

УДК 616.345-089

**Д.В.Проняєв**

*Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

## **ПРАВСТОРОННЯ ГЕМІКОЛЕКТОМІЯ**

---

**Резюме.** Літературне дослідження присвячене аналізу класичної техніки виконання правосторонньої геміколектомії, її модифікації та можливих ускладнень.

**Ключові слова:** операції, правостороння геміколектомія.

---

Оперативні втручання з приводу патології клубово-сліпокишкового сегмента (КСС) становлять більшу частину маніпуляцій на органах черевної порожнини. Різноманітні ураження цієї ділянки досить часто є показаннями до її резекції, що частіше призводить до порушень процесів травлення, ніж резекція суміжних ділянок товстої кишки [1, 2].

Патогенез розладів, що виникають після резекції КСС у людини, причини виникнення недостатності клубового сосочка, остаточно не з'ясований [3, 4]. Велика кількість наукових досліджень [5-10] присвячені дослідженню змін в органах шлунково-кишкового тракту після оперативних втручань з приводу патології КСС. З їх результатів відомо, що правостороння геміколектомія призводить до зміни структури слизової та м'язової оболонки тонкої кишки, її мікроциркуляторного русла та нервових елементів. При гістологічному дослідженні можна виявити повнокрів'я, набряк, булавоподібне потовщення кишкових ворсинок, запальну інфільтрацію. Зміни менш виражені після пластичного заміщення міжкишкового клапанного апарату. Резекція КСС призводить до значного скорочення часу перебування хімусу в тонкій кишці. При збереженні цієї ділянки, резекція частини тонкої або товстої кишки, істотного впливу на динаміку моторики травного каналу не призводить.

Окремі дослідники, базуючись на власних спостереженнях, [11, 12] стверджують, що такі

порушення з боку шлунково-кишкового тракту, як нестійкий стілець, після видалення КСС спостерігається у 65% пацієнтів. Порушення моторної діяльності травного каналу, що спостерігаються після його резекції, неможливо пояснити одним лише зменшенням довжини кишки. Зміни з боку травного каналу, що виникають після резекції КСС відбуваються тому, що травна система втрачає важливий контролюючий апарат, який диференціює швидкість просування різного за складом хімусу по кишечнику, та координує його моторну діяльність.

У літературі трапляється опис випадків таких захворювань як: апендицит, інвагінації, неспецифічний гранульоматозний процес (хвороба Крона) туберкульозні ураження, так і випадки рідкісних захворювань: хронічний апендицит, ліпоматоз, перфорації, інфекційні та еозинофільний ілеїти, рак, вузлова лімфоїдна гіперплазія, дивертикуліт, актиномікоз, міксоглобульоз, мукоцеле тощо [13-19]. Лише один червоподібний відросток є органом мішенню для більш як 150 захворювань [20].

У новонароджених та дітей раннього віку, показаннями до оперативних втручань в ділянці КСС найчастіше є низька кишкова непрохідність, яка може бути наслідком атрезії або адгезії кишки, заворотом або защемленням біля дефектів брижі, подвоєння кишки, гостра форма хвороби Гіршпрунга, перфорація при виразково-некротичному ентероколіті, порушення кровопо-

© Проняєв Д.В. 2013

стачання, травмування внаслідок медичних маніпуляцій, апендицит.

Особливості оперативних втручань поблизу КСС залежить від варіантів індивідуальної анатомічної будови цієї ділянки та особливості її розташування. При вадах розвитку права частина товстої кишки може розташовуватися разом з тонкою кишкою на загальному брижовому листку.

У ділянці КСС розгалуження судин у новонароджених часто відповідає такому у дорослих. Це визначає тактику по відношенню до патологічних процесів, при яких необхідна резекція термінального відділу клубової кишки. У дітей перших років життя, як і у пацієнтів більш пізніх термінів, не накладають анастомози безпосередньо біля ілеоцекального кута, замість цього застосовують його резекцію, або використовують інші види реконструктивних маніпуляцій.

Повне видалення товстої кишки є єдиною ефективною хірургічною маніпуляцією при дифузному поліпозі товстої кишки, паталогії, яка є надзвичайно тяжкою і призводить до виражених обмінних порушень, що часто є несумісними з життям. Практично в усіх пацієнтів фіналом поліпозного процесу є утворення злоякісних пухлин.

Показаннями до проведення правосторонньої геміколектомії є защемлення з порушенням кровопостачання товстої або термінального відділу клубової кишки в пахвинних, внутрішніх грижах, інвагінаціях та при завороті, виразковий коліт, злоякісні новоутворення, поліпоз, туберкульоз кишки, дуплікатури, відсутність ефекту консервативної терапії хвороби Крона та її ускладнення: перфорація, кровотечі, стриктури, дилатація та інші.

