

тальні) не виявлено. Тому останніми роками формували тонкокишкові резервуари простої, J-подібної, форми. Середня частота акту дефекації через 6 міс. після закриття тимчасової відвідної ілеостоми становила (6,1±1,9) разу на добу (у тому числі 1–2 рази уночі). Через 12 міс. після операції даний показник практично не змінився — 5,7±2,1. Переважна більшість (80,9 %) пацієнтів мали здатність затримувати акт дефекації протягом 15 хв після імперативного позиву спорожнити кишку, що відображає досить високу «резервуарність» неоректума і достатнє для утримання кишкового вмісту вольове зусилля анального сфінктера.

Висновки

1. На даному етапі опрацювання проблеми хірургічного лікування хворих на НВК за операцію вибору вважаємо первинну реконструктивну проктоколектомію лапароскопічним способом з екстракорпоральним формуванням тонкокишкового резервуара, трансанальним виконанням мукозектомії, ручним накладанням резервуарно-анального анастомозу. Перспективним є впровадження у широку практику цілковито лапароскопічного способу формування тонкокишкового резервуара і трансанального видалення макро-

препарату (без мінілапаротомії).

2. При хворобі Крона товстої кишки можна отримати успішні віддалені результати від виконання тотальної колектомії лапароскопічним способом з формуванням первинно ілео (резервуарно)-ректальних анастомозів. Але при цьому завжди є ризик рецидиву хвороби, особливо поблизу кишкових анастомозів.

3. За умов, коли важко провести диференційний діагноз між НВК і ХК товстої кишки, а також при тяжкому ускладненому перебігу хвороби, доцільно розділити хірургічне лікування на два етапи: спочатку виконати тотальну колектомію з обструктивною низькою передньою резекцією прямої кишки і термінальною ілеостомією, а через 8–12 міс. потім визначити характер другого етапу операції. Залежно від особливостей морфологічних змін у куксі прямої кишки це може бути або трансанальна мукозектомія з формуванням тонкокишкового резервуарно-анального анастомозу, або накладання ілеоректального анастомозу, або ж екстирпація кукси прямої кишки доступом із промежни.

4. Чітке визначення топографії тазових органів, судин, нервів, особливо під час повторних операцій, лежить в основі профілактики інтраоперацій-

них ускладнень. Тому у подальших дослідженнях варто провести оцінку способів інтраопераційної цисто- й ендoureteroілюмінації з метою покращання якості лапароскопічної візуалізації сечовивідних шляхів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients* / V. W. Fazio, R. P. Kiran, F. H. Remzi [et al.] // *Ann Surg.* – 2013. – N 4. – P. 679–685.

2. Кучер М. Д. Лапароскопічна проктоколектомія у лікуванні 41 хворого на неспецифічний виразковий коліт та родинний аденоматозний поліпоз товстої кишки / М. Д. Кучер, М. І. Криворук // *Львівський медичний часопис. Acta Medica Leopoliensia.* – 2010. – № 4. – С. 91–94.

3. *Heald R. J. Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation* / R. J. Heald, D. R. Allen // *Br J Surg.* – 1986. – Vol. 73. – P. 571–572.

REFERENCES

1. Fazio V.W., Kiran R.P., Remzi F.H. et al. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients. *Ann Surg* 2013; 257 (4): 679-685.

2. Kucher M.D., Kryvoruk M.I. Laparoscopic proctocolectomy for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis in 41 patients. *Lvivskyi medychnyi chasopys. Acta Medica Leopoliensia* 2010; 16 (4): 91-94.

