

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии органов брюшной полости, и может быть использовано для удаления червеобразного отростка с профилактической или лечебной целью в случаях его заболевания или проведения симультанной операции на других органах брюшной полости.

Из медицинской практики известно, что, для удаления червеобразного отростка предложено несколько способов операций.

В практике распространена одномоментная операция ампутации червеобразного отростка непосредственно у основания его после отсечения брыжейки червеобразного отростка, пережатия отростка у основания зажимом, легированием просвета на уровне образовавшейся бороздки на участке сдавливания его зажимом и погружением культи червеобразного отростка с лигатурой просвета в стенку слепой кишки в предварительно наложенный кисетный шов на стенку слепой кишки на расстоянии 1,0-1,5 см от основания червеобразного отростка [Литтман И. Оперативная хирургия. - Изд. АН Венгрии. - Будапешт. - 1981. - С.517-518]. Указанному способу операции присущи существенные недостатки. Во-первых, не исключается возможность инфекции, как при ампутации червеобразного отростка, так и после нее со стороны культи отростка. Во-вторых, образующаяся вокруг культи червеобразного отростка замкнутая полость между кисетным швом и лигатурой просвета его может служить местом формирования гнояника. В-третьих, лигирование и отсечение червеобразного отростка проводят лишь вблизи основания. При этом способе операции, как правило, оставляют большей или меньшей длины культю червеобразного отростка. Она может служить источником продолжающегося или повторного воспаления, сохранения клинических признаков заболевания червеобразного отростка в раннем и позднем послеоперационном периоде, способствует развитию инфильтратов или распространению воспаления на органы брюшной полости, ведет к формированию кишечных свищей.

Указанные недостатки в значительной степени - возможность инфицирования окружающих тканей и брюшной полости; образования замкнутой полости между прошитой или перевязанной слизистой оболочкой и лигированным серозно-мышечным слоем червеобразного отростка присущи способам операций [Авт.св. № 724136, Умаров А. Способ аппендэктомии. 1980, БИ № 12; Авт.св. № 1210796, см. Нагибин В.И. и Ботабаев СИ. Способ аппендэктомии, 1986, БИ № 6].

Известно предложение вправлять не перевязанную лигатурой культю червеобразного отростка после отсечения в просвет слепой кишки [Fonler G.R., Finical excision versus Inversion of the appendix// Am.J. of the med.Sc Febr, 1897]. Этот способ операции предупреждает лишь возможность формирования замкнутой полости вокруг культи червеобразного отростка, однако не исключает опасность ряда тяжелых осложнений: кровотечения в просвет слепой кишки из стенки пересеченной и не лигированной культи червеобразного отростка, инфицирования окружающих тканей, оставления длинной культи червеобразного отростка.

Опасность возникновения в послеоперационном периоде кровотечения в полость слепой кишки из пересеченного без перевязки или коагуляции подслизисто-слизистого слоя культи червеобразного отростка сохраняется и при удалении отростка [Авт.св. № 1362456, см. Сандханов А.С., Каримов Г.З. Способ аппендэктомии, 1989, БИ №19].

Близким по сущности к заявляемому способу является предложение вправлять весь скелетированный червеобразный отросток, не вскрывая и не отсекая его, в просвет слепой кишки [Edebohls G.M. Inversion of the vermiform appendix. - Amer. Journ. med.Sc, June, 1895].

Выполнение операции по указанному способу предупреждает возможность инфицирования окружающих тканей микробной флорой из полости червеобразного отростка, устраняет условия для формирования замкнутой полости вокруг червеобразного отростка.

Однако, выполнение операции по указанному способу не исключает опасность развития поздних осложнений, обусловленных не удалением червеобразного отростка, таких как хроническое или острое воспаление оставшегося червеобразного отростка, болевого синдрома, илеоцекальной инвагинации, воспалительной или истинной опухоли червеобразного отростка и ряда других.

С целью профилактики и лечения осложнений операции аппендэктомии, сопровождающейся вправлением всего червеобразного отростка или его культи в стенку или просвет слепой кишки, предложено заявляемое решение.

Поставленная задача достигнута тем, что вправленный червеобразный отросток или культю его ампутируют вторично в послеоперационном периоде из просвета слепой кишки по время проведения колонофиброскопии.

Предлагаемый способ удаления червеобразного отростка осуществляем следующим образом.

