

ІНВАГІНАЦІЙНІ ТОВСТОКИШКОВІ АНАСТОМОЗИ

Р.В. Сенютович, В.Ю. Бодяка, Ю.Я. Чупровська, І.О. Олар¹, С.І. Олар¹

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці¹
Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Чернівці¹

Ключові слова:
рак, товста
кишка, трансвер-
зосигмоанастомоз,
інвагінаційний.

Клінічна та
експериментальна
патологія Т.17, №2
(64). С.75-78.

DOI:10.24061/1727-
4338.XVII.2.64.2018.109

E-mail: oncology
@bsmu.edu.ua

Мета роботи - представити власну методику інвагінаційного трансверзо-сигмоанастомозу при раку товстої кишки. Проаналізувати зарубіжну літературу щодо використання цих типів операцій за останні 5 років.

Матеріал та методи. Проаналізовані типи анастомозів після лівосторонньої геміколонектомії в Чернівецькому клінічному онкологічному диспансері за останні 5 років (з 1 січня 2012 по 31 грудня 2017 року). Проаналізовані статті і тези в англомовних зарубіжних журналах за останні 5 років, що стосуються інвагінаційних товсто кишкових анастомозів, за ключовими словами.

Результати. Описаний оригінальний спосіб інвагінаційного трансверзо-сигмоанастомозу кінцею у бік при пухлинах лівої половини товстої кишки. Методика інвагінаційного анастомозу, яка застосовується в нашій клініці, полягає в наступному: куксу сигмовидної кишки закриваємо обвивним безперервним швом, який занурюємо в кистетний шов на 5-6 см. нижче закритої кукси, накладаємо безперервний серозном'язовий шов між поперечноободовою кишкою і сигмовидною кишкою. На 2 мм нижче цього шва розсікаємо в поперечному напрямі стінку сигмовидної кишки і в просвіт сигмовидної кишки занурюємо куксу поперечноободової кишки. Далі спереду стінки обох кишок знову з'єднуємо безперервним швом. Накладаємо передній і задній ряди вузлових серозном'язових швів. Схема нашої операції представлена на малюнках 1-2. Загалом у безперервні і вузлові шви захоплюємо по 5-6 мм серозном'язових оболонок обох органів. За останні 5 років у першому хірургічному відділенні ЧОКОД трансверзосигмоанастомози виконані у 19 хворих, з них у 9 за оригінальною інвагінаційною методикою. Операції технічно прості, ускладнень не спостерігали.

Висновок. Трансверзосигмоанастомоз інвагінаційний за зразком кінцею у бік за розробленою нами методикою - безпечно і просте оперативне втручання. Анастомоз накладається нижче кукси сигмовидної кишки в зонах гарантованого кровопостачання.

Ключевые слова:
рак, толстая
кишка,
трансверзосиг-
моанастомоз
инвагинационный.

Клиническая и
экспериментальная
патология Т.17, №2
(64). С.75-78.

ИНВАГИНАЦИОННЫЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

Р.В. Сенютович, В.Ю. Бодяка, Ю.Я. Чупровский, И.А. Олар, С.И. Олар

Цель работы - представить собственную методику инвагинационного трансверзо-сигмоанастомоза при раке толстой кишки. Проанализировать зарубежную литературу по использованию таких типов операций за последние 5 лет.

Материал и методы. Проанализированы типы анастомозов после левосторонней гемиколонэктомия в Черновицком клиническом онкологическом диспансере за последние 5 лет (с 1 января 2012 по 31 декабря 2017 года). Проанализированы статьи и тезисы в англоязычных зарубежных журналах за последние 5 лет, касающиеся инвагинационных толсто кишечных анастомозов, по ключевым словам.

Результаты. Описан оригинальный способ инвагинационного трансверзосигмоанастомоза конец в бок при опухолях левой половины толстой кишки. Методика операции Культия сигмовидной кишки закрывается обвивным непрерывным швом, который погружается кистетным швом. На 5-6 см ниже закрытой культи сигмовидной кишки накладывается непрерывный серозномышечный шов между поперечноободочной кишкой и сигмовидной кишкой. На 2 мм ниже этого шва отсекается в поперечном направлении стенка сигмовидной кишки и в просвет сигмовидной кишки погружается культия поперечноободочной кишки. Далее спереди стенки обеих кишок снова соединяются непрерывным швом. Накладываются передний и задний ряд узловых серозномышечных швов. В общем в непрерывные и узловые швы захватывают по 5-6 мм серозномышечных оболочек обеих органов.