3. Heald R.J., Allen D.R. Stapled ileo-anal anastomosis: a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation. *Br J Surg* 1986; 73 (7): 571-572.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.345-006.6+616.348-089.8

Т. І. Тамм, О. П. Захарчук, В. В. Непомнящий, І. О. Дворнік

ПРИЧИНИ УСКЛАДНЕНЬ І КОНВЕРСІЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ РЕЗЕКЦІЯХ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

УДК 616.345-006.6+616.348-089.8

Т. И. Тамм, А. П. Захарчук, В. В. Непомнящий, И. А. Дворник
ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И КОНВЕРСИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ОБОДочНОЙ КИШКИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В статье проанализированы результаты лечения 48 больных раком ободочной кишки различной локализации, лечение которых осуществлялось с помощью лапароскопического метода. Установлено, что для выполнения лапароскопических методик необходимо провести ректаль-



ное исследование больных, направленное на выявление осложненных форм, что в дальнейшем улучшает результаты лечения данной категории пациентов за счет меньшей травматичности операции, уменьшения количества гнойно-воспалительных осложнений операции, а также уменьшения количества конверсий.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопические операции, гнойные осложнения, конверсии.

UDC 616.345-006.6+616.348-089.8

T. I. Tamm, O. P. Zakharchuk, V. V. Nepomnyashchiy, I. O. Dvornik

REASONS OF COMPLICATIONS AND CONVERSIONS IN LAPAROSCOPIC COLON RESECTION

The Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Methods. In work were taken results of treatment of 48 patients suffering from colon cancer. 39 patients had tumor in sigmoid colon, 6.5% in ascendant part, 2.1% in transversal colon, 6.5% in spleen angle, 13.3% in descendance colon and 36.9 in sigmoid colon. In 54% patients, tumor sprout all layer of colon (T3), in 32.6% tumor invasion was in muscular layer (T2) and in 15.2% patients tumor was locally spread (T4).

Tumor invasion in small intestine was in 1 case and in the front side of abdomen wall in 6 cases.

Results. Mobilizing of damaging segments of colon starts from liberation, clipping and cutting it feeding and main line vessels' using monopolar and bipolar electric tools. Out putting of the segment with tumor and forming anastomosis was made extracorporally. Duration of operations was from 1.5 to 3.5 hours. Conversions in 10.4%, total amount of complications was 12.5%, postoperative mortality was 2%. Analysis of the treatment results revealed that to prevent conversions in patients with colon cancer, size of the tumor, grade of its local wide spreading and presence of complication should be considered. Allocation of the sigmoid colon segment with tumor by laparoscopic method comply with oncology principles of radicalism and ablatic.

Conclusions. Using of electric tools and minimal trauma of tissues reduce amount of purulent complications.

Key words: colon cancer, laparoscopic surgery, purulent complications, conversion.

Вступ

Основним методом лікування рака товстої кишки є оперативне втручання. Відкриті операції на товстій кишці зі збереженням принципів онкологічного радикалізму супроводжуються, як правило, високою частотою післяопераційних ускладнень, які становлять від 14 до 42,7 % та високою летальністю — від 1 до 15,9 % [2–4].

У розвитку гнійно-запальних ускладнень поряд зі станом імунорезистентності організму та ступенем розповсюдженості онкологічного процесу важливу роль відіграє техніка виконання операцій, які в онкологічних хворих відрізняються своєю поширеністю та травматичністю [4; 5; 7; 8]. У зв'язку з цим останнім десятиріччям частіше стали використовувати в онкохірургії лапароскопічні технології, які, на думку багатьох авторів, відповідають принципам онкологічного радикалізму та мають меншу травматичність [1; 5; 7–9].

Разом із цим з'явилися повідомлення про вимушені конверсії, які сягають 8,6 % і при яких частота гнійних ускладнень значно зростає [6–9].

Мета роботи — проаналізувати причини конверсій та ускладнень у хворих, які перенесли лапароскопічні втручання з приводу рака ободової кишки.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані історії хвороб 48 пацієнтів у віці від 51 до 85 років, хворих на рак ободової кишки різної локалізації. Жінок серед досліджуваних було 27 (56,2 %), а чоловіків — 21 (43,8 %). У 18 (39 %) хворих пухлина локалізувалась у сліпій кишці, у 3 (6,5 %) осіб — у висхідному відділі, в 1 (2,1 %) хворого — у поперекової кишці, у 3 (6,5 %) — у селезінковому відділі ободової кишки, у 6 (13,3 %) пацієнтів — у низхідному відділі товстої кишки й у 17 (36,9 %) — у сигмоподібній кишці. Хворим виконували загальноклінічні та біохімічні аналізи. Локалізацію пухлини визначали за допомогою ректороманоскопії, іригографії та колоноскопії. Розповсюдженість і ступінь інвазії пухлинного процесу визначали методами УЗД та комп'ютерною томографією. Оперативне втручання виконували із загальним зне-

болюванням з використанням відеолапароскопічної системи «Ендомедіум».

