

УДК 616.346.2-089

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

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ КУКСИ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Резюме. Літературне дослідження присвячене анатомічному обґрунтуванню та аналізу сучасних і класичних методів хірургічної обробки кукси червоподібного відростка.

Ключові слова: кукса червоподібного відростка, хірургія.

На сучасному етапі розвитку хірургії досягнуто істотних успіхів у лікуванні гострого апендициту та його ускладнень. Але, незважаючи на це, летальність при гострому апендициті становить від 0,1 до 0,76 %, а серед хворих з гангренозно-перфоративним апендицитом – 3-5%. Небезпечним післяопераційним ускладненням є неспроможність швів кукси червоподібного відростка (ЧВ), що призводить до розвитку післяопераційного перитоніту, утворення міжкишкових абсцесів та кишкових норидь, що є основною причиною летальних випадків. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості ілеоцекального сегмента кожного окремого пацієнта, особливої уваги набуває адекватний анатомічно обґрунтований вибір методу формування кукси ЧВ, метод її перитонізації при тифліті (розповсюдженні запального та/або некротичного процесу на стінку сліпої кишки) [1].

Вперше метод перитонізації кукси ЧВ при апендектомії запропонував Тревес 1888 року. П.І.Дьяконов для перитонізації кукси ЧВ вперше запропонував використовувати кисетний шов. На сьогоднішній день загальноприйнятою є методика, при якій куксу ЧВ занурюють шовковим кисетним та Z-подібним швами. Деякі хірурги пропонують неперев'язану та припечену йодним розчином куксу ЧВ занурювати S-подібним серозно-м'язовим швом за А.А.Русановим та перитонізувати куксу очеревиною його брижі. Іноді при поширенні запального процесу на стінку сліпої кишки занурити куксу ЧВ не вдається. У такому разі пропонується її не занурювати, залишивши вільною в черевній порожнині, але це нерідко призводить до ускладнень. Також рекомендується накладати кисетний шов на 2-2,5 см проксимальніше ділянки інфільтрації. Це в свою

чергу призводить до утворення в сліпій кишці великої порожнини, на дні якої міститься кукса ЧВ, що підвищує імовірність прогресування некротично-запальної реакції. Є також рекомендації клиноподібно вирізати уражену ділянку сліпої кишки та видалити її разом з ЧВ з наступним зашиванням дефекту кишки вузловими швами. Проте даний спосіб підвищує ризик прорізування або розходження швів. Деякі вчені запропонували після апендектомії ділянку сліпої кишки з явищами запальної інфільтрації занурювати вузловими швами з додатковою фіксацією до парієтальної очеревини. Внаслідок цього також утворюється замкнута порожнина, де збирається ексудат та підтримуються явища тифліту. Деколи неперев'язану та оброблену куксу ЧВ занурюють вузловими серозно-м'язовими швами та перитонізують його очеревиною, для ізоляції та відмежування сліпої кишки виконують оментоцекопексію: край великого сальника фіксують до купола сліпої кишки окремими вузловими швами тонкою шовковою ниткою в межах здорової вісцеральної очеревини. Також відомий досвід виконання субсерозної апендектомії з пошаровим зашиванням стінки сліпої кишки, використання герметизуючих матеріалів – полімерних плівок з антимікробними наповнювачами, вільних клаптів аутоочеревини для герметизації кукси. Але ці методики мають істотні недоліки. По-перше, сліпа кишка залишається в умовах перитоніту; по-друге, створюються сприятливі умови для виникнення рубців, псевдопухлин. Проведення екстраперитонізації сліпої кишки, на думку окремих хірургів [2], покращить перебіг післяопераційного періоду. Пропонується стінку сліпої кишки вшивати передочеревинно окремими вузловими швами в рану черевної стінки або після розтину

© Проняєв Д.В., Гораш Є.В., 2013

та відшарування парієтальної очеревини поблизу перехідної складки – заочеревинно в закуток відшарованої очеревини. Проте вузлові шви для фіксації парієтального листка очеревини до сліпої кишки викликають додаткове травмування та ішемію [3].

