

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ НИЗЬКОЇ ПЕРЕДНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ

О.І. Міміношвілі, С.В. Ярошак, А.О. Міміношвілі, К.В. Коцубанов

Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України, м. Донецьк

Реферат

У праці проаналізовано умови та ефективність використання апаратного шва при виконанні операції на ректосигмоїдному відділі товстої кишки при пухлинному ураженні. Показано переваги накладення вказаного виду анастомозу, визначені умови необхідності накладення петельних стом і терміни їх ліквідації.

Ключові слова: рак прямої кишки, апаратний шов

Abstract

RESULTS OF LOW ANTERIOR RESECTIONS FOR RECTAL CARCINOMA

O.I. MIMINOSCHVILI, S.V. YAROSHCHAK,

A.O. MIMINOSHVILI, K.V. KOCUBANOV

The V.K. Gusak Institute of Emergency and Restorative Surgery AMS of Ukraine

The factors related to the use of staplers in low anterior rectosigmoid resection for colon cancer were investigated. The advantages of certain types of anastomoses are discussed, as well as the need for loop stomas and their removal.

Key words: rectal cancer, stapler

Вступ

Характер і об'єм операційних втручань на ободовій кишці при різноманітних патологічних станах не викликає великих протиріч, але питання операційної тактики при патології прямої кишки, особливо при пухлинному ураженні, є не однозначним і викликає найбільші проблеми при низькій резекції прямої кишки [1, 4].

Рак прямої кишки представляє технічні труднощі для хірурга. Екстирпація прямої кишки із виведенням постійної сигмостоми, яку виконували раніше майже всім пацієнтам, залишає хворого на все життя фізично і соціально дезадаптованим інвалідом [1, 3]. Так, як кількість хворих на рак прямої кишки досягає 20-25% від кількості хворих на колоректальний рак, виникає необхідність виконання операційного втручання, яке окрім радикальності, зумовлює зменшення кількості післяопераційних ускладнень і можливості ранньої реабілітації хворих [2].

Мета роботи - оцінка ефективності застосування зшивних апаратів при резекції прямої кишки з приводу раку.

Матеріал і методи

За період від 1997 до 2008 рр. у відділі абдомінальної хірургії і політравми Інституту невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака на лікуванні було 108 хворих на рак прямої кишки із локалізацією пухлини у верхньо-ампулярному відділі прямої кишки - 62 хворих і середньо-ампулярному - 46 хворих. Чоловіків було 68 (57,4%), жінок - 40 (42,6%). Із Т2 було - 27 хворих, Т3 - 58, Т4 - 11 пацієнтів. У 8 (7,4%) хворих було виявлено віддалені метастази у печінку.

Результати й обговорювання

Основним завданням операційного втручання у цих хворих було радикальне видалення пухлини із відновленням цілісності товстої кишки. Виконання цього завдання пов'язане із певними технічними труднощами через анатомічні особливості розташування прямої кишки. У зв'язку із обмеженим операційним простором, особливо при вузькому тазі, хірургові досить важко з'єднати ділянки кишки між якими утворюється анастомоз. Хірург вимушений виконувати операції типу Гартмана або різні способи низведення ободової кишки в анальний канал.

Від 2002 р. у нашій клініці при резекції прямої кишки із приводу раку верхньо- й середньо-ампулярного відділів виконується накладення колоректального анастомозу із використанням апаратного шва. Ми застосовували степлери фірми Етікон типу Contour Curved Cutter Stapler для перетинання прямої кишки й Curved Intraluminal Stapler 1 Proximate ils діаметром від 29 до 33 мм для накладення циркулярного анастомозу. Із використанням цього методу оперовано 47 хворих. У процесі мобілізації товстої кишки ми використали ультразвуковий скальпель цієї ж фірми.

Показанням до накладення апаратного шва вважаємо наявність можливості видалення пухлини, що не проростає у навколишні органи, і достатньої для формування анастомозу кукси прямої кишки не менш 5 см. У всіх спостереженнях виконували формування анастомозу за

типом "кінець до кінця".