За последние 5 лет в Черновицком онкодиспансере трансверзосигмоанастомозы выполнены у 19 больных, из них у 9 за оригинальной инвагинационной методикой конец в бок. Операции технически простые, осложнений не наблюдалось.

Вывод. Трансверзосигмоанастомоз инвагинационный по образцу кинцею в сторону по разработанной нами методике - безопасное и простое оперативное вмеша-

тельство. Анастомоз накладається нижче культи сигмовидної кишки в зонах гарантованого кровоснабження.

INVAGINATION COLONANASTOMOSIS

R.V. Senyutovich, V.Yu. Bodyaka, Yu. Ya. Chuprovskaya, I.O. Olar, S.I. Olar

The purpose of work is to present the own method of invagination of transversosigmoanastomosis in colon cancer. To review foreign literature concerning the use of these types of operations for the last 5 years. **Material and methods.** The types of anastomoses following the left-side hemicolectomy have been analyzed at the Chernivtsi Clinical Oncology Center for the last 5 years (from January 1, 2012 to December 31, 2017). The articles and abstracts in English-language foreign journals for the last 5 years concerning the invagination of large intestinal anastomoses, by keywords, have been analyzed. **Results.** The original method of invagination transversosigmoanastomosis end-to-side at tumors of the left side of the colon has been described. The technique of operation Stump of the sigmoid intestine is closed by the blanket uninterrupted suture and is invaginated by purse-string suture. Uninterrupted seromuscular suture between the transverse colon and sigmoid one is placed 5-6 mm below the closed stump of the sigmoid intestine. 2 mm below this suture the wall of the sigmoid intestine is dissected in transversal direction and transverse colon stump is invaginated into sigmoid intestine lumen. Then the walls of two guts are united again by uninterrupted suture. Anterior and posterior layers of interrupted seromuscular sutures are placed. In general 5-6 mm of the seromuscular coats of both organs are captured into uninterrupted and interrupted sutures. Operations were performed in 9 patients. Operations are technically simple, complications were not observed. **Conclusion.** The transversosigmoanastomosis of invagination is modeled from end to side according to the technique developed by us - a safe and simple surgical intervention. Anastomosis is applied below the stump of the sigmoid colon in the zones of guaranteed blood supply.

Keywords: cancer, large intestine, transversosigmoanastomosis, invagination method.

Clinical and experimental pathology. Vol.17, №2 (64). P.75-78.

Вступ

Інвагінаційні анастомози при резекціях товстої кишки описані ще на початку ХХ століття.

До сьогоднішнього дня незрозумілий обсяг їх використання в хірургії колоректального раку, можливі модифікації втручань.

Мета роботи

Представити власну методику інвагінаційного трансверзо-сигмоанастомозу при раку товстої кишки. Проаналізувати зарубіжну літературу щодо використання цих типів операцій за останні 5 років.

Матеріал та методи дослідження

Проаналізовані типи анастомозів після лівосторонньої геміколонектомії в Чернівецькому клінічному онкологічному диспансері за останні 5 років (з 1 січня 2012 по 31 грудня 2017 року). Проаналізовані статті і тези в англійських зарубіжних журналах за останні 5 років, що стосуються інвагінаційних товстокишкових анастомозів, за ключовими словами.

Результати та їх обговорення

За даними літератури, після резекції лівої половини товстої кишки інвагінаційні трансверзосигмоанастомози накладаються рідко.

Розрізняють два способи інвагінаційних трансверзосигмоанастомозів. Перший тип. Анастомоз кінць у кінць. Цей тип анастомозу, в свою чергу, можна виконувати в двох варіантах. При першому варіанті накладається перший ряд вузлових або безперервних швів між куксами поперечно ободової та сигмовидної кишок, далі цей ряд швів занурюються глибоко на 4-5 см.

