

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КОНВЕРСИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ.

Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Ашимов Ж.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье охарактеризован хирургический доступ, а именно параректальная конверсия аппендикулярного доступа при остром аппендиците осложненный перитонитом по данным планиметрии и стереометрии.

Ключевые слова: острый аппендицит, параректальная конверсия, перитонит.

КУРЧ АППЕНДИЦИТТИН КАБЫЛДООСУНДА АППЕНДИКУЛАРДЫК ЖЕТҮНҮН ПАРАРЕКТАЛДЫК КОНВЕРСИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Ашимов Ж.И.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы И.К.Ахунбаев атындагы
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул макалада курч аппендицит перитонит болуп кабылдоосунда хирургиялык жетүү, тактап айтканда, параректалдык аппендикулярдык конверсиялык жетүү, планиметрия стереметрия негизинде мүнөздөлөт.

Негизги создор: курч аппендицит, параректалдык конверсия, перитонит

CHARACTERISTICS OF APPENDICULAR APPROACH PARARECTAL CONVERSION AT COMPLICATED ACUTE APPENDICITIS

Azarova N., Sydygaliev K.S., Ashimov Zh.I.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In the given article the surgical approach is described, specifically appendicular approach pararectal conversion at acute appendicitis complicated by peritonitis according to planimetry and stereometry data.

Key words: acute appendicitis, pararectal conversion, peritonitis.

Актуальность. Острый аппендицит занимает одно из ведущих мест в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Это самое частое заболевание, с которым приходится встречаться хирургу, занимающемуся неотложной хирургией. Лечение острого аппендицита только оперативное. В настоящее время применяется лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) [4,12], лапароскопически ассистированная аппендэктомия (ЛАА), лапароскопически дополненная аппендэктомия (ЛДА) [1,7,10] и традиционная открытая аппендэктомия из общеизвестных доступов (Волковича—Дьяконова—Мак Бурнея (1894-1898), параректального разреза Леннандера (1898), поперечного разреза Винкельмана, косоугольного разреза Ридигера, продольного разреза Шедде) [8]. Эндоскопические операции имеют ряд недостатков, сдерживающих их широкое применение. К ним относятся: 1) дорогостоящее оборудование, 2) необходимость достаточного

количества высококвалифицированных кадров, 3) высокий процент осложнений на этапе освоения техники операции [2,5,11]. Самый распространённый доступ Волковича—Дьяконова—Мак Бурнея был разработан в эпоху широкого применения местной анестезии и до нашего времени не утратил своей актуальности. Но при перитонеальном осложнении данный доступ имеет ряд ограничений [4,12]. Следует отметить, что теория создания оптимального хирургического доступа, оценки его оптимальности нуждается в уточнении и принятии стандартизированной терминологии, отвечающей требованиям классической планиметрии и стереометрии [9].

Очевидно, что оперативный доступ должен быть щадящим и обеспечивающим условия для полноценной ревизии и санации брюшной полости, а также, что важно, при необходимости его дальнейшего прогрессивного физиологического расширения, характеризующейся плавностью и



одичностью [8,13,14].

Цель исследования: планиметрическая и стереометрическая характеристика параректальной конверсии в хирургическом лечении острого аппендицита осложненного перитонитом.

Материал и методы исследования: для достижения цели проведено стендовое исследование на 9 трупах, у которых моделирован доступ в правой подвздошной области с последующей его параректальной конверсией.

С учетом того, что выбор оперативного доступа должен обязательно учитывать тип телосложения больного при формировании группы мы отбирали трупы по конституции тела. Мы выделяли нормостеников (n-3), астеников (n-3); гиперстеников (n-3).

При секционном исследовании производился доступ в правой подвздошной области с последующим параректальным расширением. При этом применялись следующие методики препарирования: 1) послойная, суть которой заключается в расслаивании покровов в правой подвздошной области живота в целях изучения тех слоев, которые рассекаются во время производства хирургического доступа для аппендэктомии

окончатая, суть которой заключается в исследовании всех слоев, формирующих операционное окно, то есть моделируется оперативный доступ в брюшную полость.

При моделировании доступа с последующей характеристикой полученных данных использовали критерии разработанные Созон – Ярошевичем: 1 – быть адекватным характеру патологического процесса; 2 – соответствовать анатомо-конституционным особенностям больного; 3 – иметь кратчайший выход к оперируемому месту; 4 – обеспечить визуальный контроль соседних органов; 5 – быть максимально щадящим к мышечным пластам и сосудисто-нервным пучкам.

