

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'ЇЗД ХІРУРГІВ УКРАЇНИ,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

**Висновки.**

1. Використання апарату височастотної електрохірургії “KLS Martin” сприяє суттєвому скороченню тривалості операції, значно зменшує об'єм крововтрати під час операції та больовий синдром у післяопераційному періоді, а також сприяє формуванню ніжного косметичного рубця завдяки незначній глибині некрозу тканин.

2. Застосування цієї сучасної технології запобігає виникненню рубцевих стриктур анального каналу, анальної інконтиненції, а також сприяє швидкій медико – соціальній реабілітації пацієнтів.

## **Тактичні та технічні особливості лапароскопічної резекції прямої та сигмоподібної кишки**

**А. В. Клименко, І. Є. Кононенко**

**Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна**

**Актуальність.** Колоректальний рак (КРР) в Україні займає четверте місце в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення по Україні серед жінок (6,6%) і п'яте серед чоловіків (6,4%). Хірургічний метод залишається основним у лікуванні хворих на рак прямої кишки. У ряді клінік України впроваджені і широко виконуються лапароскопічні операції на товстій кишці, однак ряд тактичних і технічних питань є предметом дискусії провідних світових експертів. Зокрема, невирішеними залишаються питання ефективних заходів щодо запобігання неспроможності колоректального анастомозу, яка на сьогоднішній день складає 11–17%. Невизначеними залишаються й критерії оцінки сформованого анастомозу.

**Мета дослідження.** Розробити технічні аспекти модифікованої лапароскопічної резекції прямої кишки і методи профілактики неспроможності анастомозу.

**Матеріали та методи.** З 2014 по 2018 рр. в клініці факультетської хірургії ЗДМУ лапароскопічна передня резекція прямої та сигмоподібної кишки з приводу раку була виконана 31 пацієнту. Чоловіків було 13 (41,93%), жінок – 18 (58,07%). Середній вік склав  $63,75 \pm 11,7$  років. Всі хворі обстежені відповідно до сучасних стандартів, включаючи ФКС, КТ, УЗД, до- та післяопераційне патогістологічне дослідження. Всім хворим дисекцію видалюємого сегмента прямої кишки і лімфодисекцію в обсязі D2 виконували за допомогою ультразвукового скальпеля «Harmonic», а формування колоректального анастомозу проводили циркулярним степлером фірми «Джонсон і Джонсон» 29–33 мм в діаметрі.

**Результати та обговорення.** Для профілактики неспроможності анастомозу не проводилося накладення превентивної ілеостоми, а застосовувалася прецизійна техніка препарування тканин з ретельною оцінкою кровопостачання анастомозуємих ділянок на фоні відсутності їх натягу. Такий технічно обґрунтований підхід дозволив уникнути неспроможності колоректальних анастомозів у всіх хворих. Летальних випадків та ускладнень не було.

Особливу роль в оцінці ефективності і спроможності анастомозу грає розроблена в клініці методика візуальної оцінки накладеного анастомозу за допомогою прямої відеоректоскопії. Дана методика дозволяє не тільки оцінити спроможність степлерного шва, але й виключити можливу кровотечу, утворення підслизової гематоми, при необхідності провести корекцію цих ускладнень.

**Висновки.** Лапароскопічна передня резекція прямої кишки є ефективним і безпечним оперативним втручанням. Застосування розроблених підходів до накладення лапароскопічного колоректального анастомозу дозволяє уникнути його неспроможності.

## Еволюція технологій оперування хворих на рак дистальних відділів прямої кишки, сучасні критерії вибору способу втручання

**М. Д. Кучер, Ф. Г. Ткаченко, О. Л. Орлов**

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
Київська міська клінічна лікарня № 18**

Сучасні класифікації пухлин прямої кишки ґрунтуються на визначенні глибини інвазії шарів стінки прямої кишки і навколишніх структур (фасціальних футлярів, м'язів анального сфінктера і тазового дна, прилеглих органів – Е. Rullier, 2013). Висока точність діагностики місцевого поширення пухлини стала можливою завдяки впровадженню методик магнітно-резонансної томографії і ендолюмінальної сонографії. Сучасний обсяг куративної операції передбачає: 1) первинну високу перев'язку а. mesenterica inf. (D–3 лімфодисекція); 2) тотальну мезоректумектомію (ТМЕ); 3) мінімально допустиму відстань у 1 см від краю пухлини до дистальної межі резекції у разі локалізації пухлини нижче від мезоректуму (супраанальні, юктаанальні, інтраанальні пухлини). Еволюція способів виконання сфінктерозберігаючих низьких резекцій прямої кишки за сімдесят років пройшла шлях від передньої резекції прямої кишки з ручним прямим колоректальним анастомозом (Claude Dixon, 1948) і евагінаційних безшовних операцій (Babcock–Bacon, 1945; Cutait–Turnbull, 1961) до апаратних резекцій (А.Н. Бурцев, 1957; Knight CD, Griffen FD, 1980), до ультранизької передньої резекції з трансанальним анастомозом (А. Parks, 1972) і до різновидів інтерсфінктерної резекції (R. Schiessel, 1994). Еволюція технологій оперування сталася впродовж останніх 25 років: лапаротомічні, лапароскопічні операції, роботоасистовані і трансанальні ендоскопічні мікрохірургічні втручання, абдоміно–трансанальне виконання ТМЕ (Cecil approach).

**Мета:** на підставі клінічного аналізу безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування хворих на рак прямої кишки, а також результатів патогістологічного дослідження видалених макропрепаратів опрацювати рекомендації про вибір способу операції у хворих на рак дистальних відділів прямої кишки.

Проаналізовані результати хірургічних операцій у 171 хворого на рак дистальних відділів прямої кишки за період 1996–2017 років. Абдомінальний етап втручання виконувався лапароскопічним способом у 74 хворих, лапаротомічним – у 97 хворих. Низьку передню резекцію з формуванням апаратного колоректального анастомозу (double–stapling anastomosis) виконали у 121 хворих; ультра низьку передню резекцію з комбінованим абдоміно–трансанальним виконанням ТМЕ і формуванням колоанального анастомозу ручним способом трансанально – у 20 хворих, ультра низьку інтерсфінктерну резекцію прямої кишки з формуванням колоанального анастомозу – у 8 хворих, черевно–анальну (евагінаційну за Bacon –Turnbull) резекцію прямої кишки – у 7 хворих, черевно–промежину екстирпацію прямої кишки – у 17 хворих.

### **Висновки.**

1. Для Т2–Т3 пухлин з супраанальною локалізацією операцією вибору є комбінований абдоміно–трансанальний спосіб виконання ТМЕ з формуванням коло–анального анастомозу ручним способом. Даний спосіб також зручний для використання у хворих