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл хворих залежно від стадії захворювання відповідає патогістологічній класифікації TNM, розробленій комітетом Міжнародного протиракетового союзу у 1997 р. Глибина інвазії є одним з факторів місцевого розповсюдження пухлинного процесу, який впливає на резектабельність і віддалені результати хірургічного втручання. У 26 (54 %) пацієнтів пухлина проростала в усі шари стінки кишки (T3), у 15 (32,6 %) — м'язовий шар (T2), у 7 (15,2 %) хворих пухлина була місцево розповсюджена (T4) та вросла у сусідні органи: в 1 випадку — у тонку кишку, у 6 — у передньообокову стінку очеревини. Метастазування у регіонарні лімфовузли виявлено у 20 (43,1 %) випадках, що підтверджено результатами морфологічного дослідження видалених препаратів. У 6 (13 %) хворих на рак ободової кишки виявлена супровідна жовчнокам'яна хвороба, в 1 (2,1 %) була післяопераційна



вентральна грижа і спайкова хвороба очеревини.

Мобілізація кишки здійснювалася за допомогою інструментів, які були введені через порти, установлені за стандартними методиками залежно від локалізації пухлини. Першим етапом виконували огляд черевної порожнини з візуалізацією пухлини кишки, потім виділяли магістральні судини, які постачають уражений сегмент. Їх обробку виконували за допомогою кліпаплікатора з кліпсами на судину довжиною 8 мм. Далі мобілізували уражений відділ кишки відповідно до онкологічних стандартів. У тих випадках, коли пухлина проростала у передньо-бокову стінку живота, уражені тканини брали на препарат за допомогою електроножа та єдиним блоком видаляли з сегментом ураженої кишки. У разі інвазії пухлини у сегмент тонкої кишки мобілізацію останнього виконували лапароскопічно, а мобілізований пухлинний комплекс видаляли єдиним блоком. Хворим на супровідну жовчнокам'яну хворобу спочатку виконували лапароскопічну холецистектомію, а потім проводили мобілізацію кишки з пухлиною. За наявності спайкової хвороби проводили спочатку вісцероліз, а потім мобілізацію кишки з пухлиною та її видалення, формування анастомозу, операцію завершували герміоалопластиком.

Після мобілізації кишки з пухлиною та регіонарними лімфовузлами розтином 5–6 см виконували лапаротомію. З цією метою використовували рани, які знаходилися поряд із троакарами. Це дозволило знизити травматичність втручання та досягнути деякого косметичного ефекту. Топографію ймовірного операційного доступу до черевної стінки визначали методом транслюмінації у проекції майбутнього формування анастомозу. При правобічній і лівобічній геміколектомії використовували параректальні розтини, а при резекції сигмоподібної кишки — розтин у клубовій ділянці. Мобілізований сегмент кишки з пухлиною

виводили на передню черевну стінку, попередньо завантаживши препарат у контейнер, а потім видаляли за допомогою апаратів «Ушиватель органів». Анастомоз формували екстракорпорально дворядним швом «кінець у кінець» або «кінець у бік». Оперативне втручання завершували дренажуванням черевної порожнини через місце одного з троакарів й ушиванням ран.

Тривалість операції залежала від локалізації пухлини та її розповсюдженості, супровідної патології та варіювала від 1,5 до 3,5 год. Із 48 хворих у 5 (10,4 %) виконано перехід до відкритого оперативного втручання. Причиною цього в 1 хворого була часткова кишкова непрохідність, яку не діагностували до операції. Наявність переповненого вмістом відділу товстої кишки не дозволила утримувати його затискачами, що порушувало онкологічні принципи мобілізації ураженого сегменту. В 1 випадку виявилася локалізація пухлини малого розміру у селезінковому куті, яку не візуалізували у хворої з ожирінням 3-го ступеня, у зв'язку з чим довелося виконати відкриту лапаротомію. У цьому разі один із засобів запобігти конверсії — виконання інтраопераційної колоноскопії.

