

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

© Ахтемійчук Ю.Т., Проняєв В.В., Проняєв Д.В., 2010

УДК 616.346.2-002-072.1

КЛАСИЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Ахтемійчук Ю.Т., Проняєв В.В., Проняєв Д.В.

Буковинський державний медичний університет, кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії, м. Чернівці

РЕЗЮМЕ: проаналізована сучасна наукова література про класичну техніку та профілактику післяопераційних ускладнень одного з найпоширеніших хірургічних втручань – видалення червоподібного відростка.

Ключові слова: апендектомія, червоподібний відросток, хірургія

Більшість авторів зазначає, що виконання класичної апендектомії в деяких випадках супроводжується технічними труднощами, зумовленими, зокрема, й незвичним розташуванням червоподібного відростка (ЧВ). Як наслідок, розроблено чимало операційних доступів до ЧВ: параректальний Ленандера, косий Рідігера, поперечні Вінкельмана, Шпренгеля, доступи Roux, Jalaguier, Schuller, серединна лапаротомія тощо. Проте інколи й це не забезпечує бажаних результатів, тому науковцями досі пропонуються оригінальні розробки. Зокрема, удосконалення конструкції ретрактора Сігала-Кабанова (РСК-10) дало змогу формувати “вікно” апендикулярного доступу, що було неможливо виконати за допомогою стандартних моделей. Крім того, розроблений спосіб формування доступу Волковича-Макбурнея методом апаратної корекції. Суть його полягає в тому, що під загальним знеболенням розсікають медіально передній та задній листки піхви правого прямого м’яза живота та парієтальну очеревину. Сам м’яз не розсікають, а праві нижні надчеревні судини зміщують до серединної лінії. Корекцію доступу виконують двома ретракторами, один з яких ведучий і забезпечує доступ до найбільш значимої ділянки операційного поля. Залежно від розташування ЧВ, ведучий ретрактор встановлюють праворуч або ліворуч від хворого. Другий ретрактор забезпечує протитягу та формування відповідної операційної рани. Його встановлюють навпроти першого з протилежного боку операційного стола. В деяких випадках доцільно використовувати третій ретрактор, завдяки чому досягається більше зміщення м’яких тканин у відповідному напрямку. За допомогою тяги ретракторів положення операційної рани змінюють відповідно до місця розташування ЧВ [1, 6, 8, 13].

Класична апендектомія нерідко утруднена і в пацієнтів із надмірною масою тіла, тому деякі дослідники пропонують її змінити. Варто пам’ятати,

що в осіб з ожирінням досить часто спостерігається високе та медіальніше розміщення сліпої кишки. Враховуючи ці особливості, доцільно модифікувати доступ Волковича-Макбурнея. Лінію розрізу слід змістити медіальніше і вгору – через середину пупково-остової лінії, де товщина жирового шару трохи менша, ніж у правій бічній ділянці. Тому для зручності виконання операційного прийому, операційний стіл доцільно повернути вліво. Таке положення дає змогу змістити живіт вліво, завдяки чому хірургічне втручання виконується легше. У таких пацієнтів удвічі частіше виконують ретроградне видалення ЧВ. Це пояснюється тим, що внаслідок тривалого підвищеного тиску в черевній порожнині, органи та структури, зокрема й брижа ЧВ щільно стикаються між собою, що призводить до утворення спайок. Внаслідок цього виведення ЧВ в операційну рану значно утруднюється. Крім цього, якісно зашити рану в пацієнта з ожирінням інколи технічно складно. Чим товстіша клітковина, тим більший ризик виникнення “замкнутого простору”. Запобігти цьому можна завдяки зашиванню рани 2-3 рядами швів із застосуванням простих та 8-подібних швів. До зашивання шкіри у пацієнтів із надмірною масою теж не одностороннє ставлення. Рекомендується уникати використання гумових смужок для дренажу підшкірної клітковини. Доцільніше зашивати рану “густими швами”, коли відстань між стібками становить 0,8-1,2 см. Через 3-4 дні частину швів можна зняти [10].

