

**ПІДСУМКИ**

Отримані результати вказують на підвищення мотивації студентів до засвоєння предмету, рівня засвоєння практичних навичок, значного зниження пропусків практичних занять без поважних причин, що дозволяє підготувати якісного

спеціаліста за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» з подальшою інтеграцією його в практичну систему охорони здоров'я України.



УДК 616.345-006-089.12-048.34

**В.В. Ганжій,  
Р.В. Драгулов,  
С.І. Гроздев**

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ  
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ  
РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ**

*Запорізький державний медичний університет  
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69035, Україна  
Zaporizhzhia State Medical University  
Maiakovskiy av., 26, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine*

Зміна харчових переваг сучасної людини з переважанням рафінованих калорійних харчових продуктів виводить на передові позиції в рейтингу онкологічних захворювань рак прямої кишки. Як і раніше, основним методом лікування цієї патології, при розташуванні пухлини від 4 до 6 см від заднього проходу, є екстремально-травматична черевно-анальна резекція прямої кишки, котра включає в себе видалення частини сигмовидної і повністю прямої кишки, що містить пухлину, іноді з частиною заднього проходу. Нами виконується лапароскопічним доступом мобілізація лівої половини товстої кишки з лімфодисекцією по ходу нижньої брижової артерії та лімфодисекцією в басейні здухвинних артерій. Після проведення цієї процедури для заміни втрачених резервуарних функцій прямої кишки з вищерозміщеної (нисхідної кишки) формується "резервуар", потім за допомогою ручного шва формується анастомоз (зшивається кишка із заднім проходом). У зв'язку з розташуванням анастомозу в задньому проході, нами відмічено повільне його загоєння, особливо в пацієнтів, які пройшли попереднє опромінення.

Мета дослідження – удосконалення черевно-анальної екстирпації прямої кишки використанням на черевному етапі лапароскопічного доступу в черевну порожнину з виконанням висхідної лімфодисекції.

У дослідження включено 12 хворих: 4 жінок, 8 чоловіків у віці від 54 до 68 років із середньоампулярним розташуванням пухлини прямої кишки.

Черевно-анальна резекція прямої кишки з використанням SILS – методики здійснювалася через розріз у надпупкової ділянці до 3 см завдовжки. Після виконання кожного розрізу відкритим методом у черевну порожнину після пальцевого та візуального контролю встановлювався SILS-порт, накладався карбокси-перитонеум 12-15 мм рт. ст. У черевну порожнину вводився 10 мм лапароскоп із 30-градусним кутом огляду у поєднанні з SILS-затискачем і Liga Sure, під'єднаним до апарата зварювання живих біологічних тканин. Після проведення оглядової відеолапароскопії і верифікації захворювання за допомогою SILS-затискача проводилися маніпуляції із захвату і відведення латерально товстої кишки, починаючи від селезіночого кута до верхньоампулярного відділу прямої кишки. Рівень мобілізації залежить від розмірів пухлини й анатомічних особливостей, довжини ободової кишки. Основною метою є достатня мобілізація для подальшого зведення сигмоподібної кишки. За допомогою Liga Sure виконувалося розсічення парієтальної очеревини по ходу нисхідної та сигмоподібної кишок. Надалі виконувалася дисекція заочеревинної клітковини апаратом Liga Sure у

поєднанні з апаратом біологічного зварювання тканин. Це поєднання надавало можливість виконувати диссекцію з якісним гемостазом, ранньою судинною ізоляцією. Це ставало можливим у зв'язку з використанням апарата біологічного зварювання тканин, що достовірно зупиняє кровотечу із судин діаметром 5 мм. Це виключало використання при перетині судин кліпування титановими кліпсами.

Надалі другим і найбільш важливим моментом є проведення адекватної лімфодисекції. По-перше, відомо, що існує три шляхи лімфовідтоку від прямої кишки: спадний, латеральний, висхідний. Лімфатичні вузли Герота, розташовані в параректальній клітковині (мезоректум), є вузлами першого порядку для всіх трьох напрямків лімфовідтоку.