Причиною третьої конверсії була кровотеча із судин кишки, яка виникла під час її мобілізації. В останніх двох випадках пухлина була фіксована до бокової стінки очеревини у ділянці клубових судин, що утруднило її мобілізацію.

Із 48 хворих у 6 (12,5 %) виникли різноманітні ускладнення: у 2 (4,1 %) пацієнтів — неспроможність анастомозу, яку ліквідували консервативною терапією, в 1 (2,1 %) — нагноєння післяопераційної рани. У 2 (4,1 %) спостерігалася тривала лімфорейя. Одна хвора померла на третю добу після операції, причиною смерті на автопсії виявився гострий інфаркт міокарда. Тривалість перебування у стаціонарі після операції у 42 (87,5 %) хворих без ускладнень була 4–6 діб.

Аналіз результатів лікування хворих на рак ободової кишки показав, що лапароскопічні технології, порівняно з традиційними методиками, мають низку переваг, які відповідають вимогам абластики. Так, мобілізація сегменту кишки з пухлиною здійснюється методом електрокоагуляції та не пов'язана з травматизацією самої пухлини інструментом або руками хірурга. Мало-травматичність оперативного втручання сприяє зниженню гнійно-запальних ускладнень порівняно з даними літератури. Для запобігання конверсіям необхідне ретельне обстеження хворих до операції. Потрібно визначати розмір пухлини, ступінь місцевого розповсюдження та виключити такі ускладнення, як кишкова непрохідність і параколярний абсцес. З метою візуалізації пухлин малих розмірів доцільне використання субопераційної колоноскопії.

Висновки

1. Лапароскопічний метод лікування хворих на рак ободової кишки відповідає онкологічним принципам та є перспективним напрямом.

2. Для зниження частоти конверсій і післяопераційних ускладнень необхідне адекватне доопераційне обстеження та ретельний відбір хворих, які не мають таких ускладнень захворювання, як гостра кишкова непрохідність і параколярні абсцеси, а також місцево розповсюджені форми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апрощенко А. О. Основные этапы развития лапароскопической хирургии в онкологической колопроктологии / А. О. Апрощенко, И. Е. Хатьков, Ю. А. Барсуков // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2012. – Т. 23, № 1. – С. 3–8.

2. Женило В. М. Оптимизация профилактики ранних послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных колоректальным раком / В. М. Женило, Н. Н. Попова // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – Т. 114, № 9. – С. 51–56.

3. Лапароскопические хирургические вмешательства в хирургии рака



толстой и прямой кишки / О. И. Кит, Ю. А. Геворкян, В. Е. Колесников [и др.] // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 49–50.

4. Шалимов С. О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / С. О. Шалимов, О. У. Євтушенко, Д. В. М'ясоєдов. – К., 2004. – 213 с.

5. Шельгін Ю. А. Техника лапароскопических операций при раке толстой кишки / Ю. А. Шельгін, Г. И. Воробьев, С. А. Фролов // Практическая онкология. – 2005. – Т. 6, № 2. – С. 81–91.

6. Шетогубов А. И. Прогнозирование гнойно-воспалительных осложнений в лечении колоректального рака / А. И. Шетогубов // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 4. – С. 27–28.

7. Agha A. 300 laparoscopic resections of the rectum: conversion and its effect on the incidence of postoperative complications and oncological results / A. Agha, A. Furst // International journal of colorectal diseases. – 2008. – N 1. – P. 123–126.

8. Ng S. S. Emergency laparoscopic-assisted right-sided hemicolectomy against the traditional open surgery for colon cancer complicated by obstruction:

a comparative study of immediate results. / S. S. Ng, J. F. Lee // World journal of surgery. – 2008. – N 1. – P. 123–125.

9. Pugliese R. The results of laparoscopic anterior resection for adenocarcinoma of the rectum: a retrospective analysis of 157 cases / R. Pugliese, S. Di Lernia // American journal of surgery. – 2008. – Vol. 195, N 2. – P. 233–338.