у сигмовидну кишку і накладаються укріплюючі шви між серозном'язовими оболонками поперечно ободової та сигмовидної кишок. При другому варіанті - кукса поперечно ободової кишки занурюються - вводиться в просвіт сигмовидної кишки і фіксується двома рядами серозном'язових швів. Зрозуміло, що такі умови створюються тоді, коли діаметри поперечно ободової і сигмоподібної кишок співпадають, коли діаметр сигмоподібної кишки менший за діаметр поперечної ободової кишки. Такий анастомоз стає небезпечним і може привести до звуження.

При ще одному способі анастомозу кінць поперечно ободової кишки вводиться в бік сигмоподібної кишки.

Анастомозам, які виконуються з допомогою інвагінацій, присвячена робота Linn [1] з співавторами, вони представили історичний огляд цих анастомозів і описали власну методику.

В останні роки запропоновані нові методи інвагінаційних товстокишкових анастомозів. Салмін Р.М. (2014) [2] пропонує метод інвагінаційного товстокишкового анастомозу з колагеновими кільцями. Афендулов С.А. (2007) [3] розробив інвагінаційний анастомоз, при якому привідну петлю обгортають пластиною тахокомбу шириною 3-4 см і використовують для інвагінації спеціальні полозкові шви.

Питання інвагінаційних анастомозів розглядається в роботі Шаріпова Х.Ю. (2010) [4].

Оригінальну методику анастомозу представив у кандидатській дисертації Прус С.Ю. (2013) [5].

Методику інвагінаційного товстокишкового анастомозу з поздовжнім розсіченням сигмовидної кишки однорядними швами представив Нишанов Ф.Р. [6] із Клінічна та експериментальна патологія. 2018. Т.17, №2 (64)

співавторами у 2013 році. Операції виконані у 15 хворих при раку сигмовидної кишки і ректосигмоїдальних пухлинах.

У 2017 році в першому хірургічному відділенні ЧОКОД виконано 144 операції стосовно колоректального раку, з них правостороння геміколонектомія - 21 хворий, резекція поперечноободової кишки - 4 хворих, лівостороння геміколонектомія - 4 хворих, резекція сигми - 15 хворих, передня резекція прямої кишки - 23 хворих, екстирпація прямої кишки - 15 хворих, черевноанальна резекція - 8 хворих, операція Гартмана - 17 хворих, накладення протиприроднього заднього проходу - 38 хворих, реконструктивні операції - 4 хворих, видалення поліпів - 4 хворих. Усього 144 операції із 330 втручань, проведених за рік у відділенні.

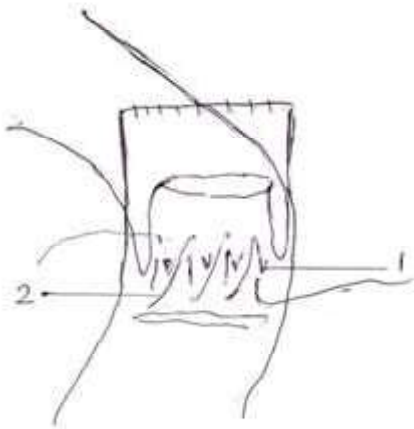
Методика інвагінаційного анастомозу, яка застосовується в нашій клініці, полягає в наступному: кукса сигмоподібної кишки закриваємо обвивним безперервним швом, який занурюємо в кисетний шов. На 5-6 см нижче закритої кукси накладаємо безперервний серозном'язовий шов між поперечноободовою кишкою і сигмовидною кишкою. На 2 мм нижче цього шва розсікається в поперечному напрямі стінка сигмоподібної кишки і в просвіт сигмоподібної кишки занурюється кукса поперечної ободової кишки. Далі спереду стінки обох кишок знову з'єднуються безперервним швом. Накладаються передній і задній ряди вузлових серозном'язових швів. Схема нашої операції представлена на рисунках 1-2. Загалом у безперервні і вузлові шви за-

хоплюються по 5-6 мм серозном'язових оболонок обох органів.