Вузли другого порядку при латеральному лімфовідтоку розташовані по ходу внутрішніх клубових артерій, третього порядку - в spatium obturatorium, у просторах уздовж загальних клубових артерій. Усі ці порядки відповідають рівням лімфодисекції D1.2.3

На конференції 2011, присвяченій пухлинам прямої кишки, прозвучала доповідь доктора Хашімото з Японії, в якій зазначено такі моменти: у певних клінічних ситуаціях (Tis, паліативні резекції у хворих високого ризику) допустимо виконання лімфодисекції в обсязі D1. Лімфодисекція в обсязі D3 не має лікувальних переваг перед лімфодисекцією D2, однак розширення обсягу лімфодисекції (D3) дозволяє більш точно здійснити стадіювання, що виправдано для розмежування II і III стадій захворювання (Dukes B або Dukes C). Таким чином, розширення обсягу лімфодисекції (до D3) виправдано при стадіюванні T3-T4, клінічних даних про можливе ураження регіонарних лімфатичних вузлів (cN1-2), а також у пацієнтів молодого віку. Слід виконувати обсяг лімфодисекції, що забезпечує можливість виділення не менше 12 лімфовузлів для визначення стадії N за класифікацією TNM. Лімфовузли віддалялися шляхом «скелетизації» судин. Ми вважаємо доречним виконувати лімфодисекцію по ходу нижньобрижової артерії та по ходу клубових судин, що є найбільш вірогідним шляхом лімфогенного метастазування у висхідному та латеральному напрямках.

Пряма кишка, особливо її задня поверхня, оточена жировою клітковиною, яка називається мезоректум. Мезоректум є безпосереднім продовженням брижі сигмовидної кишки, яка до низу тоншає і закінчується на задній поверхні вище анального сфінктера. У клітковині прямої кишки проходять кінцеві гілки нижніх брижових

судин і лімфатичні вузли. Виділення мезоректуму означає виділення клітковини між парієтальною очеревиною спереду, пресакральною фасцією ззаду і власною фасцією. Так званий «святий простір».

З огляду на анатомічні дані, очевидно доцільність проведення промежинного етапу, при черевному етапі для здійснення мезоректумектомії потрібна додаткова тракція.

Пряма кишка, всупереч назві, утворює вигини – постійні вигини в сагітальній площині і непостійні, мінливі вигини у фронтальній площині. Сагітальний проксимальний вигин звернений опуклістю назад і відповідає угнутості крижів. Його також називають крижовим вигином прямої кишки. Сагітальний дистальний вигин спрямований вперед. Він знаходиться в товщі промежини на рівні куприка. Його також називають промежинним вигином прямої кишки. Це значно ускладнює виконання вказаного етапу.

Другий момент: для того, щоб забезпечити адекватну дистальну резекцію пухлини на відстані не менше 2 см від краю пухлини, потрібно не тільки перетнути кишку, але обійти пухлину з усіх боків. Візуально оптична вісь ока й інструмент хірурга – це пряма лінія, яка спрямована по дотичній до найбільш виступаючої частини пухлини. Виникає питання: чи завжди це можливо при великих розмірах пухлини і вузькому тазі? Так, можливо, але для цього необхідна додаткова тракція в краніальному відділі, що при раніше встановленому SILS – доступі дозволяє виконати цей етап без ускладнень.

Після низведення сигмоподібної кишки на раніше встановлених кордонах перетинали сигмоподібну кишку з подальшим формуванням анастомозу зі сфінктером прямої кишки.

Далі при необхідності дренивалася черевна порожнина та параректальна клітковина. Післяопераційна рана на передній черевній стінці ушивалася PDS ниткою.

#### **ПІДСУМОК**

Операції на прямій кишці за допомогою SILS доступу займають майже такий же час, як і операції зі стандартним доступом, проте техніка втручання складніша й трудомістка. Основна перевага SILS – втручання – косметичний ефект, поряд зі зменшенням інтенсивності і тривалості післяопераційного болю, швидке відновлення пацієнта після операції та можливість краніальної тракції на промежинному етапі.