Одним із найтяжчих ускладнень після операцій на органах черевної порожнини є спайкова кишкова непрохідність (СКН). Зазначається, що серед усіх випадків СКН у 76,7 % хворих перше хірургічне втручання виконувалось саме з приводу гострого апендициту. У 48,5 % випадків проекція обтурованого кишкового сегмента визначається у правій пахвинній ділянці. Обсяг хірургічного

втручання з приводу СКН залежить від характеру процесу. Крім розсікання спайок, виконують інтубацію кишечника, накладають цекостому, проводять резекцію. Варто пам'ятати, що передумови для виникнення спайкового процесу в очеревинній порожнині створюються під час першого хірургічного втручання, де основною профілактикою спайкового процесу є бережливе ставлення до м'яких тканин, запобігання висиханню кишкових петель, ретельний гемостаз, раціональна інфузійна терапія тощо. Протиспайкову терапію необхідно починати безпосередньо після операції. Основною ланкою фізіологічної профілактики спайкоутворення є цілісність мезотелію очеревини, функція якого полягає в утворенні плазміненоактивуючого фактора, що сприяє лізису фібрину, який відкладається в перші 6-12 годин після реакції очеревини на запальний процес [3, 11, 12, 14].

Наголошується, що основною причиною виникнення СКН є недостатній хірургічний досвід. Запалення ЧВ посідає перше місце серед гострих хірургічних захворювань, до того ж апендектомії завжди виконуються ургентно, в будь-який час доби, в основному молодими хірургами. Це підтверджується дослідженням "пиків" госпіталізації хворих зі СКН, які збігаються у часі з періодами поповнення молодими спеціалістами хірургічних стаціонарів. У будь-якому разі уникнути СКН після хірургічного втручання з приводу ускладненого апендициту досить важко. Тому рекомендується звертати увагу на виробленні комплексних заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення мезотелію очеревини після апендектомії. З цією метою запропоновано таку методику профілактики СКН. Після видалення ЧВ (вогнища інфекції) та санації черевної порожнини праву клубову ямку дренують двома дренажами. Більший за діаметром дренаж встановлюють у нижньому куті клубової ямки, а тонкий підводять до вогнища запалення та зміненої запальним процесом очеревини. При тотальному запаленні товстіші дренажі встановлюють у малому тазі з обох боків, а тонкий – уздовж поперечної ободової кишки з виведенням його кінців через бічні стінки живота. Дренаж розташовується так, щоб аерозоль лікарського засобу через отвори зрошував всю очеревинну порожнину. Тонкий дренаж потрібний для введення аерозолу до вогнища запалення з метою дії на парієтальну та вісцеральну очеревину, що сприяє ліквідації запальних змін, відновленню цілісності та функції мезотелію. Крізь товстий дренаж (діаметром 1 см) виводяться гази та екссудат, виконують забір матеріалу

для досліджень. Через тонкий дренаж відразу після операції, або через 6-12 годин виконують інсуфляцію аерозолу в очеревинну порожнину протягом 10-15 хв. Сеанси інсуфляції проводять тричі на добу протягом 3-5 діб. Їх кількість може коливатись до 20 в одного хворого, що залежить від результатів клінічного, бактеріологічного та імунологічного контролю. Основною складовою аерозолу є кисень. Його введення створює газовий прошарок між листками очеревини, покращує її оксигенацію, сприяє кращому всмоктуванню лікарських засобів [5, 7, 9, 15].

Частим післяопераційним ускладненням апендектомії є бічні післяопераційні вентральні грижі (ПОВГ). До теперішнього часу немає класичної методики пластики цих гриж. Важливим фактором при цьому є величина грижового дефекту за даними динамометрії: малі – 0,6-1,0 кГ; середні – 1,1-1,7 кГ; великі – понад 1,7 кГ. При виконанні операції хворому надається положення Тренделенбурга, його обертають на лівий бік під кутом 15-20°, що дозволяє перемістити кишечник на протилежний бік від операційної рани. Спочатку вузловими швами зашивають дефект м'язово-апоневротичної частини внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота. Далі формують дуплікатуру з апоневроза зовнішнього косоного м'яза. Грижі середніх розмірів зашиваються з використанням аутодермальної деепітелізованої (за В.Н.Яновим) стрічки для іммобілізації лінії швів внутрішнього грижового дефекту. Відступивши на 2,5-3 см від краю внутрішнього грижового дефекту, утвореного поперечним та внутрішнім косим м'язами живота, проводять аутодермальну стрічку крізь м'язи перпендикулярно до їх волокон. Таких стрічок може бути декілька, в такому разі необхідно слідкувати, щоб місця їх проведення не збігалися. На м'язи накладають вузлові шви, які зав'язуються після зведення м'язів за допомогою аутодермальних стрічок, кінці яких потім зшиваються між собою. Далі формують дуплікатуру з апоневроза зовнішнього косоного м'яза живота. При лікуванні гриж великого розміру, крім пошарової пластики з іммобілізацією лінії швів внутрішнього грижового дефекту, рекомендується використовувати аутодермальну деепітелізовану латку, яку підшивають між зашитою очеревиною та поперечним м'язом живота [2, 4, 16].

