

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ СПОСОБУ АПЕНДЕКТОМІЇ ПРИ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ, УСКЛАДНЕНИХ ТИФЛІТОМ

I. В. Колосович, Р. А. Сидоренко, К. О. Чиколовець, А. І. Колосович

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

DIFFERENTIATED APPROACH FOR THE APPENDECTOMY PROCEDURE IMPROVEMENT IN DESTRUCTIVE FORMS OF AN ACUTE APPENDICITIS, COMPLICATED BY TYPHLITIS

I. V. Kolosovych, R. A. Sydorenko, K. O. Chykolovets, A. I. Kolosovych

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Реферат

Проаналізовані результати хірургічного лікування 1312 хворих з приводу гострого деструктивного апендициту (ГДА) в останні 5 років. Тифліт під час операції виявлений у 92 (7,01%) хворих, протяжна інфільтрація сліпої кишки — у 56 (60,9%). Запропонований диференційований підхід до вибору варіанту оперативного втручання, удосконалені деякі оперативні методики при ГДА, ускладненому тифлітом (в тому числі лапароскопічні), що дозволило покращити результати лікування хворих та зменшити частоту гнійних ускладнень, тривалість лікування хворого у стаціонарі, витрати на подальше лікування, розширити показання до застосування лапароскопічної апендектомії.

Ключові слова: гострий апендицит; тифліт; хірургічне лікування; лапароскопічна апендектомія.

Abstract

Results of surgical treatment of 1312 patients, suffering an acute destructive appendicitis in last 5 years, were analyzed. Typhlitis was revealed intraoperatively in 92 (7.01%) patients, long infiltration of cecum — in 56 (60.9%). Differentiated approach for the operative intervention variant choice was implemented, some operative procedures in destructive appendicitis, complicated by typhlitis (including laparoscopic), were improved, permitting to improve the patients' treatment results, to reduce the purulent complications rate, the patients' stationary treatment duration, the expanses on further treatment, to spread indications for application of laparoscopic appendectomy.

Keywords: acute appendicitis; typhlitis; surgical treatment; laparoscopic appendectomy.

Деструктивні зміни у червоподібному відростку (ЧВ) при гострому апендициті можуть супроводжуватися поширенням запалення на навколишні тканини, зокрема, на сліпу кишку. Виконання класичної перитонізації кукси ЧВ під час апендектомії за такої ситуації у більшості хворих технічно надзвичайно складне через неможливість інвагінації кукси в сліпу кишку. Навіть при здійсненні інвагінаційного етапу апендектомії існує висока небезпека виникнення неспроможності швів, перитоніту або кишкової нориці. За даними дослідників, кишкові нориці після апендектомії утворюються з частотою 0,08 — 6%, у загальній структурі кишкових нориць вони становлять 49,3% [1].

Крім того, складності укріплення кукси ЧВ залежать від деяких анатомічних особливостей ілеоцекального клапана: відстані до нього від

основи ЧВ, варіантів його відходження від сліпої кишки, виду впадіння клубової кишки у сліпу. Встановлено, що у 33% хворих відстань від основи ЧВ до ілеоцекального клапана менша 1,5 см [2]. За такої ситуації занурення кукси ЧВ у кисетний шов може спричинити порушення прохідності кишечника, особливо це небезпечно при маніпулюванні на інфільтрованих тканинах. У 91% спостережень ЧВ відходить від вершини сліпої кишки, корінь його зміщений назад у бік клубової кишки, у 4% — назад біля місця впадіння клубової кишки і нижче. При переході до сліпої кишки кінцева частина клубової кишки у 76% спостережень має висхідний напрямок, близько прилягає до сліпої кишки, або протягом 4,5 — 5 см зростається з нею, у 20% — впадає під прямим кутом, у 4% — під тупим [3].

У зв'язку з цим розроблені численні способи апендектомії, за якими після перев'язування кукси ЧВ шовковою лігатурою її укривали навколишніми тканинами і навіть ліофілізованими ксенодермоімплантатами [4, 5]. Проте, всі ці способи мають суттєві недоліки та супроводжуються значною частотою гнійних ускладнень (2 — 30%) [6].

