

УДК: 617-001.031/14-082

Объективизация эффективности санационной релапаротомии у больных с острым осложненным аппендицитом

Туйбаев З.А., Муратов А.А., Мадалиев Т.Т., Камчиев К.А., Закирбай уулу А.
Ошская городская клиническая больница, кафедра общей хирургии
Ошского государственного университета, г.Ош

Аннотация. Составлено «Досье хирурга» на основании анализа рейтинговых сведений показателей предметно-специализированной и общей компетентности хирургов. Изложены результаты объективизации эффективности санационной релапаротомии (СРЛ) при послеоперационном перитоните (ПП) у 29 оперированных больных с осложненным острым аппендицитом (ОА) на базе ретроспективных когортных исследований. Большинство больных подвергнуты СРЛ в сроки больше 72 часов с момента аппендэктомии (АЭ). Указано преимущество широкой срединной лапаротомии перед другими хирургическими доступами при ОА. Предложен способ конверсионной лапаротомии при ОА, что позволяет осуществлять панорамный и прицельный осмотр отдельных органов и областей, а также панорамный и прицельный хирургические приемы.

Ключевые слова: Санационная релапаротомия (СРЛ), послеоперационный перитонит (ПП), осложненный острый аппендицит (ОА), аппендэктомия (АЭ), релапаротомия (РЛ).

The objective assessment of the effectiveness of sanitation relaparotomy in patients with acute complicated appendicitis

Tuybaev Z. A., Muratov A. A., Madaliev T. T., Kamchiev K. A., Sakirbay uulu A.
Osh city clinical hospital, Department of General surgery, Osh state University, Osh city

Annotation. The "surgeon's Dossier" was compiled on the basis of the analysis of rating data of indicators of subject-specialized and General competence of surgeons. The results of objectification of the effectiveness of rehabilitation relaparotomy (RRL) in postoperative peritonitis (PP) in 29 operated patients with complicated acute appendicitis (CAA) on the basis of retrospective cohort studies are presented. Most patients were subjected to RRL more than 72 hours after appendectomy (AE). The advantage of broad median laparotomy over other surgical approaches in OOA is indicated. The method of conversion laparotomy in CAA, which allows for panoramic and sighting inspection of individual organs and areas, as well as panoramic and sighting surgical techniques.

Keywords: Rehabilitation relaparotomy (RRL), postoperative peritonitis (PP), complicated acute appendicitis (CAA), appendectomy (AE), relaparotomy (RL).

DOI: 10.5281/zenodo.3271130

Нами было составлено «Досье хирурга» на основании анализа рейтинговых сведений 6 хирургов, которые привлекались к СРЛ по поводу ПП, причиной которого являлся ОА. При этом мы выделили две категории хирургов: 1) категория А - высококвалифицированные хирурги (n-3), 2) категория Б - квалифицированные хирурги (n-3).

Указанные категории выделены на основании анализа показателей предметно-специализированной (стаж; опыт проведения брюшно-полостных операций; количество выполненных СРЛ, послеоперационная летальность и пр.) и общей компетентности (наличие ученой степени, квалификационных категорий, зарубежных сертификатов и пр.).

Кроме того изучены результаты систематического анализа акцентируемых технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при СРЛ у больных ПП причиной которого был ОА. Анализ включал и результаты целевого интервьюирования хирургов, привлеченных к СРЛ.

В зависимости от того, какая категория хирургов выполняли СРЛ при ПП у больных с ОА (n-29) на

основе ретроспективных когортных исследований выделены две группы больных: 1) экспонированная (n-16), которых оперировали хирурги категории А; 2) не экспонированная (n-13), которых оперировали хирурги категории Б (рис.1). 58,6% больных подвергнуты СРЛ в сроки больше 72 часов с момента аппендэктомии (АЭ).

Расчеты показали, что тяжесть хирургической патологии составлял $11,2 \pm 2,0$ расч.ед., а значение уровня сложности первичной операций – $2,6 \pm 0,6$ расч.ед. Значение APACHE II, MPI и PIA у больных не экспонированной группы было выше, чем у больных экспонированной группы, а значение SAPS-II, наоборот, меньше (табл.1).