Суть одного із сучасних способів перитонізації кукси ЧВ при тифліті така. Розрізом Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова розтинають черевну порожнину. Після видалення ЧВ занурити його куксу кисетними та вузловими швами, внаслідок інфільтрації стінок сліпої кишки, неможливо. Тому пропонується перитонізувати куксу ЧВ та уражену ділянку сліпої кишки парієтальною очеревиною в клубовій ямці. Шви накладаються на неінфільтровану ділянку сліпої кишки навколо зони запалення. Проводять санацію черевної порожнини, підводять мікроіригатор для введення антибіотиків та дренажну трубку. Рану пошарово зашивають [2].

Розроблений також спосіб хірургічної обробки та екстраперитонізації кукси ЧВ з дренажуванням цієї ділянки. Проводять електрохірургічну панапендектомію. Повне вирізання кукси ЧВ значно спрощує накладання окремих серозно-м'язових швів Ламбера-Альберта при цекорафії. Зміщують купол сліпої кишки медіально й вгору. Розрізом за перехідною складкою розтинають парієтальну очеревину, відшаровують ділянку парієтальної очеревини правої клубової ямки, що відповідає розміру купола сліпої кишки. Через додатковий розріз у поперековій ділянці або клубовій ямці до закутка відшарованої парієтальної очеревини позаочеревинно підводять трипросвітний дренаж, який являє собою дві трубки різного діаметра, занурені одна в другу. Одна з трубок більшого діаметра має розташований у сегментарному потовщенні стінки мікроіригатор, за допомогою якого виводиться іригаційна рідина. Через трубку меншого діаметра здійснюють постійну аспірацію ексудату та промивних розчинів. На 5-6 день видалають дренажну трубку. Сліпу кишку переміщують у закуток відшарованої очеревини. Парієтальну очеревину фіксують до вісцеральної очеревини сліпої кишки не вузловими, а тимчасовими монофіламентними капроновими швами. Спочатку підшивають парієтальну очеревину біля медіального краю відшарованого клаптя очеревини, потім переводять стібок нитки на серозно-м'язовий шар купола сліпої кишки і знову повертаються на листок парієтальної очеревини. Для надійної фіксації та щільного стикування листків парієтальної та вісцеральної очеревини достатньо 4-5 стібків. Для забез-

печення більшої герметичності накладають два ряди паралельних швів. Кінці тимчасових монофіламентних ниток виводять на передню черевну стінку і фіксують на марлевому валику-амортизаторі. Шви видалають на 5-6 добу після операції шляхом відтягування валика-амортизатора [4, 5].

Відомий також занурювальний безлігатурний метод обробки кукси ЧВ. Після хірургічної обробки брижі ЧВ на його основу накладають затискач, по якому відсікають ЧВ. Кисетним швом куксу занурюють у сліпу кишку. Обережно розкривають і виймають затискача. Кисетний шов зав'язують і накладають Z-подібний шов. Цей метод не слід застосовувати при деструктивних формах апендициту з поширенням запального процесу на стінку сліпої кишки та при сітчастій формі розгалуження артерії ЧВ. Перевагою даного методу є: відсутність інфікованої лігатури та замкнутого простору в сліпій кишці; у найближчий час після операції кукса ЧВ відпадає в просвіт сліпої кишки, завдяки чому реакції, що призводять до посиленого спайкоутворення не розвиваються, а також зменшується деформація сліпої кишки, що призводить до швидкого стихання болю [6, 7].

У пацієнтів з ожирінням брижа ЧВ досить коротка і потовщена, тому під час її лігування досить часто спостерігається прорізування жирової клітковини. Надійно перев'язати артерію ЧВ в жировій масі буває складно, що створює ризик кровотечі [8]. В осіб з ожирінням вдвічі частіше спостерігається поширення запального процесу на стінку сліпої кишки. У такому разі пропонується така методика обробки кукси ЧВ. Над куксою накладають три лігатури через стінку купола сліпої кишки, пінцетом куксу трохи занурюють. Стінки кишки зближують і зав'язують вузли, видаливши пінцет. Зближенням стінок купола сліпої кишки закривається кукса ЧВ [9].

У разі виявлення флегмони купола сліпої кишки при апендектомії доцільно притримуватись таких принципів. Бажаним є використання лише кетгуттового матеріалу, щоб запобігти розвитку лігатурних нориць. Брижа ЧВ перев'язується кетгуттом, перитонізація кукси ЧВ здійснюється окремими кетгуттовими швами, а купол сліпої кишки фіксується обвивним кетгуттовим швом до спеціально сформованого вікна у правій боковій ділянці передньобокової стінки живота, щоб перитонізована кукса опинилася в центрі вікна, що виключає можливість калового перитоніту внаслідок неспроможності кукси ЧВ [10].