Считается, что оперативный доступ должен соответствовать следующим требованиям: Максимальная доступность - оценивалась с помощью следующих характеристик: угол наклона, возникающий между поверхностью тела и осью операционного действия, ширина оперативного доступа, глубина раны, угол операционного действия, образованный стенками конуса операционной раны, зона доступности, образованная стенками

раны и площадью основания конуса.

Манипулировать инструментами можно под любым углом, однако это удобнее всего, когда оптическая ось располагается перпендикулярно плоскости операционного воздействия. Практически невозможно манипулировать, когда этот угол приближается к нулю. Плоскость операционного воздействия – плоскость, на которой осуществляются манипуляции. Оптическая ось – ось, относительно которого происходит построение изображения. Оптимальная величина между осями составляет 30-50 градусов, это обусловлено физиологическим расположением рук хирурга с одной стороны и длиной инструмента – с другой.

Полученные результаты и их обсуждение.

У гиперстеников длина оперативного доступа (ДОД) после расширения операционного разреза по нашей модификации составляет $16,5 \pm 3,3$ см. ($P < 0,02$), у нормостеников - $15,2 \pm 2,6$ см. После конверсионной лапаротомии по нашей модификации у нормостеников ширина оперативного доступа составляет $10,2 \pm 2,4$ см. У гиперстеников она еще больше, составляя $12,4 \pm 2,7$ см. ($P < 0,05$).

Следует отметить, что у всех обследованных лиц разница значений ДОД и ШОД не превышает $2,1 \pm 0,6$ см. ($P < 0,05$). По форме операционная рана представляет собой широкий эллипс, приближающийся к форме круга. Таким образом, при инновационной конверсионной лапаротомии создается оптимальное внешнее операционное поле, независимо от типа телосложения человека.

Расстояние между плоскостями верхней и нижней апертуры раны у нормостеников и гиперстеников были практически одинаковыми, тогда как у астеников она была больше в среднем на $2,8 \pm 0,8$ см. ($P < 0,05$ и $P < 0,05$). Таким образом, при использовании параректальной конверсии даже у гиперстеников создается нормальные условия для хирургических манипуляций.

Площадь операционной раны (S) у нормостеников почти в 2 раза больше, нежели у астеников ($155,1 \pm 12,6$ см² против $88,5 \pm 10,1$ см². $P < 0,05$), а у гиперстеников она в 1,5 раза больше, чем у нормостеников ($204,5 \pm 16,4$ см² против $155,1 \pm 12,6$ см². $P < 0,05$).

Площадь визуализируемого участка брюшной полости (S₁) у гиперстеников была в 2 раза больше, чем таковая у астеников ($140,2 \pm 18,5$ см² против $65,2 \pm 11,6$ см². $P < 0,05$) и в 1,2 раза

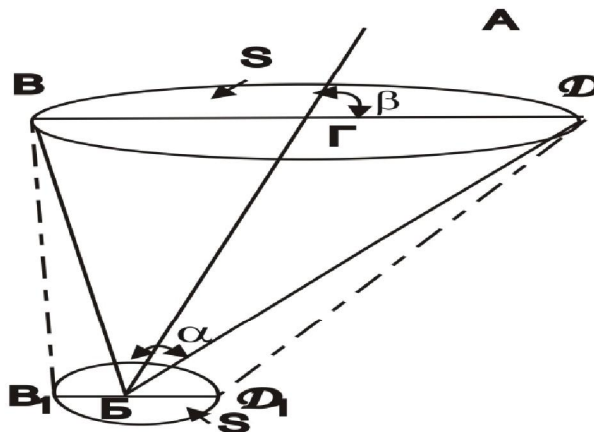


Рис. 1. Стереометрическая модель оперативного доступа у нормостеников
 У нормостеников имеет место следующие соотношения показателей: $ГБ - 14,5 \pm 2,6$ см.; $ВД - 15,2 \pm 2,6$ см.; $В_1Д_1 - 10,3 \pm 1,4$ см.; $ВД > В_1Д_1$; $\alpha - 86,2 \pm 9,4^\circ$; $\beta - 81,4 \pm 11,2^\circ$; $\alpha < \beta$; $S - 155,1 \pm 12,6$ см²; $S_1 - 102,4 \pm 20,4$ см²; $S > S_1$; $СМ - +$; $ЗД - 0,66 \pm 0,03$.