Висновки. Незважаючи на те, що техніка апендектомії вважається однією з простих, післяопераційні ускладнення трапляються досить часто, що потребує подальших анатомо-експериментальних та клінічних досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анисимов А.Ю. Способ формирования доступа Волковича-Дьяконова при технически сложных аппендектомиях / А.Ю.Анисимов, А.Г.Подшивалов // Хирургия. – 1999. – № 12. – С. 19-20.
2. Ахтемійчук Ю.Т. Варіантна будова клубово-сліпокишкового переходу у плодів 8 місяців / Ю.Т.Ахтемійчук, Д.В.Проняєв / ВУЛТ; 21-22 квітня 2005. – Івано-Франківськ, 2005. – С. 399.
3. Бревдо Ф.Ф. О приобретенной непроходимости кишечника у детей / Ф.Ф.Бревдо, Л.М.Никифорова, С.Н.Сергечев // Детская хирургия. – 2002. – № 3. – С. 7-9.

4. Власов В.В. Оперативне лікування післяопераційних вентральних гриж після апендектомії / В.В.Власов // Буковинський медичний вісник. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 20-23.
5. Гіпердіагностика гострого апендициту у дітей / Й.І.Библюк, Я.В.Матіяш, М.В.Глагович [та ін.] // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9, № 4. – С. 91-92.
6. Кланца А.І. Особливості діагностики гострого апендициту у хворих із супутньою патологією. / А.І.Кланца // Актуальні проблеми клінічної, експериментальної та профілактичної медицини: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. – Донецьк, 2002. – С. 54.
7. Матвійчук О. Гнійно-септичні ускладнення хірургічного лікування гострого апендициту / О.Матвійчук // Матеріали VI міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2002. – С. 77.
8. Острый аппендицит в ущемленной пахово-мошоночной грыже / А.А.Костенко, А.Н.Иванов, М.М.Карев [и др.] // Детская хирургия. – 2003. – № 4. – С. 45.
9. Филенко Б.П. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендэктомии / Б.П.Филенко, К.Н.Сазонов, А.Г.Мирошниченко // Вестник хирургии. – 2000. – Т. 159, № 2. – С. 73-77.
10. Хіміч С.Д. Анатомічно-клінічні особливості оперативної техніки при хірургічному лікуванні гострого апендициту в осіб з ожирінням / С.Д.Хіміч, Г.Я.Костюк, С.П.Жученко // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2003. – № 1. – С. 50-53.
11. An assessment of the severity of recurrent appendicitis / Matthew R. Dixon, Jason S. Haukoos, Ina U. Park // Papers from the Southwestern Surgical Congress, presented at the 55th annual meeting in Tucson, AZ, April 27-30, 2003 // The American Journal of Surgery. – 2003. – Vol. 186, Issue 6. – P. 718-722.
12. Are negative appendectomies still acceptable? / Jones Kory, Peña A. Alberto, L.Ernest Dunn [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2004. – Vol. 188, Issue 6. – P. 748-754.
13. David A. Partrick. Prospective evaluation of a primary laparoscopic approach for children presenting with simple or complicated appendicitis / Partrick A. David // Papers from the southwestern surgical congress, 58th annual meeting of the southwestern surgical congress // The American Journal of Surgery. – 2006. – Vol. 192, Issue 6. – P. 750-755.
14. Is delayed operative treatment worth the trouble with perforated appendicitis in children? / Thomas R. Weber, Martin A. Keller, Richard J. Bower [et al.] // Papers from the Southwestern Surgical Congress, presented at the 55th annual meeting in Tucson, AZ, April 27-30, 2003 // The American Journal of Surgery. – 2003. – Vol. 186, Issue 6. – P. 685-689.
15. James Majeski. Diverticulum of the vermiform appendix is associated with chronic abdominal pain / Majeski James // The American Journal of Surgery. – 2003. – Vol. 186, Issue 2. – P. 129-131.
16. Toni L. Storm-Dickerson What have we learned over the past 20 years about appendicitis in the elderly? / Toni L. Storm-Dickerson, Mark C. Horattas // The American Journal of Surgery. – 2003. – Vol. 185, Issue 3. – P. 198-201.

SUMMARY

CLASSIC APPENDECTOMY AND MODERN METHODS OF PREVENTING POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

Akhtemiichuk Yu.T., Proniaiev V.V., Proniaiev D.V.

The paper analyses the findings of modern scientific literature in relation to updating the classical technique of treating and preventing postoperative complication of the appendectomy.

Key words: appendectomy, vermiform appendix, surgery