Брюшную полость вскрывают одним из доступов в условиях местной или общей анестезии. В случаях доступа в правой подвздошной области слепую кишку вместе с червеобразным отростком выводят в рану. Пересекают брыжейку отростка. Проксимальную (оставшуюся) часть брыжейки перевязывают капроновой нитью. Потягивая за червеобразный отросток на конусовидное выпячивание стенки слепой кишки отступая на расстояние 10-15 мм от основания червеобразного отростка, накладывают круговой (кисетный) серо-серозный или серозно-мышечный шов, не затягивая его. Червеобразный отросток освобождают от остатков брыжейки (скелетируют). Потягивая за отросток накладывают кровоостанавливающий зажим, раздавливая стенку отростка, на расстоянии 20-25 мм от его основания по наметившейся демаркации нарушения внутристеночного кровообращения, второй кровоостанавливающий зажим накладывают на конусовидное выпячивание стенки кишки у основания червеобразного отростка, раздавливая стенку. Сняв зажимы, червеобразный отросток вправляют в полость слепой кишки. Круговой (кисетный) шов стенки дна слепой кишки затягивают над основанием инвагинированного отростка. Поверх него накладывают дополнительный Z-образный шов. Лишь в случае затруднений при вправлении червеобразного отростка, дистальный сегмент его отсекают, лучше диатермией или лазерным лучом, над зажимом на уровне отсутствующего внутриорганных кровообращения, где опасность кровотечения из стенки червеобразного отростка отсутствует - в 2-3 см от основания.

Слепую кишку погружают в брюшную полость. Вводят на 1-2 мин марлевую полоску в брюшную полость

для проверки гемостаза. Убедившись в отсутствии кровотечения, рану передней брюшной стенки послойно зашивают. Накладывают повязку на кожу.

Второй момент операции - диагностическую и лечебную колонофиброскопию проводят в период общего удовлетворительного состояния, стойкого выздоровления больного. Обоснованием и показанием к его проведению есть стремление к обязательному полному удалению червеобразного отростка.

Подготовка больного к эндоскопическому удалению червеобразного отростка или его культи не отличается от таковой при обычной диагностической колонофиброскопии.

При эндоскопическом исследовании диатермическую петлю подводят к культе червеобразного отростка, набрасывают на культю и постепенно затягивают, проводя электрокоагуляцию, чередуют включение коагулирующего и режущего воздействия диатермического тока. Временами набрасывание петли и расположению ее у основания червеобразного отростка способствует захватывание отростка и подтягивание за него биопсионными щипцами.

После эндоскопического отсечения червеобразного отростка или его длинной культи убеждаются в отсутствии кровотечения из раневой поверхности. Отсеченную культю червеобразного отростка захватывают и извлекают при выведении колонофиброскопа. Опыт показывает, что какого-либо специального послеоперационного лечения не требуется. Больной остается в стационаре на 1-2 суток. Заживление раневой поверхности слепой кишки происходит за 6-7 суток. Удаленная культя червеобразного отростка подвергается гистологическому исследованию.

Эндоскопическое иссечение культи червеобразного отростка временами является самостоятельным этапом хирургического метода лечения осложнений заболеваний червеобразного отростка в связи с сохранившейся болезненностью, расстройством функций кишечника или клиническими признаками рецидива заболевания червеобразного отростка после ранее проведенного оперативного лечения. Эндоскопическое удаление длинной культи червеобразного отростка с просвета слепой кишки повышает радикальность лечения заболеваний червеобразного отростка, уменьшает опасность осложнений от повторной операции.

Отдельные этапы операции иллюстрируют:

фиг.1 - подготовительные этапы погружения червеобразного отростка в просвет слепой кишки;

фиг.2 - размождение стенок отростка двумя зажимами перед инвагинацией в просвет слепой кишки;

фиг.3 - варианты завершеного погружения в просвет слепой кишки всего червеобразного отростка;

фиг.4 - вариант погружения в просвет слепой кишки длинной культи червеобразного отростка, где изображены;

1 - слепая кишка;

2 - подвздошная кишка;

3 - червеобразный отросток (аппендикс);

4 - проксимальная (остающаяся) часть культи брыжейки червеобразного отростка;

5 - удаляемая часть брыжейки червеобразного отростка;

6 - нить кругового (кисетного) шва стенки слепой кишки;

7 - уровень пережатия червеобразного отростка в 20-25 мм от его основания;

8 - уровень пережатия основания червеобразного отростка.

9 - дополнительный Z-образный шов стенки слепой кишки;

10 - инвагинированный в полость слепой кишки червеобразный отросток;

11 - инвагинированная в полость слепой кишки длинная культя червеобразного отростка.

Применение разработанного способа операции позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства, уменьшить опасность возникновения осложнений, в частности, в случаях проведения симультанных вмешательств на органах брюшной полости или устранения осложнений возникших в связи с ранее проведенной аппендэктомией.