Техніка виконання правосторонньої геміколектомії наступна. Хворий займає положення на спині. Після трансректальної лапаротомії мобілізують сліпу кишку та початковий відділ висхідної ободової, якщо права половина товстої кишки фіксована пристінковою очеревиною. Перев'язують та пересікають судини, що її кровопостачають. Часто, особливо у новонароджених, при аномаліях розвитку, сліпа та висхідна кишки можуть вільно розташовуватися в черевній порожнині, маючи спільну брижу із тонкою кишкою. Після накладання затискачів відсікають КСС. Культю товстої кишки ушивають, занурюють кисетним швом і герметизують другим ря-

дом вузлових швів. Співставляють тканини та накладають задній ряд серозно-м'язових швів на відстані 2-3 см від кукси. Розтинають товсту кишку, відсікають по затискачу клубову, накладають внутрішні шви по задньому та передньому півколах анастомозу. Лінію швів занурюють вузловими серозно-м'язовими швами. Відновлюють безперервність брижі та пристінкової очеревини. Важливо пам'ятати про можливість пересікання магістральних судин, які кровопостачають прилеглі ділянки, що як і недостатня за об'ємом резекція, може призвести до неспроможності анастомозу [21]. Правосторонню геміколектомію при пухлинних процесах, зазвичай виконують наступним чином. Після розкриття черевної порожнини розсікають очеревину від рівня сліпої кишки до печінкового вигину. Медіально відводять товсту кишку, поступово тупо оголюють заочеревинний простір, слідкуючи за тим, щоб не пошкодити органи заочеревинного простору. Далі проводять перев'язку стовбурів клубовокишкової та ободовокишкової артерій, правої ободовокишкової артерії та правої гілки середньої ободовокишкової артерії. Продовжують вивільнення кишки та її печінкового вигину, тупо відводять доверху дванадцятипалу кишку, правий сечовід та судини сім'яних міхурів або яєчників. Печінково-товстокишкову зв'язку виділяють також тупо та розсікають між лігатурами. Разом із сальником мобілізують поперечну ободову кишку на необхідну відстань. Розкрити сальникову сумку ушивають вузловими швами. З метою мобілізації термінального відділу клубової кишки розсікають її брижу та перев'язують судини, що в ній проходять. У результаті чого буде чітко видно демаркаційну лінію, вище якої в життєздатній ділянці кишки пересікають, її куксу ушивають з наступним її зануренням шовковими серозно-м'язовими швами. Аналогічно пересікають та ушивають куксу поперечної ободової кишки. Далі формують ілеотрансверзоанастомоз. На останньому етапі операції виконують ретельне зшивання країв брижі кишок з метою попередження внутрішніх гриж.

Особливість хірургічного втручання при хворобі Крона полягає в тому, що пошкоджені ділянки кишки широко висікають в межах здорових тканин. При операції необхідно намагатися видалити брижу враженої ділянки кишки разом з гіперплазованими лімфатичними вузлами. У разі неможливості виконання даної маніпуля-

ції при утворенні малорухомого конгломерату кишки з брижою, вдаються до двохмоментної операції. У цьому разі після поперечного пересічення клубової кишки та ушивання її дистальної кукси наглухо накладають ілеотрансверзоанастомоз. При повторній лапаротомії, як правило, спостерігають регресію запального процесу в ділянці враження кишки та брижі.

Найчастіше при хірургічному лікуванні виразкового коліту найкращого результату досягають виконанням трьох основних типів операцій або їх модифікацій. Перший – одноетапна проктоколектомія з абдомінальною ілеостомою. Її перевагою є те, що залежно від стану хворого вона в будь-який момент може бути перервана та переведена в двоетапну. Техніка її виконання наступна. Черевну порожнину розтинають широким параректальним або серединним розрізом. Після її ревізії на відстані 10-15 см від клубового сосочка пересікають клубову кишку. Виконують мобілізацію товстої та прямої кишок, великий сальник по можливості зберігають. Після накладання лігатур на судини та розсікання брижі товсту кишку видаляють. Накладають ілеостому, черевну стінку зашивають. Далі зі сторони промежин видаляють ушиту та занурену в парасакральний простір куксу прямої кишки. Виконання останнього етапу може бути відкладено на 1-2 місяці, до покращення стану хворого. Другою операцією є субтотальна колектомія з ілеоректальним анастомозом. У ході її виконання мобілізація товстої та клубової кишок проводиться типово, як і при класичній колектомії. Після видалення товстої кишки між термінальним кінцем клубової та куксою прямої кишок, відразу ж під ректосигмоїдним вигином формують анастомоз за типом “кінець в кінець”. При значному невідповідності просвітів кінців анастомозу в косому напрямку висікається протибрижовий край клубової кишки. Є всі підстави вважати цю операцію двоетапною, тому що вона завжди закінчується накладанням розвантажувальної ілеостоми, яка закривається після загоєння анастомозу. Вагомим недоліком є 50% імовірність виникнення ускладнень з боку кукси прямої кишки, у зв'язку зі збереженням запального процесу.