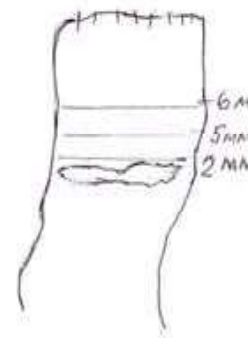
За останні 5 років у першому хірургічному відділенні ЧОКОД трансверзосигмоанастомози виконані у 19 хворих, з них у 9 за оригінальною інвагінаційною методикою кінець у бік. Наводимо виписки з двох хворих, оперованих в 2016-2017 роках.

Хвора Л.С.І. (медична картка № 5770, 53 роки.) поступила в ЧОКОД 20.12.2016 року з скаргами на болі в лівій половині живота, затримку випорожнення, схуднення, наявність пухлини в животі. Стан хворої задовільний, органи грудної клітки без особливих змін, живіт м'який, злегка болісний в лівому підребер'ї, де нечітко пальпується пухлинне утворення. Лейкоцити крові - 7.5, гемоглобін - 103%, біохімічні показники - без відхилень. При колоноскопії на висоті 75 см виявлена пухлина із частковим стенозом.

23.12.2016 року операція. Серединно-серединна лапаротомія. Виявлена пухлина селезінкового кута з частковим стенозом до 4.5 см. Мобілізація кишки. Проведена лівостороння геміколонектомія. Кукса сигмоподібної кишки прошита через всі шари і занурена кисетним швом у поперечному напрямі. На 7 см. нижче кукси розсічена стінка сигмоподібної кишки на довжину 5 см, кукса поперечної ободової кишки занурена в куксу сигмоподібної на глибину 3 см. Між серозном'язовими оболонками сигмоподібної та поперечної ободової кишки накладено два ряди швів. Післяопераційний період без ускладнень. Гістологічне дослідження аде-



**Рисунок 1. Методика трансверзосигмоанастомозу
2-безперервний серозном'язовий шов
1-серозно м'язові вузлові шви**



**Рисунок 2. Розташування швів відносно розрізу
сигмоподібної кишки (задня стінка)**

мокарциноми товстої кишки з проростанням усіх шарів T3N0M0.

Хвора Ц.Н.Г. (медична карта № 115, 45 років) поступила в перше хірургічне відділення 10.01.2017 року з скаргами на біль у животі, схудла на 12 кг, закрепи, хворіє впродовж чотирьох місяців. Загальний стан хворої задовільний. Органи грудної клітки без особливих змін, в лівому підребер'ї пальпується пухлина, малорухома. При ендоскопії підтверджено діагноз раку селезінкового кута товстої кишки. Біохімічні аналізи без особливих змін, еритроцити - 3.1, гемоглобін - 106 г/л, Клінічна та експериментальна патологія. 2018. Т.17, №2 (64)

лейкоцити 4,8. Операція 13.01.2017 року. Серединна лапаротомія, при ревізії виявлено пухлину селезінкового кута, яка проростає в бокову стінку живота, нижній полюс селезінки, хвіст підшлункової залози, конгломерат помірно рухомий. Проведена мобілізація товстої кишки із хвостом підшлункової залози і селезінки. Пухлина відділена від нирки, виконана лівобічна геміколонектомія, спленектомія, дистальна резекція підшлункової залози. Кукса сигмовидної кишки закрита наглухо. У поздовжньому напрямі на 5 см нижче кукси розсічена стінка сигмоподібної кишки, кукса поперечно-обо-

дової кишки введена в просвіт сигмоподібної на глибину 4 см і фіксована двома рядами серозном'язових швів за описаною вище методикою. Післяопераційний період без ускладнень, виписана 31.01.2017 року. Оглянута в лютому 2018 року, почуває себе добре, скарг не пред'являє. При КТ метастазів не виявлено.

Опису подібних втручань у зарубіжній літературі за останні 5 років ми не знайшли. Наш досвід засвідчує про раціональність таких операцій.

Висновок

Трансверзосигмоанастомоз інвагінаційний за зразком кінець у бік за розробленою нами методикою - безпечне і просте оперативне втручання. Анастомоз накладається нижче куки сигмовидної кишки в зонах гарантованого кровопостачання.

