

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кононенко И.Е.

Научный руководитель: проф. Клименко В.Н, д.мед.н. Клименко А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Актуальность. Колоректальный рак (КР) занимает четвертое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в Украине среди женщин (6,6%) и пятое – среди мужчин (6,2%). Лечение рака прямой кишки – это мультидисциплинарный комплексный подход, основой которого является хирургическая операция. На современном этапе в большинстве ведущих клиник мира и в ряде клиник Украины внедрены и широко выполняются лапароскопические операции на прямой кишке, однако ряд тактических и технических вопросов являются предметом дискуссии ведущих мировых экспертов. В частности нерешенными остаются вопросы эффективных мероприятий по предотвращению несостоятельности низкого прямокишечного анастомоза (НПА), которая на сегодняшний день составляет 12-15%. Европейские консенсусы и руководства рекомендуют с этой целью наложение превентивной илеостомы, однако многие авторы отмечают, что это не изменяет частоту НПА, а только уменьшает риск развития разлитого калового перитонита. Неопределенными остаются критерии для выполнения двухэтапного оперативного лечения и методы закрытия стом.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность лапароскопической передней резекции прямой кишки при раке и определить пути решения проблемы несостоятельности колоректальных анастомозов.

Материалы и методы. С 2013 по 2016 гг. в клинике факультетской хирургии ЗГМУ лапароскопическая передняя резекция прямой кишки по поводу рака была выполнена 20 пациентам. Мужчин было 11 (55%), женщин – 9 (45%). Средний возраст составил $63 \pm 11,4$ лет. Все больные обследованы согласно современных стандартов, включая ФКС, КТ, УЗИ, до и послеоперационное патогистологическое исследование. Всем больным диссекцию удаляемого сегмента прямой кишки и лимфодиссекцию в объеме D2 выполняли с помощью ультразвукового скальпеля «Harmonic», а наложение колоректального анастомоза проводили циркулярным степлером фирмы «Джонсон и Джонсон» 29-33 мм в диаметре.

Результаты и обсуждение. В тактическом плане перед хирургом, прежде всего, стоит вопрос накладывать ли первичный анастомоз или закончить операцию наложением временной стомы. В данной серии двум больным с обтурирующей формой опухоли несмотря на тщательную подготовку кишечника очистить приводящий отдел толстой кишки от большого количества каловых масс не представлялось возможным. Этим больным выполнено двухэтапное лечение с удалением опухоли и наложением концевой десцендостомы первым этапом с последующим лапароскопическим закрытием стомы, путем наложения десцендоректоанастомоза. Обращает внимание отсутствие спаечного процесса при повторной операции, что делало наложение циркулярного степлерного анастомоза технически несложной задачей.

Для профилактики несостоятельности анастомоза не проводилось наложение превентивной илеостомы, а применялась прецизионная техника препарирования тканей с тщательной оценкой кровоснабжения анастомозируемых участков на фоне отсутствия их натяжения. Такой технически обоснованный классический подход позволил избежать несостоятельности колоректальных анастомозов у 100% больных как при первичных, так и при восстановительных операциях. Летальных исходов и осложнений не было.

Особую роль в оценке эффективности и состоятельности анастомоза играет разработанная в клинике методика визуальной оценки наложенного анастомоза с помощью прямой видеоректоскопии. Данная методика позволяет не только оценить состоятельность степлерного шва, но и исключить возможное кровотечение, образование подслизистой гематомы, при необходимости провести коррекцию этих осложнений.

Выводы. 1) лапароскопическая передняя резекция прямой кишки является эффективным и безопасным оперативным вмешательством; 2) применение разработанных подходов к наложению лапароскопического колоректального анастомоза позволяет избежать его несостоятельности; 3) при выполнении двухэтапной операции закрытие колостомы должно проводиться лапароскопически.