Останньою і найдоцільнішою з класичних маніпуляцій в лікуванні виразкового коліту є одноетапна проктоколектомія з анальною ілеостомою. Відповідно до концепції про переважне враження слизової оболонки при виразковому

коліті радикальною можна вважати операцію, в процесі якої видаляється вся товста кишка разом з слизовою оболонкою прямої кишки та анального каналу. Лише після такої операції можливе повне виключення імовірності рецидиву та одужання. Операція виконується наступним чином. Черевну порожнину розтинають широким лівобічним параректальним розтином. Після експлорації виконується біопсія печінки. Потім разом зі сліпою кишкою мобілізують термінальний сегмент клубової кишки та визначають місце її пересікання. З метою запобігання інфікування черевної порожнини, проксимальний та дистальний кінці мобілізованої та розсіченої в поперечному напрямі клубової кишки укривають гумовими пелотами. Брижу термінальної частини клубової кишки подовжують шляхом перев'язування відповідних судинних дуг. При виконанні даного моменту операції необхідно уважно слідкувати за непошкодженням артеріального кровопостачання кишки. Довжину останньої можна вважати достатньою, якщо вкритий пелотом проксимальний кінець без натягування вдається опустити не менше ніж на 15-20 см нижче симфізу. Далі вся товста та пряма кишки разом з сальником мобілізуються, аж до лінії підйомців. У цій ділянці пряму кишку двічі прошивають апаратом УКЛ. Між двома рядами накладеного шва виконують її пересікання, після чого товсту кишку видаляють. Куксу прямої кишки з термінальним сегментом клубової кишки занурюють в парасакральний простір. Виконують ушивання очеревини таза. Рану черевної стінки зашивають наглухо з підведенням двох дренажних трубок.

Хворого вкладають на лівий бік з приведеними до живота ногами. Зі сторони промежини виконують поперечний розтин довжиною 8-9 см, видаляють куприк, куксу прямої кишки та слизову оболонку в ділянці внутрішнього сфінктера. Потім через затульний отвір опускають частину клубової кишки, яку спочатку фіксують вузловими швами в ділянці верхнього та нижнього країв внутрішнього сфінктера та до м'яза-підйомача заднього проходу. Після цього низведену частину клубової кишки розтинають та вузловими кетгуттовими швами підшивають по всьому периметру до шкіри. Рану в ділянці промежини звужують кількома швами до введених в пресакральний простір тампонів випускачів. Через 24 години тампони видаляють при цьому є можливість через щілину спостерігати за життєздатністю низведеної кишки.

Резекція товстої кишки, включно з клубово-сліпокишковим переходом за способом Соавельовушкіна виконується наступним чином. На першому етапі операції мобілізовану клубову кишку виводять на промежину цілою. При цьому в черевній порожнині та малому тазі немає кишкових анастомозів, що звільняє від необхідності накладання розвантажувальної петлевої ілеостоми. Другий етап операції – відсікання клубової кишки, яка виведена за межі анального каналу, та остаточне формування ілеоанального або іле-

оректального анастомоза – виконується через 14-18 днів після першого [22].

Отже, проведене літературне дослідження вказує на надзвичайну важливість для комфортного життя людини нормального функціонування всіх структур КСС та формування замикального апарату після його видалення. Для досягнення даної мети вважаємо, за доцільне привернути увагу науковців на поглиблене дослідження анатомічних особливостей будови КСС.