Список літератури

1. Салмин РМ. Экспериментальное обоснование эффективности компрессионного инвагинационного толстокишечного анастомоза с коллагеновыми кольцами [автореферат]. Гродно; 2014. 21 с.

2. Шарипов ХЮ, Курбанов КМ, Назаров ХШ, Садуллоев

ДН. Инвагинационные анастомозы в хирургии толстой кишки. Вестник Авиценны. 2010;1:30-3.

3. Прус СЮ. Погружной инвагинационный анастомоз в хирургии толстой кишки (клинико-экспериментальное исследование) [автореферат]. Рязань; 2013. 21 с.

4. Нишанов ФР, Абдуллажанов БР, Усманов УД, Отакулиев АЗ. Выбор способа анастомоза у больных с хирургическими заболеваниями толстой кишки. Харьковская хирургическая школа 2013;6:9-13.

References

1. Salmin RM. Eksperimental'noe obosnovanie effektivnosti kompressionnogo invaginatsionnogo tolstokishechnogo anastomoza s kollagenovymi kol'tsami [Experimental substantiation of the effectiveness of compression intussusception of colonic anastomosis with collagen rings] [avtoreferat]. Grodno; 2014. 23 s.

2. Sharipov KhYu, Kurbanov KM, Nazarov KhSh, Sadulloev DN. Invaginatsionnye anastomozy v khirurgii tolstoy kishki [Invagination anastomoses in colon surgery]. Vestnik Avitsenny. 2010;1:30-3.

3. Prus SYu. Pogruzhnoy invaginatsionnyy anastomoz v khirurgii tolstoy kishki (kliniko-eksperimental'noe issledovanie) [Immersion invagination anastomosis in colon surgery (clinical and experimental study)] [avtoreferat]. Ryazan'; 2013. 21 s.

4. Nishanov FR, Abdullazhanov BR, Usmanov UD, Otakuliev AZ. Vybora sposoba anastomoza u bol'nykh s khirurgicheskimi zabolevaniyami tolstoy kishki [Selecting the method of anastomosis in patients with surgical diseases of the colon]. Kharkiv'ska khirurgichna shkola. 2013;6:9-13.

Відомості про авторів:

Сенютювич Р.В., доктор медичних наук, професор кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет", Чернівці

Бодяка В.Ю., доктор медичних наук, доцент, зав. кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет", Чернівці

Чупровська Ю.Я., асистент кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет", Чернівці

Олар І.О., лікар-хірург Чернівецького обласного клінічного онкодиспансеру

Олар С.І., лікар-хірург Чернівецького обласного клінічного онкодиспансеру

Сведения об авторах:

Сенютювич Р.В., доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии и радиологии Высшего государственного учебного заведения Украины "Буковинский государственный медицинский университет", Черновцы

Бодяка В.Ю., доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедры онкологии и радиологии Высшего государственного учебного заведения Украины "Буковинский государственный медицинский университет", Черновцы

Чупровский Ю.Я., ассистент кафедры онкологии и радиологии Высшего государственного учебного заведения Украины "Буковинский государственный медицинский университет", Черновцы

Олар И.А., врач-хирург Черновицкого областного клинического онкодиспансера

Олар С.И., врач-хирург Черновицкого областного клинического онкодиспансера

Information about authors:

Senyutovich RV, doctor of medical sciences, professor of the Department of Oncology and Radiology Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university", Chernivtsi

Bodyaka V.Yu., doctor of Medicine, Associate Professor, Head, Department of Oncology and Radiology Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university", Chernivtsi

Chuprovskaya Yu.Ya., assistant of the Department of Oncology and Radiology Higher state educational establishment of Ukraine "Bukovinian state medical university", Chernivtsi

Olar I.O., surgeon of the Chernivtsi Oblast Clinical Oncological Dispensary

Olar SI, surgeon of the Chernivtsi Oblast Clinical Oncological Dispensary

Стаття надійшла до редакції 5.05.2018

Рецензент – проф. І.В. Шкварковський

© Р.В. Сенютювич, В.Ю. Бодяка, Ю.Я. Чупровська, І.О. Олар, С.І. Олар, 2018