Удельный вес послеоперационных осложнений в экспонированной группе составил 37,5%, а в не экспонированной группе – 46,1%, то есть на 8,6% больше (табл.2). Причем, удельный вес ранних осложнений у больных обеих групп больше, чем таковая поздних осложнений. В частности, у больных не экспонированной группы ранние и поздние осложнения составили, соответственно, 38,5% и 7,7%.

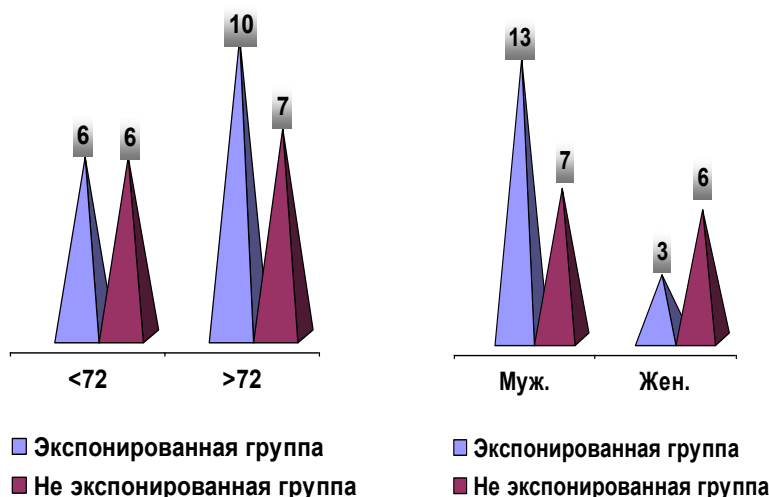


Рис.1. Распределение больных с ООА по группам, полу и срокам СРЛ

Таблица 1. Суммарная исходная тяжесть состояния больных (баллы, $M \pm m$)

Шкалы	Группы сравнения	
	Экспонированная	Не экспонированная
APACHE II	25,2±3,5	26,6±2,8
SAPS-II	29,1±4,4	27,2±6,1
MPI	19,1±3,8	18,2±2,8
PIA	22,5±2,1	18,2±3,2*

Примечание: * - достоверно в сравнении с экспонированной группой

Таблица 2. Послеоперационные осложнения в группах сравнения (n,%)

Экспонированная группа (n-16)		Не экспонированная группа (n-13)	
Ранние	Поздние	Ранние	Поздние
4 (15%)	2 (12,5%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)
Всего: 6 (37,5%)		Всего: 6 (46,1%)	

Анализ структуры летальности показал, что после СРЛ умерли 2 из 29 больных с ООА, что составляет 6,9%. Из числа больных экспонированной и не экспонированной групп погибли по 1 больному. Летальность составила, соответственно, 6,2% и 7,7%.

Ошибки при выборе адекватного хирургического доступа уже при АЭ, как правило, приводят к интраоперационным техническим трудностям, обуславливающими изменению техники и принципов первоначально выбранного хирургического доступа, то есть к расширению. В этом аспекте, правильный выбор доступа при ООА до настоящего времени остается непростой хирургической задачей.

Разумеется, высокая квалификация и личный опыт хирурга во многом способствуют решению этого сложного вопроса, но критерии отбора пациентов для выполнения того или иного хирургического доступа очень субъективны и индивидуальны, что не позволяет их использовать в широкой хирургической практике. Для типичной АЭ выбор доступа уже давно и однозначно решен – это доступ Волковича-Мак Берни. Однако, при ООА ситуация иногда кардинально меняется.

По мнению хирургов, имеющих опыт СРЛ, общими требованиями, предъявляемые к доступам при СРЛ по поводу послеоперационных осложнений ООА являются: во-первых, хороший обзор органов брюшной полости; во-вторых, малая травматичность,

простота и быстрота разреза желательно вне предыдущей операционной раны; в-третьих, возможность продления разреза в нужном направлении, т. е. возможность расширения доступа; в-четвертых, возможность надежного закрытия и хорошего сращения краев операционной раны.

