

ISSN 0023 - 2130

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

щомісячний науково-практичний журнал

Заснований у червні 1921 р.

11.3 листопад 2018

Асоціація хірургів України  
Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова НАМН України

# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Щомісячний науково—практичний журнал  
(спеціалізоване видання для лікарів)  
Заснований у червні 1921 р.

Редактор  
**В. М. Мороз**  
Коректор  
**О. П. Заржицька**

Видання включене до міжнародних наукометричних баз  
Scopus, EBSCOhost, DOAJ, OCLC WORD CAT, UlrichsWeb,  
Google Scholar та ін.

Включений до Переліку наукових фахових видань України  
Наказ МОН № 1413 від 24.10.17.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія KB № 22539—12439ПР від 20.02.17.

Адреса редакції:  
**03680, м. Київ, МСП—03680,  
вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс +38 044 408 18 11,  
<http://hirurgiya.com.ua>  
e – mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[new.article@hirurgiya.com.ua](mailto:new.article@hirurgiya.com.ua)**

Видавець  
**ТОВ «Ліга—Інформ»**  
03680, м. Київ, МСП 03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс ( 044) 408.18.11.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «ЛазуритПоліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73.  
Тел./факс +380 44 463 73 01.

Передплатний індекс 74253  
Підписано до друку 02.11.18. Формат 60 × 90/8.  
Друк офсетний. Папір крейдований матовий.  
Ум. друк. арк. 10. Обл. вид. арк. 9,81. Тираж 1000.  
Замов. 102

Редакція не завжди поділяє думку авторів статті.

Відповідальність за достовірність інформації,  
наведеної у статті, несуть її автори.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих  
в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2018  
© Ліга — Інформ, 2018

ISSN 0023 — 2130 (Print)  
ISSN 2522 — 1396 (Online)



# КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

Том 85, № 11.3 (листопад) 2018

Головний редактор  
О. Ю. Усенко

Заступники  
головного редактора  
С. А. Андреевцев  
М. В. Костилюв

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Luigi Angrisani (Italy)  
Л. С. Білянський  
С. О. Возіанов  
Martin Fried (Czech Republic)  
В. Г. Гетьман  
О. І. Дронов  
М. Ф. Дрюк  
Я. Л. Заруцький  
М. П. Захараш  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
О. Г. Котенко  
А. С. Лаврик  
В. В. Лазоришинець  
І. А. Лурін  
John Melissas (Greece)  
М. Ю. Ничитайло  
С. Є. Подпряттов  
А. П. Радзіховський  
С. І. Саволук  
А. В. Скумс  
Я. П. Фелештинський  
П. Д. Фомін  
І. П. Хоменко  
В. І. Цимбалюк  
Rudolf Weiner (Germany)  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. П. Андрущенко  
Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велігоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запорожченко  
І. В. Іоффе  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
В. М. Старосек  
А. І. Суходоля  
С. Д. Шаповал  
І. М. Шевчук

ISSN 0023-2130



захищали з використанням SurgiSleeve Wound Protector Medium, Large. Інтракорпоральний анастомоз накладали з використанням лінійних апаратів EndoGia Universal, передню губу формували вручну з використанням шовного матеріалу V-Lock. Середня тривалість лапароскопічного етапу склала  $125 \pm 25$  хвилин, відкритого етапу –  $56 \pm 14$  хвилин.

Конверсія виконана в 8 (13%) випадках. Проведення конверсії пов'язана з технічними труднощами, зумовленими: проростанням пухлини в навколишні органи і тканини (5), вираженим післяпроменевим параколітом та парапроктитом (2) і балоноподібним розширенням ободової кишки в зв'язку з хронічною обтураційною товстощовковою непрохідністю (1).

Післяопераційний період при мінінвазивних втручаннях протікав легше, ніж після аналогічних відкритих. На першу добу хворим дозволяли вставати. Відновлення киш-

кової перистальтики відбувалось на другу добу після операції. Наркотичні анальгетики в післяопераційний період не призначалися. Застосування ненаркотичних анальгетиків обмежувалося в середньому  $4 \pm 1,5$  дні. Середній післяопераційний ліжко-день для радикальних втручань з приводу колоректального раку склав  $9,2 \pm 2,0$ . Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих (3,4%). В одному випадку сформувався абсцес очеревинної порожнини, який був дренований під УЗ контролем, в іншому реактивний лівобічний плеврит. Летальних випадків після застосування лапароскопічних втручань не було.

Отже, використання мінінвазивних технологій у колоректальній хірургії дозволяє виконувати повноцінну ревізію органів черевної порожнини, проводити адекватну за обсягом резекцію та лімфодисекцію, сприяє ранньому відновленню кишкової перистальтики, ранній активізації хворих та зменшує післяопераційний ліжко-день.

## Аппаратные технологии и особенности их применения в хирургии осложненного колоректального рака

Фомин П. Д., Шепетько Е. Н., Повч О. А., Гармаш Д. А., Козак Ю. С., Кошман И. С.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

В хирургии осложненного колоректального рака все чаще используются аппаратные методы, в частности, циркулярные и линейные сшивающие аппараты.

**Цель** – повысить технологичность и надёжность аппаратного удаления опухоли при осложненном колоректальном раке.

**Материал и методы.** Анализу подвергнуты 37 пациентов, перенесших оперативное вмешательство при осложненном колоректальном раке (кишечное кровотечение – 20, острая кишечная непроходимость – 10, реконструктивная колопластика – 7) с использованием циркулярных и линейных сшивающих аппаратов. Рак прямой кишки – у 12, рак ободочной кишки – у 25.

**Результаты и обсуждение.** Вид аппаратного вмешательства на прямой и ободочной кишке при первичных операциях определялся с учетом локализации опухоли, диаметра кишечной трубки и особенностей кровоснабжения оставшихся отрезков толстой кишки. При раке прямой кишки выполнялось наложение прямого анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата. При раке сигмовидной кишки в 4-х случаях выполнили наложение анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата «конец в бок» с заглушиванием торца кишки линейным сшивающим аппаратом Proximat 55.

Правосторонняя гемиколектомия выполнялась с использованием циркулярного аппарата и заглушиванием торца ободочной кишки линейным сшивающим аппаратом Proximat 55 (7) и Proximat 75 (4). Частичная недостаточность швов наблюдалась в двух случаях при острокровоточащем раке прямой кишки с наложением циркулярного степлерного анастомоза. Летальных случаев после операций не было.

**Выводы.** Способ наложения аппаратного анастомоза при операциях по поводу осложненного колоректального рака зависит от локализации раковой опухоли, степени расширения ободочной кишки, а также особенностей ее кровоснабжения в зоне формирования анастомоза.

При резекции сигмовидной кишки возможно выполнение анастомоза с помощью циркулярного сшивающего аппарата «конец в бок» с заглушиванием торца кишки линейным сшивателем.

При правосторонней гемиколектомии преимущество следует отдавать циркулярному степлерному анастомозу «конец в бок» с заглушиванием торца ободочной кишки линейным сшивающим аппаратом.

Обязательна перитонизация торцевого отдела ободочной кишки, которая заглущена линейным сшивателем.