REFERENCES

1. Aproshchenko A.O., Khatkov I.E., Barsukov Y.A. Main stages of development laparoscopic surgery in oncologic coloproctology. *Bulletin of RONC. NN Blokhin RAMS* 2012; 23 (1): 3-8.

2. Zhenilo V.M., Popova N.N. Optimization of prevention of early postoperative pyoinflammatory complications in patients with colorectal cancer. *Kubanskiy nauchnyi meditsinskiy vestnik* 2009; 114 (9): 51-56.

3. Kit O.I., Gevorkyan Yu.A., Kolesnikov V.E., et al. Laparoscopic surgery in cancer surgery of the colon and rectum. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* 2012; 4: 49-50.

4. Shalimov S.A., Yevtushenko O.Yu., Miasoyedov D.V. *Suchasna diagnostika ta likuvannia zloyakisnykh pukhlym obodovoi kishki* [Modern dia-

gnostics and treatment of cancer of the colon]. Kyiv, 2004, 213 p.

5. Shelygin Yu.A., Vorobiov G.I., Frolov S.A. Technique of laparoscopic surgery in colon cancer. *Practicheskaya oncologia* 2005; 6 (2): 81-91.

6. Shetogubov A.I. Prediction of pyoinflammatory complications in the treatment of colorectal cancer. *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza*. 2010; 4: 27-28.

7. Agha A., Furst A. 300 laparoscopic resections of the rectum: conversion and its effect on the incidence of postoperative complications and oncological results. *Int J Colorectal Dis* 2008; 9: 123-126.

8. Ng S.S., Lee J.F. Emergency laparoscopic-assisted right-sided hemicolectomy against the traditional open surgery for colon cancer complicated by obstruction: a comparative study of immediate results. *World J Surg*. 2008; 16: 123-125.

9. Pugliese R., Di Lernia S. The results of laparoscopic anterior resection for adenocarcinoma of the rectum: a retrospective analysis of 157 cases. *Am J Surg*. 2008; 195 (2): 233-338.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616-006.6-089.85:616.352:615.847

Л. С. Білянський, Є. Ю. Мірошніченко¹,
В. О. Жельман, Д. О. Чевердюк¹, О. О. Амбруш¹,
Ю. О. Полєнцов¹, Г. К. Оніщенко¹

ТРАНСАНАЛЬНА ЕНДОСКОПІЧНА МІКРОХІРУРГІЯ ПУХЛИН ПРЯМОЇ КИШКИ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна,

¹ Дорожня клінічна лікарня № 1 ст. Київ ПЗЗ, Київ, Україна

УДК 616-006.6-089.85:616.352:615.847

Л. С. Белянский, Е. Ю. Мирошніченко¹, В. А. Жельман, Д. А. Чевердюк¹, О. О. Амбруш¹,
Ю. О. Полєнцов¹, А. К. Оніщенко¹

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ, Україна,

¹ Дорожня клінічна лікарня № 1 ст. Київ ЮЗЖД, Київ, Україна

В пилотное наблюдение исследование включены 22 пациента с ворсинчатыми опухолями прямой кишки и преинвазивной карциномой. Средний возраст — (55,8±8,4) года, преобладали женщины (67 %). Пациенты оперированы с использованием однопортовых устройств, вводимых трансанально (ТЕМ — трансанальная эндоскопическая микрохирургия). Расстояние опухоли от ануса составило 7 (4–10) см, чаще всего опухоли располагались на передней стенке (50 %), длительность вмешательств — 72,5 (45–150) мин, средняя кровопотеря — 35 (20–60) мл, индекс анальной инконтиненции достоверно не отличался до операции и спустя 1 мес. и составил соответственно 0,5 (0–2) и 1,5 (0–3). Операции типа ТЕМ имеют преимущества визуализации доступа, что гарантирует безопасный отступ от края опухоли, низкую травматичность сфинктера и частоту встречаемости клинически значимых осложнений.

Ключевые слова: трансанальная эндоскопическая микрохирургия, полипы прямой кишки, ранний рак прямой кишки, NOTES.

