишки один из них (дистальный) ушивается, а ближний (проксимальный конец) выводится на переднюю брюшную стенку. К выведенному концу (колостоме) подсоединяется калоприемник. В некоторых случаях колостома бывает временной, пока не заживет дистальная часть толстого кишечника. Однако, при полном удалении части толстой кишки колостома остается постоянно.

Радикальная операция

- Предусматривает:

1. Удаление опухоли в пределах здоровых тканей, пересечение кишки в 5-10 см от опухоли в дистальном и в 20 см. в проксимальном направлениях.
2. Удаление регионарных лимфатических узлов (эпиколических, параколических и промежуточных).

**Восходящая
кишка**

**Поперечная
кишка**

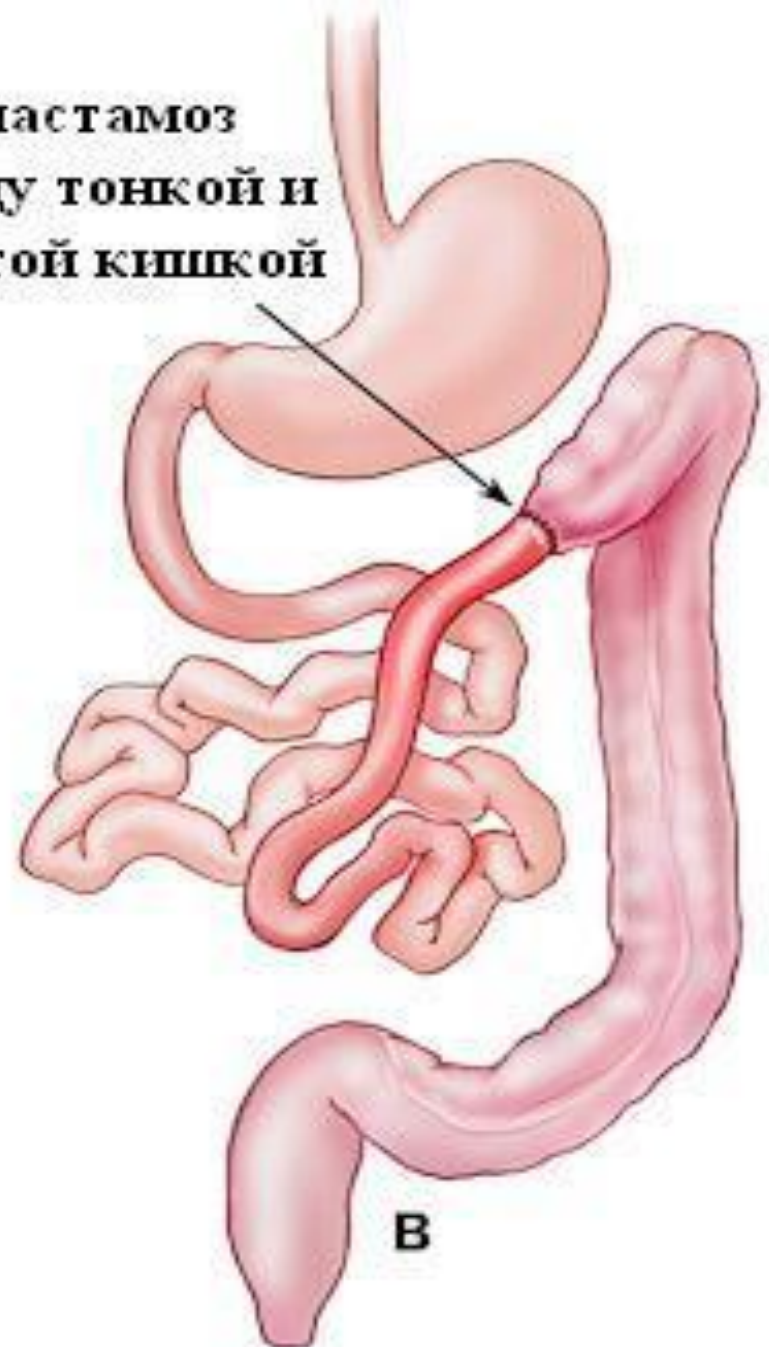
Опухоль

**Тонкая
кишка**

А

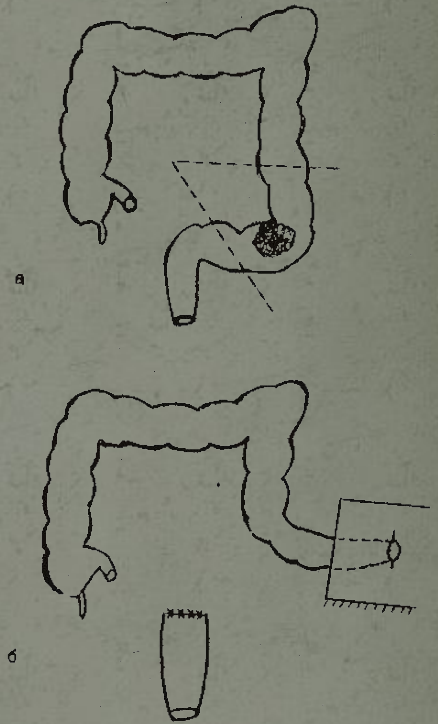
**Анастомоз
между тонкой и
толстой кишкой**

В



Операция Гартмана (обструктивная резекция прямой кишки)

- Операция при опухолях прямой кишки располагающихся не выше сигморектального угла в пределах 5-15 см выше ануса.
- Производится не в остром периоде, а после тщательной подготовки больного.
- После резекции кишки с опухолью приводящий отрезок выводится в верхний угол раны в виде одноствольной колостомы, а нижний зашивается наглухо, опускается в полость таза. Над ним зашивается тазовая брюшина.



Преимущества лапароскопической резекции толстой кишки при раке

- Среди преимуществ лапароскопических вмешательств можно отметить такие:
- минимальная кровопотеря
- малая травматичность для пациента
- точность проведения оперативного вмешательства, благодаря микрохирургическому увеличению, что позволяет подробно визуализировать сосудистые и нервные структуры брюшной полости
- гораздо менее интенсивный болевой синдром в послеоперационном периоде, что связано с меньшей травматичностью операции
- быстрый восстановительный период сроки пребывания в стационаре (максимум 5 дней вместо 10 - 12 при традиционном оперативном вмешательстве)
- приемлемый косметический эффект (на коже остаются 5 разрезов от 5 мм до 1см).
- Современные исследования показывают, что в первый год после лапароскопической резекции общее качество жизни у таких пациентов значительно лучше по сравнению теми, кто перенес традиционное открытое оперативное.

Послеоперационный период

- В послеоперационном периоде могут, как и в случае традиционных оперативных вмешательств, встречаться осложнения. К ним относятся кровотечения, инфекция, парез кишечника, несостоятельность анастомоза.
- Общий уровень осложнений, по различным данным, при лапароскопических вмешательствах на толстой кишке составляет 6 - 28,5%. Такие специфические осложнения как несостоятельность швов анастомоза наблюдаются в 0,94 - 3,9%, раневая инфекция – в 0,33-3,1%, а парез кишечника - в 2,5-3,14% наблюдений.