Пример клинического применения разработанного способа аппендэктомии: Больная Д.В.П., 40 лет., ист.б. № 867, госпитализирована с диагнозом острый аппендицит после появления резкой боли внизу живота. Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Температура тела -37,3° С, пульс - 86 ударов в 1 мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания умеренно выпячен. При пальпации незначительная болезненность в обеих подвздошно-паховых областях, больше справа, над лоном. Здесь же положительные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии передней брюшной стенки - тимпанит с различными оттенками. Перистальтика кишечника не выслушивается. Дизурических явлений нет. При пальцевом исследовании прямой кишки выявлена болезненность тазовой брюшины, нависания передней стенки кишки не установлено.

При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлена умеренная пневматизация петли тонкой кишки, слепой кишки.

Осмотрена гинекологом, Нарушений менструального цикла не было, патологического состояния внутренних половых органов не установлено.

Операция. Общее обезболивание. Брюшная полость вскрыта в правой подвздошной области разрезом Волковича-Дьяконова: выпота нет, в правой подвздошной области спаечный процесс. После разделения спаек в рану передней брюшной стенки выведена слепая кишка вместе с червеобразным отростком. Червеобразный отросток длиной до 7 см, утолщен, сероза его отечная, брыжейка деформирована. Брыжейка червеобразного отростка пересечена, проксимальная часть ее перевязана, дистальная - отсечена от червеобразного отростка. На конусовидное выпячивание дна стенки слепой кишки, на расстоянии 10 мм от основания червеобразного отростка, наложен кисетный серозно-мышечный шов. Стенка отростка пережата зажимами сначала на расстоянии 25-30 мм на участке наметившегося нарушения микроциркуляции, а затем у основания червеобразного отростка. Не отсекая червеобразный отросток он инвагинирован в полость слепой кишки, кисетный шов затянут. Поверх него наложен дополнительный Z-образный шов.

14.04.83 г. при колонофиброскопии произведено эндоскопическое удаление червеобразного отростка. Патогистологическое заключение (№3011-12) г культит. Осмотрена через 3 мес и 6 мес после операции, состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Здорова.

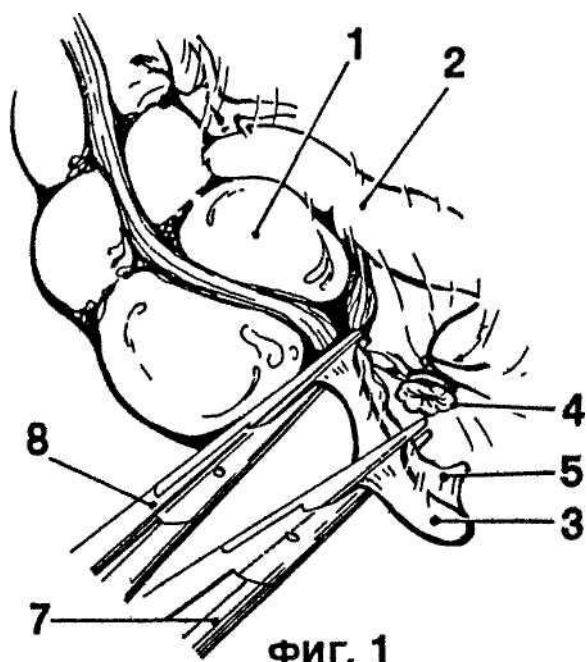
Еще пример клинического применения предложенного способа операции.

Больная Е.Л.И., 45 лет, ист.б. № 1055. В 1968 г. по поводу остро возникших болей в животе госпитализирована в порядке скорой помощи в хирургическое отделение. Установлен диагноз: острый аппендицит.

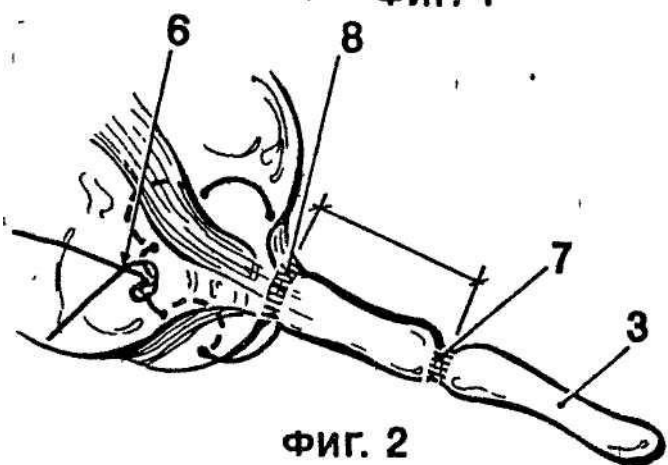
Косым разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость, изливается серозный выпот. В рану выведена слепая кишка вместе с червеобразным отростком. Последний длиной до 8 см, дистальные 2/3 его утолщены, напряжены. Серозная оболочка червеобразного отростка отечная, гиперемирована, покрыта местами фибрином. Брыжейка отростка инфильтрирована 1 % раствором новокаина, поэтапно пересечена, лигирована. Вокруг основания червеобразного отростка и отступая от него на расстояние 7-10 мм на стенку дна слепой кишки наложен кисетный серозно-мышечный шов. Червеобразный отросток пережат у основания зажимом, лигирован по образовавшейся бороздке и отсечен над лигатурой. Просвет культи на срезе обработан насыщенным раствором карболовой кислоты, затем она погружена в стенку слепой кишки кисетным швом и дополнительно перитонизирована Z-образным швом.