Після мобілізації кишки, яку резектують із використанням ультразвукового скальпелю, на ділянці кишки між якими накладається анастомоз по обидва боки пухлини накладаємо апаратний шов із використанням Contour Curved Cutter Stapler і видаляємо ділянку товстої кишки разом із пухлиною. Після цього у пряму кишку вводимо апарат, що зшиває, попередньо наклавши на куксу прямої кишки й на ободову кишку кисетні шви. Частина апарата зближають гвинтом до встановленого зазору й прошивають ділянки кишки формуючи анастомоз із видаленням надлишку кишки.

Перевагами накладення механічного шва у порівнянні зі стандартними методами є: - значно розширюються показання до виконання резекцій прямої кишки із накладенням більше фізіологічного кінця в кінець анастомозу, при пухлинах розташованих вище 10 см від ануса, коли накладення ручного шва є досить складним, а часом неможливим:

- значно скорочується час накладення анастомозу, а отже й час операції;
- не порушується функція анального каналу й ампулярного відділу прямої кишки, у результаті рівномірного з'єднання ділянок кишки;
- при формуванні анастомозу й використанні біологічно інертних металевих дужок зрощення тканин відбувається в умовах мінімального запалення з формуванням ніжного рубця.

Використання апарата, що зшиває, для накладення циркулярного шва дозволяє сформувати максимально низькі анастомози аж до рівня верхнього краю анального каналу. Після накладення апаратного шва навколо останнього ми додатково формували низку серозно-серозних швів. Труднощі, пов'язані із особливостями анатомічного розташування ділянок кишки, між якими накладається анастомоз, перешкодили накладенню у всіх оперованих хворих другого ряду швів. У випадку наявності у хворих явищ субкомпенсованої кишкової непрохідності ми виконували виведення петельної ілеостоми або трансверзостоми ("loop-stoma").

Петельна ілеостома була сформована у 6 хворих, петельна трансверзостома - у 5 пацієнтів. Перевагу віддавали накладенню ілеостоми, при наявності у хворого симптомів субкомпен-

сованої товстокишкової непрохідності, формували петельну трансверзостому. При успішному результаті операції через 3-4 тижні стоми, що були виведені, закривали у плановому порядку.

Вивчення безпосередніх і віддалених результатів резекції прямої кишки із використанням апаратного шва показало перевагу останнього перед ручним швом анастомозу й способами низведення ободової кишки. Із 47 оперованих хворих лише в одного хворого, у зв'язку із явищами субкомпенсованої кишкової непрохідності та через технічні труднощі під час операції, розвинулася мікронеспроможність анастомозу. Хворому була виведена трансверзостома й проведено консервативне лікування неспроможності анастомозу, спрямоване на забезпечення адекватного відтоку кишкового вмісту із прямої кишки й вмісту дренажів. Хворий видужав. Надалі кишкова безперервність була відновлена через 2 місяці від моменту першої операції.

Висновки

1. Застосування апаратного шва при формуванні колоректального анастомозу у хворих, оперованих з приводу раку прямої кишки забезпечує легкість виконання операційного втручання, достатню міцність накладеного анастомозу, скорочує тривалість операції, сприяє одержанню добрих безпосередніх і віддалених результатів.
2. Використання апаратного шва при формуванні низького колоректального анастомозу повинне супроводжуватися накладенням петельної ілео- або трансверзостоми у випадках: відсутності впевненості у повноцінному формуванні анастомозу; при натягу країв кишки між якими був сформований анастомоз; при недостатній підготовці кишківника у хворих із субкомпенсованою товстокишковою непрохідністю.

Література

1. Бондарь Г.В., Псарас Г.Г., Борота А.В., Золотухин С.Э. Профилактика несостоятельности анастомоза при хирургическом лечении больных осложненным раком толстой кишки // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2001. - Т. 5, № 1. - С.103-107.
2. Бондарь Г.В., Псарас Г.Г., Башеев В.Х. Способ резекции прямой кишки по поводу рака // Патент России № 2165738, выдан 27.04.2001.
3. Султанов Г.А., Кныш В.И., Алиев С.А. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимос-

ти левой половины ободочной кишки // Вест.
Хирургии. -1997.-№ 2. - С.40-43.
4. Яицкий Н.А., Васильев С.В., Котиашеили В.Н.

Первичное восстановление непрерывности кишечника
при осложненных формах рака ободочной и прямой
кишок // Хирургия -1994. -№ 10. - С.26-29.