



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 49150

(13) A

(51) 6 A61B17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ АПЕНДЕКТOMІЇ

1

2

(21) 2000095538

(22) 27 09 2000

(24) 16 09 2002

(46) 16 09 2002, Бюл. № 9, 2002 р.

(72) Короткий Валерій Миколайович, Колосович  
Ігор Володимирович(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ /НМУ/

(57) Спосіб апендектомії, що включає апендектомію з перев'язкою кукси лігатурою та перитонізацією кукси червоподібного відростка окремими вузловими серозно-м'язовими швами, який відрізняється тим, що перитонізацію кукси виконують кінцевим відділом здухвинної кишки, на який попередньо наносять клейову композицію

Винахід відноситься до медицини, а саме до невідкладної хірургії органів черевної порожнини, і може бути використаний при хірургічному лікуванні хворих на гострий апендицит.

Відомо, що при деструктивних формах гострого апендициту з розповсюдженням процесу запалення на сліпу кишку, поряд з власне апендектомією, виникає проблема укріплення кукси червоподібного відростка. Неможливість занурення кукси відростка у кисегний шов внаслідок інфільтрації стінки сліпої кишки привела до розробки чисельних способів укріплення кукси відростка без інвагінації останньої у сліпу кишку. Маніпуляції на інфільтрованих сліпій китиці пов'язані з певними технічними складнощами. Укріплення кукси відростка очеревиною, власне сліпою кишкою, сальником небезпечно натягненням тканин, що веде до неспроможності швів та до розвитку великої кількості гнійних ускладнень. За даними І.Л. Роткова кількість гнійних ускладнень з боку черевної порожнини після апендектомії складає 11,8%(1).

Відомий спосіб апендектомії з перитонізацією кукси червоподібного відростка клаптом парієтальної очеревини (2). З очеревини правої латеральної ділянки вирізали П-подібний клапоть (за площею повинен бути більше зміненої ділянки сліпої кишки), основа клаптя була звернена до верху. Клапоть фіксували до сліпої кишки окремими вузловими швами. Однак існуюча методика мала суттєві недоліки, розвитку гнійних ускладнень сприяє те, що клаптом парієтальної очеревини добре перитонізувати латеральну стінку сліпої кишки, у випадку перитонізації медіальної ділянки сліпої кишки неминує деформується область ілеоцекального переходу, що може призвести до під-

вищення внутрішньокішкового тиску, неспроможності швів та до розвитку гнійних ускладнень (3). Крім того, у випадку поширеної інфільтрації сліпої кишки викривлення та фіксація великого клаптя очеревини може призвести до виникнення значної порожнини, що також небезпечно гнійними ускладненнями.

Також використовують спосіб апендектомії при деструктивних формах гострого апендициту з інфільтрацією сліпої кишки, при якому виконують апендектомію з перев'язкою кукси відростка шовковою лігатурою та перитонізацією кукси червоподібного відростка окремими вузловими серозно-м'язовими швами (4). Окремі автори (5) даний спосіб доповнювали накладанням на лінію швів полімерної плівки за допомогою клею МК-7. Цей спосіб є найбільш близьким до рішення та прийнятний у якості прототипу. Однак і дана методика має ряд недоліків. Розвитку гнійних ускладнень сприяє те, що в умовах інфільтрації сліпої кишки навкруги кукси червоподібного відростка виконання даної методики пов'язане з утворенням масивного інвагінаційного інфільтрату, що може привести до утруднення проходження кишкового вмісту з тонкої кишки у товсту та порушенню її евакуаційної функції, підвищенню внутрішньокішкового тиску, розвитку неспроможності швів. Крім того, процедура накладання швів на запалену сліпу кишку шляхом інвагінації останньої небезпечно натягненням інфільтрованих тканин кишки, що також небезпечно розвитком гнійних ускладнень.

В основі заявленого винаходу лежить завдання укріплення кукси сліпої кишки в умовах інфільтрації сліпої кишки та близького розташування кукси відростка до баугінієвої заслінки шляхом використан-

(13) A

(11) 49150

(19) UA

ня термінального відділу здухвинної кишки. Технічний результат, що досягається, полягає у зменшенні кількості гнійних ускладнень після апендектомії.

Поставлене завдання досягається тим, Ідо у відомому способі апендектомії, переважно при деструктивних формах гострого апендициту в умовах інфільтрації сліпої кишки, який включає власне апендектомію з перев'язкою кукси лігатурою та перитонізацію кукси червоподібного відростка окремими вузловими серозно-м'язовими швами, згідно винаходу, перитонізацію кукси виконують кінцевим відділом здухвинної кишки, на який попередньо наносять клейову композицію.

