

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ НИЗЬКИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРЯМОЇ КИШКИ

Робота присвячена питанням поліпшення функціональних результатів сфінктерозберігальної резекції з приводу раку дистального відділу прямої кишки. Проаналізовано клінічні, манометричні та рентгенологічні особливості функціонування неоректума у 135 пацієнтів у різні строки після низької резекції прямої кишки. На основі отриманих даних та вивчення якості життя пацієнтів обґрунтовані переваги формування резервуарних колоректальних та колоанальних анастомозів після виконання низької резекції у хворих на рак дистального відділу прямої кишки. Запропоновано новий тип резервуарного стаплерного анастомозу — латеро-термінальний анастомоз, доведено доцільність його використання.

## ВСТУП

Сфінктерзберігальні операції (СЗО) при хірургічному лікуванні раку прямої кишки онкологічно достатньо обґрунтовані і тому широко застосовуються у клінічній практиці [1–6, 9].

Сьогодні найпоширенішими є такі види СЗО: передня резекція, низька передня та наднизька резекції прямої кишки з різними типами колоректальних чи колоанальних анастомозів [4]. Найчастіше використовується спосіб реконструктивно-відновного етапу операції — накладання «прямих» (терміно-термінальних (ТТА)) колоректальних або колоанальних анастомозів. Сучасним методом накладання колоректальних анастомозів є застосування циркулярних зшиваючих апаратів (Ethicon, Auto-Suture). У зв'язку з високою вартістю імпортованих апаратів хірургами виконуються низькі резекції прямої кишки з формуванням безшовного колоректального анастомозу із зведенням з надлишком товстокишкового трансплантата через анальний канал на промежину. Альтернативним способом є використання компресійного апарата «АКА-2» (Росія).

Відновлення безперервності товстої кишки шляхом створення колоанального чи низького колоректального анастомозу завжди, але різною мірою, супроводжується порушенням функції утримання сфінктера із втратою контролю над транзитом кишкового вмісту і утриманням фекалій, імперативними позивами та підвищенням частоти випорожнення, що визначається як синдром передньої низької резекції (СПНР) [5, 7].

У 1986 р. два французьких центри вперше сповістили про використання товстокишкового J-резервуара після застосування низької передньої резекції [10, 11]. Хоча на сьогодні J-roach — найбільш відомий і використовуваний спосіб формування резервуара, описано декілька альтернативних конструкцій. У 1994 р. V. van Flue та P. Harden оприлюднили результати щодо використання ілеоцекальної інтерпозиційної вставки для анально-резервуарної реконструкції [12]. Через 6 міс пацієнти не відзначали частих імперативних позивів, у 80% з них була повна континенція, лише

у 20% випадків були нічні підтікання. Більш важливим є те, що якість випорожнення була відмінною в усіх пацієнтів. Незручність запропонованої методики є довготривалість операції за рахунок накладання трьох анастомозів та ризик потенційних ускладнень.

Інша конструкція, описана K. Z'graggen та співавторами у 1997 р., складалася з поперечної колопластики, подібної до пілоропластики чи стриктуропластики [13]. Автори стверджують, що це більш проста операція, ніж створення J-резервуара. Недоліком конструкції є схильність колопластики до недостатності анастомозу. Частота випадків ускладнень достатньо висока, щоб замислитись, чи може бути ця нова конструкція альтернативою J-резервуара.

Автори запропонованих операцій наводять теоретичні переваги кожної конструкції, однак загальних порівняльних досліджень не проведено. На сьогодні суттєвого прогресу в лікуванні СПНР ще не досягнуто, найбільш поширеним є накладання прямих ТТА, тому спроби хірургічної корекції неоректума продовжуються.

Мета дослідження — вивчення функціональних результатів сфінктерзберігальних резекцій прямої кишки з різними видами відновлення безперервності товстої кишки для визначення шляхів їх покращання.

## ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 135 хворих, яким виконано СЗО з приводу раку дистального відділу прямої кишки II та III стадії з формуванням колоректальних чи колоанальних анастомозів. Усі операції виконували за умови ретельного дотримання сучасних онкологічних принципів: високе лігування нижніх брижових артерій та вен, з кровопостачанням неоректума з середньої товстокишкової артерії, апікальна лімфодисекція, мобілізація лівого згину ободової кишки, тотальна мезоректумектомія (ТМЕ), збереження нервових стовбурів. Пацієнтам, у яких пухлина локалізована в середньоампулярному відділі прямої кишки, формували або безшовний ТТА із зведенням товстокишкового трансплантату на промежину, або при можливості фік-

М.П. Захараш<sup>1</sup>, О.І. Пойда<sup>1</sup>,  
В.А. Дубовий<sup>2</sup>, І.О. Яремчук<sup>2</sup>,  
А.П. Луцик<sup>1</sup>

Адреса:  
Дубовий Владислав Андрійович  
01030, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 17

**Ключові слова:** рак прямої кишки, сфінктерозберігальні операції, колоректальні анастомози, функціональні результати, якість життя.