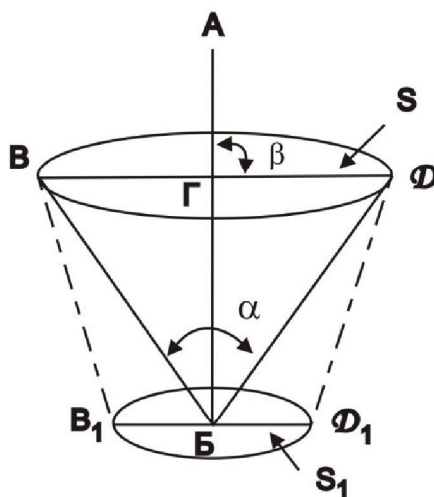


Рис. 2. Стереометрическая модель оперативного доступа у астеников
 На рис. 2. показана модель операционного доступа у астеников. При этом установлены следующие соотношения показателей: $ГБ - 16,6 \pm 3,2$ см; $ВД - 10,3 \pm 2,2$ см; $В_1Д_1 - 8,8 \pm 1,1$ см.; $ВД > В_1Д_1$; $\alpha - 88,5 \pm 8,8^\circ$; $\beta - 76,1 \pm 8,8^\circ$; $\alpha < \beta$; $S - 88,5 \pm 10,1$ см²; $S_1 - 65,2 \pm 11,6$ см²; $S > S_1$. $СМ - +$; $ЗД - 0,7 \pm 0,02$.

больше, нежели у нормостеников ($140,2 \pm 18,5$ см² против $102,4 \pm 20,4$ см². $P < 0,05$). Соотношение площадей верхнего и нижнего операционного сечения составляет: у нормостеников – 1,5:1; у астеников – 1,4:1; у гиперстеников – 1,4:1.

Таким образом, при параректальной конверсии создается оптимальный манипуляционный канал с достаточными параметрами внешнего и внутреннего хирургического поля. Протяженность конуса операционной раны (ГБ), определяющий свободу перемещения в ране пальцев рук хирурга и инструментов у нормостеников и гиперстеников одинаковая ($P < 0,05$), тогда как у астеников она больше и составляет $17,2 \pm 4,1$ см. ($P < 0,05$).

У нормостеников и астеников величина угла, образованного осью оперативного доступа (ООД) и поверхностью тела большого приближается к 90° , тогда как у гиперстеников этот угол составляет $66,4 \pm 11,1^\circ$ ($P < 0,05$). Таким образом, методика параректальной конверсии создает оптимальный угол для хирургических манипуляций в брюшной полости даже на глубине $15,2 \pm 3,6$ см.

Угол оперативного доступа (УОД) у больных астеников составляет $21,6 \pm 4,4$ ($P < 0,05$), причем, этот показатель превышает значение таковой у гиперстеников почти в 2 раза и у нормостеников в 1,3 раза ($P < 0,05$ и $P < 0,05$). Таким образом, при применении

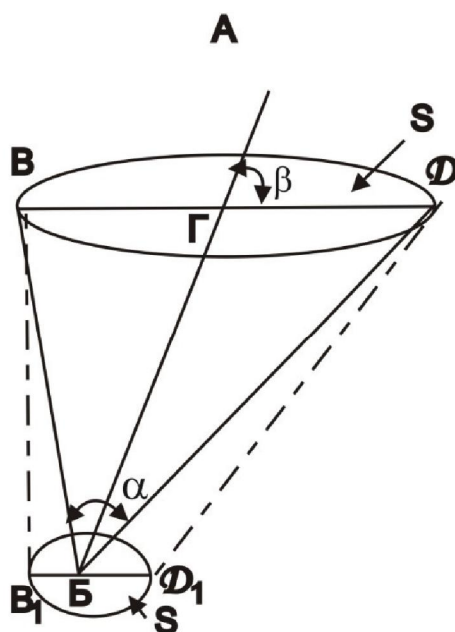


Рис. 3. Стереометрическая модель оперативного доступа у гиперстеников
 На рис. 3. показана модель операционного доступа у астеников. При этом установлены следующие соотношения показателей: $\Gamma\text{Б} - 14,8 \pm 1,8$ см.; $\text{ВД} - 16,5 \pm 3,3$ см.; $\text{В}_1\text{Д}_1 - 8,2 \pm 2,0$ см.; $\text{ВД} > \text{В}_1\text{Д}_1$; $\alpha - 66,4 \pm 11,1^\circ$; $\beta - 50,1 \pm 6,9^\circ$; $\alpha < \beta$; $S - 204,5 \pm 16,4$ см²; $S_1 - 140,2 \pm 18,5$ см²; $S > S_1$, СМ - +; $\text{ЗД} - 0,7 \pm 0,03$.