Відмінні ознаки заявленого винаходу - використання у перитонізації кукси відростка термінального відділу здухвинної кишки. У цьому простежується новий підхід у вирішенні проблеми укріплення кукси відростка в умовах інфільтрації сліпої кишки. Судячи з літературних даних здухвинна кишка раніше ніколи не використовувалась для такої мети. В відомих способах апендектомії клейові композиції використовувались лише у якості підкріплення швів, що накладалися, у той час як у запропонованому способі клей використовувався для попередження утворення порожнини. Відомо, що відстань між основою червоподібного відростка та баугнієвою заслінкою коливається у межах 0,5-5см, причому у 1/3 випадків вона буває менше 15мм (6), а здухвинна кишка впадає у сліпу у висхідному напрямку у 75% випадків, в 20% - під прямим кутом (7), що дозволяє використовувати для укріплення кукси відростка кінцевий відділ здухвинної кишки. Заявлений спосіб дозволяє надійно укріпити куксу відростка в умовах інфільтрації сліпої кишки, не порушуючи синтопії ілеоцекального кута. Укладання відділів кишківника, що зшиваються, відбувається у ізоперистальтичному напрямку, що не порушує прохідності ілеоцекального переходу. У той час, як у прототипі використання з метою перитонізації кукси відростка власне сліпої кишки було небезпечно неспроможністю швів, виникненням значної порожнини та розвитком гнійних ускладнень. Суть винаходу пояснюється рисунками, на яких представлено

Фіг 1 Підведення кінцевого відділу здухвинної кишки до сліпої в області червоподібного відростка

Фіг 2 Накладання ряду серозно-м'язових швів у поперечному напрямку на ділянці між куксою відростка та ілеоцекальним переходом

Фіг 3 Накладання швів у поздовжньому напрямку з обох сторін від кукси відростка

Фіг 4 Етап накладання швів у поперечному напрямку з боку купола сліпої кишки

Фіг 5 Кінцевий вигляд ілеоцекального кута після операції

Спосіб виконується наступним чином. Виконують лапаротомію доступом за Волковичес-Д'яконовим. Виводять у рану купол сліпої кишки з червоподібним відростком. Спінюють ступінь поширення запалення на сліпу кишку, кут впадіння здухвинної кишки у сліпу, відстань від основи червоподібного відростка /1/ до баугнієвої заслінки /2/. Виконують апендектомію з обробкою

та перев'язкою кукси відростка /1/ шовковою лігатурою. В залежності від відстані між куксою відростка /1/ та баугнієвою заслінкою /2/ більше 5мм, для запобігання утворення порожнини, накладають ряд серозно-м'язових швів у поперечному напрямку на цій ділянці /3/. Якщо відстань між цими анатомічними утвореннями менше 5мм, для запобігання деформації ілеоцекального кута даний ряд швів не накладається. Обробляють клеєм поверхні обох кішок, що стикаються, опиняється внутрішньо швів. Накладають ряд серозно-м'язових вузлових швів у поздовжньому напрямку з обох сторін /4/ від кукси відростка /1/. Закінчують перитонізацію підшиванням ділянки здухвинної кишки до сліпої /5/ у поперечному напрямку з боку купола сліпої кишки. Операцію закінчують евакуацією ексудату з черевної порожнини, дренажування останньої трубчастим дренажем та зашиванням лапаротомної рани.

Приклад конкретного виконання способу

Хвора Ж, історія хвороби №1437 діагноз гострий гангренозний апендицит, тифліт, місцевий перитоніт. Поступила у клініку 05.02.91р. Хворіє на протязі доби. 05.02.91р. виконана операція апендектомія, дренажування черевної порожнини. Під час операції сліпа кишка в діаметрі 3см від кукси відростка інфільтрована та гіперемована, відстань від основи відростка до баугнієвої заслінки 1,5см. Виконано апендектомію з перев'язкою кукси відростка шовковою лігатурою. Виконано перитонізацію кукси відростка термінальним відділом здухвинної кишки за допомогою вузлових серозно-м'язових швів та з попереднім нанесенням на поверхні сліпої та здухвинної кишок клейової композиції (клей МК-7). Післяопераційний період без ускладнень. На 2-у добу почали відходити гази, на 4-у був самостійний стул, нормалізація температури - на 3-у добу, лейкоцитів та формули крові - на 3-у добу післяопераційного періоду. Рана загоїлась регріта. Виписана 11.02.91г (6-а доба) у задовільному стані. Контрольний огляд через 1 місяць та 6 місяців - здорова.

Спосіб апробовано у 1-му та 2-му хірургічних відділеннях МКЛ №4 м. Києва. За даною методикою прооперовано 32 хворих у період з 1991 по 2000рр., середня тривалість спостереження 5 років. Отримані результати порівнювались з результатами лікування хворих на деструктивний апендицит з супутньою інфільтрацією сліпої кишки, яким перитонізацію кукси відростка виконували за допомогою власне сліпої кишки (15 хворих). Гнійних ускладнень у хворих основної групи не зареєстровано. У 4-х хворих контрольної групи (13%) розвинулись гнійні ускладнення у вигляді кишкової нориці, яка загоїлась консервативним шляхом. При цьому ліжко-день у хворих основної групи склав  $8,5 \pm 1,15$ , контрольної -  $22,8 \pm 1,2$  ( $P < 0,05$ ).