Сьогодні лапароскопічна апендектомія з приводу неускладнених форм гострого апендициту є стандартним хірургічним втручанням у більшості країн світу. Останнім часом навіть з приводу гангренозних форм гострого апендициту, ускладнених тифлітом чи перфорацією основи ЧВ, що донедавна вважали абсолютними показаннями до конверсії, за достатньої кваліфікації хірурга, успішно виконують лапароскопічне втручання [7]. При цьому суттєвою технічною проблемою ла-

пароскопічної апендектомії на тлі тифліту є перитонізація кукси ЧВ [8]. Виконання стандартної апендектомії за такої ситуації небезпечно через виникнення гнійно—септичних ускладнень (абсцесу черевної порожнини, товстокишкової нориці) у 5% хворих, що в структурі післяопераційних ускладнень становить 27,6% [9].

Цим зумовлена необхідність подальшого вдосконалення технології апендектомії з приводу ГДА, ускладненого тифлітом.

Мета дослідження: покращання результатів хірургічного лікування хворих з приводу гострого апендициту, ускладненого тифлітом, шляхом диференційованого підходу до вибору варіанту апендектомії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 1312 хворих з приводу ГДА в останні 5 років. Чоловіків було 629 (47,9%), жінок — 683 (52,1%).

Вік хворих від 16 до 85 років, у середньому ($34,5 \pm 3,2$) року. Тифліт під час операції виявлений у 92 (7,01%) хворих, протяжна інфільтрація сліпої кишки — у 56 (60,9%).

При виконанні апендектомії на тлі тифліту, в технічно складних умовах, нами запропонований диференційований підхід до вибору варіанту оперативного втручання. В усіх хворих застосований лігатурний варіант апендектомії з перев'язуванням кукси ЧВ шовковою лігатурою, після чого здійснювали її перитонізацію. Запропоновані три варіанти такої операції. Критеріями при виборі конкретного варіанту були: 1) відстань від основи ЧВ до ілеоцекального клапана; 2) особливості відходження ЧВ від сліпої кишки; 3) кут впадіння клубової кишки у сліпу кишку (гострий, прямий, тупий).

За близького розташування основи ЧВ до ілеоцекального клапана (менше 0,5 см) запропонований спосіб апендектомії, за яким перитонізацію кукси ЧВ здійснювали з використанням клейової пластини на основі колагену.

Сучасні клейові пластини, що використовують в абдомінальній хірургії, мають як гемостатичні, так і абсорбуючі та пластичні властивості. Внаслідок реакції полімеризації фібринового покриття пластини склеюється з рановою поверхнею. Протягом 3 — 5 хв колаген утворює водо— і повітрязахисний шар. Підкріплення зони швів при виконанні дуоденопластики клейовою пластинною збільшує механічну міцність і зменшує мікробне забруднення зони аплікації, вираженість запалення, прискорює репаративні процеси, стимулюючи ангиогенез в прилеглих тканинах [10]. Застосування клейової пластини робить етап укріплення кукси ЧВ технічно простим, зменшує тривалість етапу перитонізації до 5 — 10 хв. За запропонованою методикою оперовані 32 хворих.

У 24 (26,1%) хворих за ГДА тифліт діагностований під час лапароскопії. За такої ситуації залежно від анатомічних особливостей застосовували два варіанти лапароскопічної апендектомії.

При латеральному розташуванні кукси ЧВ, використовуючи порт в правій клубовій ділянці, ножицями, без застосування коагуляції, з черевини задньо—бічної стінки великої клубової ямки викроювали параболоподібний клапоть на широкій основі, який евертували на купол сліпої кишки, укриваючи ним куску ЧВ, та фіксували до сліпої кишки безперевним швом. Спосіб використаний у 13 хворих, тривалість спостереження становила у середньому 6 міс.

За другого варіанту лапароскопічної апендектомії при близькому розташуванні основи ЧВ до ілеоцекального клапана (понад 0,5 см) та висхідному варіанті впадіння клубової кишки в сліпу виконували апендектомію лігатурним методом, після чого куску ЧВ укривали термінальним відділом клубової кишки. За такою методикою оперовані 11 хворих.

Результати лікування порівнювали з результатами укріплення кукси ЧВ з використанням власних тканин сліпої кишки з накладанням пооди-

нокних вузлових швів у 36 пацієнтів (контрольна група).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість лапароскопічної апендектомії становила у середньому ($57,5 \pm 2,8$) хв, що зіставне з тривалістю відкритої операції з використанням інвагінаційного методу. Хворі перебували під спостереженням впродовж 6 міс. Післяопераційних ускладнень (гнійних, пов'язаних з порушенням прохідності ілеоцекального клапана) в ранньому післяопераційному періоді та у віддалені строки у хворих при використанні запропонованих методик не було. У той же час, у 5 (13,9%) хворих контрольної групи у строки від 3 до 7 діб після апендектомії утворилася зовнішня товстокишкова нориця, яка усунута шляхом тривалого консервативного лікування протягом кількох тижнів.