нашей модификации условия доступ для АЭ и санации брюшной полости становится вполне оптимальным, независимо от типа телосложения человека. Об этом подтверждают и такие параметры, как ЗД и СМ.

Зона доступности (ЗД) у больных нормостенического телосложения оставляет $0,66 \pm 0,03$ ($P < 0,05$), у астеников – $0,7 \pm 0,02$ ($P < 0,05$), у гиперстеников – $0,7 \pm 0,03$ ($P < 0,05$). Таким образом, зона доступности у больных любого телосложения составляет $0,6-0,7$ ($P < 0,05$).

«Свобода манипуляции руки» (СМ), как возможность перемещения руки хирурга и инструментов в операционной полости при инновационном доступе с конверсией в лапаротомию по нашей методике у всех больных расценивается как свободная.

При стереометрическом моделировании параректальной конверсии мы также учитывали тип телосложения трупа. На рис. 1 показана модель операционного доступа у нормостеников.

Таким образом при параректальной конверсии создается оптимальное внешнее операционное поле, а также нормальные условия для хирургических манипуляций, независимо от типа телосложения человека.

Доступ характеризуется оптимальными параметрами манипуляционного канала с удовлетворительными соотношениями внешнего и внутреннего хирургического поля, угла для хирургических манипуляций в брюшной полости это создает условия для свободного перемещения руки хирурга и инструментов в операционной полости.

Литература.

1. Бебуршвили А.Г. Операции из открытого малого доступа, сочетанные с другими миниинвазивными технологиями / А.Г.Бебуршвили, С.В.Михин // Хирургия минидоступа. – Екатеринбург, 2005. – С. 111-112.
2. Бебуршвили А.Г. Технологические составляющие и оценка эффективности применения сочетанных минилапаротомных и лапароскопических операций / А.Г. Бебуршвили, С.В. Михин, С.И. Панин // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - № 4. – С. 29-34.
3. Канаматов И.Х. Клиника и диагностика острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка / И.Х. Канаматов // Хирургия. – 1980. - № 9. – С. 61-65.
4. Лапароскопическое лечение острого аппендицита / А.Г. Кригер [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. - № 2-3. – С. 34-36.



СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

5. Результаты лапароскопической аппендэктомии / А.И. Никитенко [и др.] // Эндохирургия для России. – 1993. - № 2. – С. 24-26.
6. Прудков М.И. Миналапаротомия и открытая лапароскопия в лечении больных с желчно-каменной болезнью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.И. Прудков. – М., 1993.
7. Прудков М.И. Применение лапароскопически дополненной аппендэктомии в лечении острого аппендицита (Тез. докл. 1-го Всерос. съезда по эндоскопической хирургии) / М.И. Прудков, Е.В. Нишневич, С.В. Пискунов // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - № 1. – С. 42.
8. Русанов А.А. Аппендицит / А.А. Русанов. – М. : Медицина, 1979. – 173 с.
9. Сазон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам / А.Ю. Сазон-Ярошевич. – Л. : Медгиз, 1954. – 180 с.
10. Сахаутдинов В.Г. Комбинированное применение миниинвазивных методов оперативного лечения в абдоминальной хирургии / В.Г. Сахаутдинов, Е.И. Сендерович // Хирургия минидоступа. – Екатеринбург, 2005. – С. 113-114.
11. Эффективность лапароскопической технологии в лечении острого аппендицита / В.М. Седов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. - № 2-3. – С. 24-27.
12. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в общей хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов // Анналы РНЦХ РАМН. – 2004. - № 13. – С. 133-143.
13. Устинов О.Г. Критерии оценки эндоскопических доступов / О.Г. Устинов, Ю.М. Захматов, В.Г. Владимиров // Эндоскопическая хирургия. – 2003. - № 1. – С. 39-42.

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU

Журнал вестник КГМА индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье, что резко увеличит доступность научных публикаций сотрудников КГМА для российских и других зарубежных читателей.