Як показала статистична обробка з використанням таблиці Ст'юдента, виконання даного способу забезпечує статистично вірогідну профілактику гнійних ускладнень ( $P < 0,05$ ). Це, на нашу думку, обумовлено врахуванням анатомічних особливостей ілеоцекального кута, що дозволяє укріпити куксу червоподібного відростка без інвагінації останньої у сліпу кишку та деформації баугнієвої заслінки у випадку близькою розташування основи

відростка до заслінки. Процедура накладання швів на інфільтровану сліпу кишку не пов'язана з небезпекою прорізання швів, так як у даному випадку не відбувається натягнення тканин, цьому також сприяє використання у перитонізації клейової композиції, що дозволяє уникнути розвитку гнійних ускладнень.

Використана література

1 Ротков ИЛ Диагностика и тактические ошибки при остром аппендиците -М Медицина, 1988 - 208с

2 Костин АЕ Способ перитонизации купы червеобразного отростка// Клин, хирургия - 1987 - №4 -С 67

3 Deilch E A Simple intestinal obstruction causes bacterial transformation in man// Arch Surg -

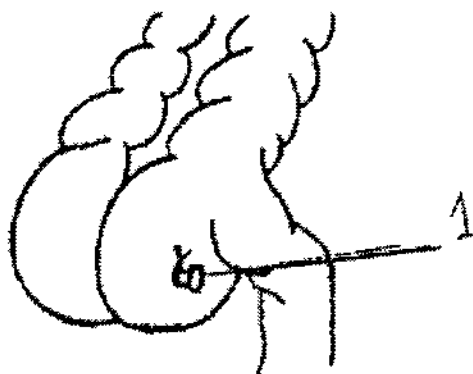
1989 - V 124, N6 - P 669-701

4 Русанов АА Аппендицит - Л Медицина, 1979 - 173с

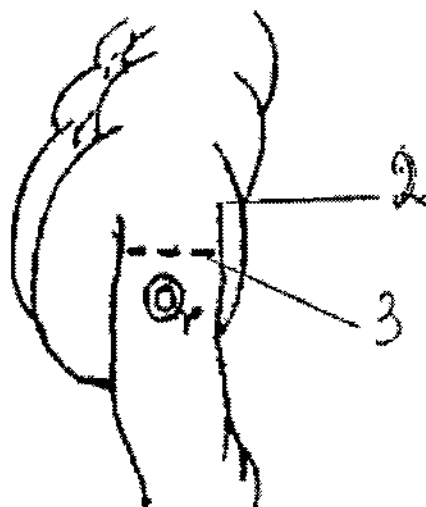
5 Нолоус ЮМ, Напастюк ВЛ Герметизация купола слепой кишки после штендэктомии // Клин Хирургия - 1987 - №4 - С 66-67

6 Ременник СС Техника удаления червеобразного отростка с точки зрения хирургической анатомии илеоцекального отдела кишечника// Здоровоохранение Туркменистана - 1981 - №12 - С 18

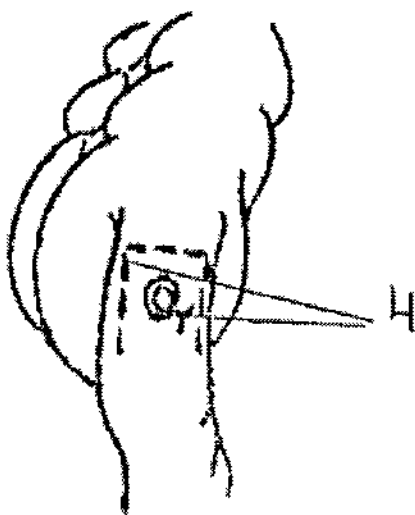
7 Жученко СП Морфофункциональные особенности и математическое моделирование новых хирургических конструкций илеоцекального отдела - Автореф дис - д-ра мед наук - Киев, 1990 - 43с



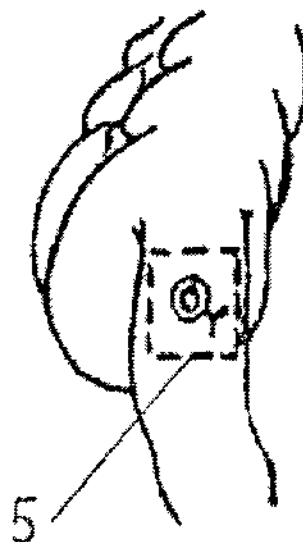
Фиг.1



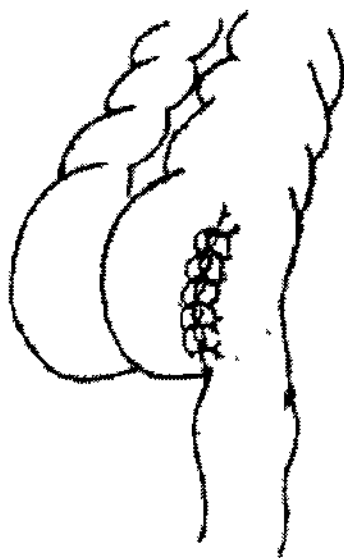
Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5

---

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)  
вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна  
(044) 456 – 20 – 90

---

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»  
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна  
(044) 216 – 32 – 71