Ще в 1 (2,8%) хворого контрольної групи, оперованого з приводу гангренозного апендициту, ускладненого тифлітом (рана загоїлася вторинним натягом), через 2 тиж після виписування виникла зовнішня товстокишкова нориця. Після тривалого (протягом 45 діб) консервативного лікування ускладнення усунуте. Отже, гнійні ускладнення, пов'язані з неспроможністю швів, виникли у 6 (16,7%) хворих контрольної групи.

Тривалість лікування хворих у стаціонарі після виконання лапароскопічної апендектомії становила у середньому ($2,75 \pm 0,1$) дня, після застосування удосконаленої відкритої методики — ($6,7 \pm 0,5$) дня, класичних методик — ($22,8 \pm 1,2$) дня ($p < 0,05$).

На нашу думку, ефективність запропонованих методик апендектомії зумовлена можливістю надійно укріпити куску ЧВ навколишніми тканинами або колагеновими композиціями без надмірного натягу тканин у зоні шва, що унеможливило їх прорізування, не спричиняє деформацію ілеоцекального клапана за близького розташування до нього основи ЧВ, що дозволяє уникнути порушення його прохідності.

ВИСНОВКИ

1. Тифліт ускладнює перебіг ГДА у 7,01% хворих, частота протяжної інфільтрації сліпої кишки становить 60,9%.

2. Критеріями, що необхідно брати до уваги при виборі варіанту апендектомії за такої ситуації, є: 1) відстань основи ЧВ до ілеоцекального клапана; 2) варіант відходження ЧВ від сліпої кишки; 3) кут впа-

діння клубової кишки у сліпу (гострий, прямий, тупий).

3. Використання диференційованого підходу до вибору способу хірургічного лікування хворих з приводу ГДА на тлі інфільтрації сліпої кишки, у тому числі за анатомічно складних ситуацій (близьке розташування основи ЧВ до ілеоцекального клапана), дозволяє покращити результати лікування, зменшити ча-

стоту виникнення гнійних ускладнень з 16,7% до мінімуму, тривалість лікування хворого у стаціонарі, а, отже, витрати на лікування.

4. Використання навколишніх тканин для укріття кукси ЧВ в умовах тифліту дозволяє розширити показання до виконання лапароскопічної апендектомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пронин ВА, Бойко ВВ. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. Харьков: СИМ, 2007. 271 с.
2. Шепелев АН, Дронова ОБ, Каган ИИ, Фатеев ИН. Состояние и возможности исследования анатомического строения илеоцекальной области. *Фундаментальные исследования*. 2015;1—4:859—62.
3. Безродний БГ, Колосович ІВ, Лебедева КО. Гострий апендицит: навчальний посібник. Київ: Валрус Дизайн; 2013. 182 с.
4. Ботабаев СИ, Ашубаева АК, Жилкайдоров АД. Способы обработки и герметизации культи червеобразного отростка при остром аппендиците. *Обзор литературы. Вестник хирургии Казахстана*. 2014;2:9—12.
5. Гоцинський ВБ, Назарчук СА. Про можливість застосування ліофілізованих ксенодермоімплантатів для попередження неспроможності кишечних швів. *Укр журн хірургії*. 2011;5(14): 162—6.
6. Кригер АГ, Федоров АВ, Воскресенский ПК, Дронов АФ. Острый аппендицит. Москва; 2002. 244 с.
7. Abe T, Nagaie T, Miyazaki M, Fukuya T, Kajiyama K. Risk factors of converting to laparotomy in laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *Clin Exp Gastroenterol*. 2013 Jul 4;6:109—14.
8. Сейдинов ШМ, Ашурметов РИ, Оразбахов ЖБ, Бабаханов АТ, Таиров ВР. Двухпетлевой метод перевязки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015;4—2:213—15.
9. Короткевич АВ, Чака ДВ. Дооперационные внутрибрюшные осложнения при остром аппендиците. *Молодой ученый*. 2014;5:143—5.
10. Горский ВА, Агапов МА. Укрепление кишечного шва в абдоминальной хирургии. *Медицина*. 2011;2(9):12—4.