### Список використаної літератури

1. Ормантаев К.С. Клинико-функциональная диагностика и хирургическое лечение недостаточности илеоцекального запирающего аппарата у детей / К.С. Ормантаев, Н.Н. Ахпаров, Р.Р. Аипов // *Дет. хирургия.* – 1999. – № 1. – С. 6-9.
2. Бондар Б.М. Топографо-анатомічні орієнтири в оптимізації діагностики гострого брижового лімфаденіту у дітей / Б.М.Бондар С.М.Шестобуз, В.Л.Брожик // *Клін. анатомія та оперативна хірургія.* – 2002. – № 1. – С. 21-22.
3. Самохина Н.В. О морфологии и функции илеоцекального отдела кишечника / Н.В. Самохина // *Вестн. рентгенол. и радиол.* – 1988. – № 2. – С. 23-29.
4. Махмудов З.А. Морфологическая характеристика желез в области сфинктеров подвздошно-слепоклеечного угла у взрослого человека / З.А. Махмудов // *Морфология.* – 2001. – Т. 119, № 3. – С. 84-85.
5. Дыскин Е.А. Анатомо-физиологические особенности илеоцекального отдела кишечника и их клиническое значение / Е.А. Дыскин. – Ленинград.: Медицина. 1965. – 180 с.
6. Бекишбекова Ж.К. Морфо-функциональное состояние нервной системы илеоцекальной области после комбинированной резекции желудка в эксперименте / Ж.К. Бекишбекова // *Здравоохранение Казахстана.* – 1986. – № 6. – С. 53-55.
7. Жученко О.С. Морфофункціональні особливості дилатативної баугінопластики / О.С. Жученко // *Актуальні питання морфогенезу: тези доповідей Всеукр. конф.* – Чернівці. – 1996. – С. 117.
8. Баева И.Ю. Острое расширение желудка у больного после аппендэктомии / И.Ю. Баева, Е.Г. Арий // *Хирургия.* – 2002. – № 4. – С. 80-81.
9. Аппендэктомия после "Аппендэктомии" / С.А. Шаталов, В.Г. Коваленко, А.С. Караманян, Н.В. Фоминова // *Актуальні проблеми клінічної, експериментальної та профілактичної медицини: Матер. всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених* – Донецьк, 2002.
10. Післяопераційні ускладнення у хворих на виразковий коліт та хворобу Крона / М.І. Томашевський, Ф.І. Гюльмамедов, В.І. Волков [та ін.] // *X конгрес світової федерації укр. лік. тов.: тези допов.* – Чернівці-Київ-Чикаго, 2004.
11. Муладзе Р.Б. Эзофагогастропластика при стриктурах пищевода / Р.Б. Муладзе, А.А. Бакиров // *Анн. хирургии.* – 2000. – № 6. – С. 31-33.
12. Муладзе Р.Б. Тотальная эзофагопластика фрагментами правой половины толстой кишки при стриктурах пищевода / Р.Б. Муладзе, А.А. Бакиров // *Анн. хирургии.* – 2000. – № 5. – С. 17-20.
13. Черкасов В.А. Два наблюдения воспалительных опухолей илеоцекального отдела кишечника / В.А. Черкасов, С.И. Срибных // *Вестник хирургии.* – 1999. – Том 158. – № 2. – С. 81-82.
14. Кирилова Н.А. Перфорация червеобразного отростка инородным телом у ребенка / Н.А. Кирилова // *Дет. хирургия.* – 1999. – № 6. – С. 47-48.
15. Ендометриоз апендикса / О.М. Созанський, П.Й. Фогел, В.Ф. Дорошенко [та ін.] // *Перший (XVII) з'їзд хірургів України: тези допов.* – Львів. – 1994. – С. 432.
16. Мукоцеле червеобразного отростка / С.В. Темнышев, В.В. Большаков, В.Н. Бударин, Н.А. Дмитриева // *Хирургия.* – 1999. – № 3. – С. 65.
17. Литовка В.К. Рак толстой кишки у ребенка в возрасте 14 лет / В.К. Литовка, И.П. Журило, С.В. Веселый // *Дет. хирургия.* – 2000. – № 1. – С. 52.
18. Острый аппендицит в ущемленной пахово-мошоночной грыже / А.А. Костенко, А.Н. Иванов, М.М. Карев [и др.] // *Дет. хирургия.* – 2003. – № 4. – С. 45.
19. Михайлович В.В. Міксоглобульоз червоподібного відростка / В.В. Михайлович, Я.М. Книш // *Клінічна хірургія.* – 2003. – № 12. – С. 62.
20. Тимербулатов В.М. По поводу статьи Я.П.Кулика и С.Н.Поклюхина "Время делать выбор: профилактическая или лечебная аппендэктомия (точка зрения)" / В.М. Тимербулатов, М.В. Тимербулатов // *Хирургия.* – 2001. – № 11. – С. 72-73.
21. Баиров Г.А. Атлас операций у новорожденных / Г.А. Баиров, Ю.Л. Дорошевский, Т.К. Немилова. – Л.: Медицина, 1984. – 430 с.
22. Дробни Ш. Хирургия кишечника / Ш. Дробни. – Budapest: Akademia kiado, 1983. – 592 с.

**ПРАВСТОРОННЯ ГЕМИКОЛЕКТОМІЯ**

**Резюме.** Литературное исследование посвящено анализу классической техники правосторонней гемиколектомии, ее модификации и возможным осложнениям.

**Ключевые слова:** операции, правосторонняя гемиколектомия.

**RIGHT-SIDE HEMICOLECTOMY**

**Abstract.** Literary review deals with the analysis of classical techniques of performing right-side hemicolectomy, its modification and possible complications.

**Key words:** operations, right-side hemicolectomy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 01.08.2013 р.

Рецензент – проф. Боднар Б.М. (Чернівці)