Отже, незважаючи на відносну технічну простоту хірургічного видалення ЧВ, спостерігається певний процент післяопераційних усклад-

нень, що, на нашу думку, пов'язано з недостатньою увагою хірургів до варіантної анатомії клубово-сліпокишкового сегмента [11-13].

Список використаної літератури

1. Профилактика послеоперационных осложнений при деструктивном аппендиците и тифлите / А.П.Власов, В.В.Сараев, Н.А.Окунев, Ю.П.Степанов // *Вест. хирургии.* – 2004. – № 5. – С. 60-64.
2. Татти Я.Я. Перитонизация культи червеобразного отростка при воспалительной инфильтрации купола слепой кишки / Я.Я.Татти, О.В.Ванюкова // *Вест. хирургии.* – 2001. – Т. 160, № 4. – С. 79-80.
3. Несостоятельность культи червеобразного отростка после аппендэктомии / А.М.Антонов, Ю.Б.Волов, Н.А.Яицкий [и др.] // *Вест. хирургии.* – 1999. – Т. 158, № 2. – С. 45-47.
4. Власов В.В. Профилактика неспроможности кукси червоподібного відростка / В.В.Власов, В.Г.Мартинюк, І.В.Бабій // *Суч. підходи в діагн. та лік. ускладнень гострої патол. орг. черевної порожнини: тези доп. наук.-прак. конф. з міжнар. уч.* // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія.* – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 97-98.
5. Свистонюк І.У. Інвагінаційно-клапанний ентероанастомоз у хірургії травного каналу / Свистонюк І.У. – К.: Здоров'я, 2002. – 63 с.
6. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендэктомии / Б.П.Филенко, К.Н.Сазонов, А.Г.Мирошниченко [и др.] // *Вест. хирургии.* – 2000. – Т. 159, № 2. – С. 73-77.
7. Свистонюк И.У. Погружной безлигатурный метод обработки культи червеобразного отростка / И.У.Свистонюк, М.Д.Люттик, Ю.Т.Ахтемийчук // *Прикл. знач. морфол. исследований орг. и тк. в разработке новых способов леч. и диагн. заболеваний: тез. обл. конф.* – Днепропетровск, 1990. – С. 24-25.
8. Лупальцов В.И. Внутрикшечное кровотечение из культи червеобразного отростка после аппендэктомии / В.И.Лупальцов, И.А.Дехтярук, М.П.Калашиник // *Кліні. хірургія.* – 2005. – № 6. – С. 47.
9. 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. – Т. 2, № 1. – С. 50-53.
10. Бейдо В.П. Хирургическая тактика при флегмонах купола слепой кишки / В.П.Бейдо, С.В.Бейдо // *XLIX СНК: матер. докл.* – Тбилиси, 1986. – С. 104-105.
11. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1988. – 122 с.
12. Мельник І.П. Лапароскопічна апендектомія з використанням електрозварювання / І.П.Мельник // *Акт. пит. хірург. та анестезіол. служб ЗСУ: матер. наук.-прак. конф.* // *Укр. ж. малоінваз. та ендоскоп. хірургії.* – 2006. – Т. 10, № 4. – С. 31.
13. "Узловые пункты" как морфофункциональные комплексы сегментов пищеварительного канала / В.Н.Ватаман, А.Б.Брызицкий, В.И.Швец [и др.] // *Органные особенности морфогенеза и реактивности тк. структур в норме и патол.: тр. Крым. мед. ин-та.* – 1989. – Т. 125. – С. 1-28.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Резюме. Литературное исследование посвящено анатомическому обоснованию и анализу современных и классических методов хирургической обработки культи червеобразного отростка.

Ключевые слова: культя червеобразного отростка, хирургия.

METHODS OF SURGICAL DEBRIDEMENT OF THE APPENDICAL STUMP

Abstract. A bibliographical research is devoted to an anatomical substantiation and analysis of modern and classical methods of surgical debridement of the appendiceal stump.

Key word: vermiform appendix stump, surgery.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 23.04.2013 р.
Рецензент – проф. Г.Я.Костюк (Вінниця)