Проверка гемостаза. Операционная рана ушита. Повязка. Течение раннего послеоперационного периода гладкое. Выписана с выздоровлением. Через три года после операции временами возникает боль внизу живота, в правой подвздошной области. Неоднократно обследована гастроэнтерологом, гинекологом, урологом. 05.12.1990 г. проведена колонофиброскопия. В куполе слепой кишки определяется опухолевидное образование до 1,5 см округлой формы, мягкоэластической консистенции - длинная культя червеобразного отростка. 20.12.1990 г. произведено эндоскопическое удаление длинной культи червеобразного отростка. Патанатомическое исследование № 13926-27 - хронический аппендицит. Периаппендикулярный воспалительный процесс. Течение послеоперационного периода гладкое. Осмотрена через 1 мес. Общее состояние улучшилось, рецидива боли не отмечала, функция кишечника не нарушена.

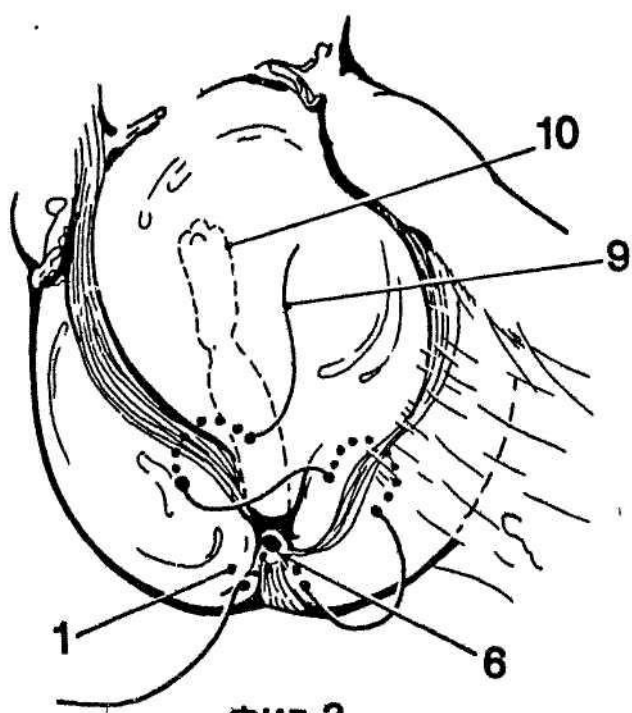
Таким образом, клиническое применение разработанного способа иссечения червеобразного отростка или оставленной длинной культи его с просвета слепой кишки во время колонофиброскопии сопровождается постоянным положительным эффектом: ведет к уменьшению опасности осложнений операции ампутации червеобразного отростка, обеспечивает радикальность удаления червеобразного отростка, лечение рецидива заболевания после ранее проведенной аппендэктомии.



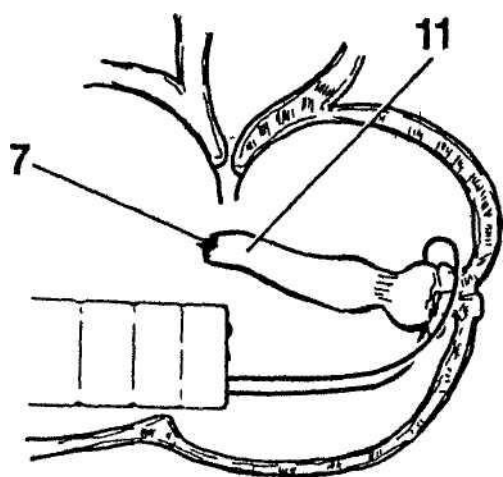
ФИГ. 1



ФИГ. 2



ФИГ. 3



ФИГ. 4