Забегаая вперед следует отметить, что все опытные хирурги при производстве СРЛ по поводу осложнений ООА отдают предпочтение срединному доступу. Однако, 3 из 4-х хирургов из категории Б предпочитают при СРЛ в этой группе больных отдал параректальному доступу справа.

Между тем, хирурги, имеющий большой опыт СРЛ убеждены в том, что такой доступ по своим параметрам уступает срединному по ряду причин, главным из которых является то, что срединный доступ дает возможность не только хорошего обзора, но и адекватной санации брюшной полости. В случае необходимости верхняя срединная лапаротомия может быть продлена книзу, нижняя срединная лапаротомия может быть расширена кверху.

Существует ситуация, когда хирург во время одного хирургического вмешательства бывает вынужден применить несколько доступов. При СРЛ по поводу ООА – это наиболее частая ситуация. Хирурги не имеющие большого опыта при СРЛ зачастую ошибочно выбирают метод расширения

аппендикулярного доступа при СРЛ по поводу ООА.

В таком случае, стремление хирурга избавить больного от второго разреза и тем самым реабилитировать себя за ошибку в диагнозе приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям. Нужно всегда помнить, что величина аппендикулярного разреза определяется степенью развития у больного жировой клетчатки как подкожной, так и предбрюшинной, смещением всех осей оптимального доступа из-за глубины области манипуляции.

По нашим данным, у всех 29 больных с ООА, подвергнутых СРЛ отмечался диффузный или отграниченный перитонит, в их числе подпеченочный абсцесс – у 3-х из них, межпетлевые абсцессы - у 10, дуоденит - у 3-х и кишечная непроходимость – у 8 больных. В целом, можно отметить, что генез послеоперационных осложнений кроется в недостаточной ревизии и санации брюшной полости во время АЭ, а также грубая манипуляция с кишечниками во время производства АЭ.

В том и другом случаях в основе лежит недостаточность хирургического доступа. Оказалось, что во всех случаях АЭ, даже при наличии диффузного перитонита, производилась либо из типичного косога доступа, либо, в лучшем случае, из параректального доступа.

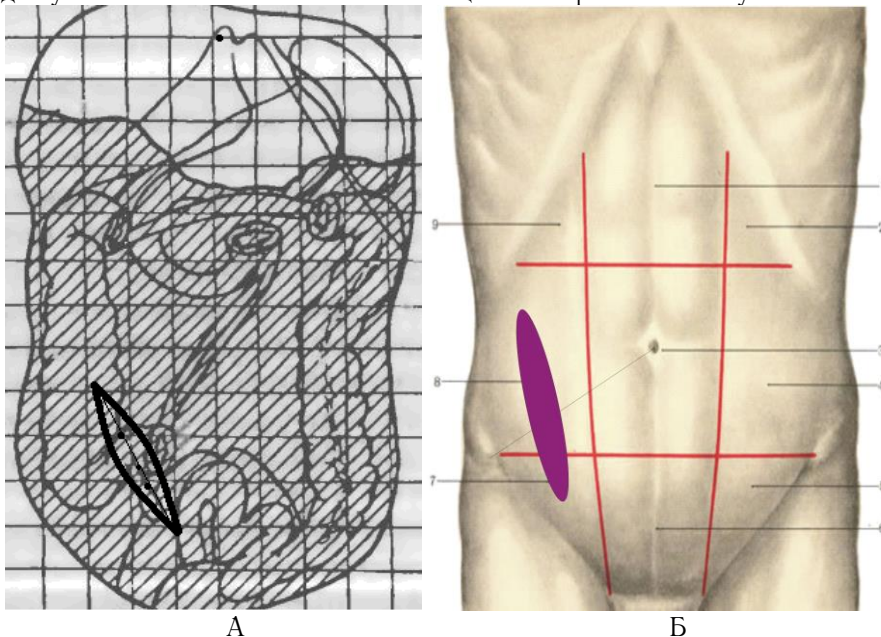


Рис.2. Несоответствие аппендикулярного доступа и масштаба перитонита, создающие предпосылки для неадекватной санации брюшной полости при ООА (А) и зона доступа после расширения вверх и вниз (Б)

На наш взгляд, при перитониальном осложнении ООА для визуализации всех отделов брюшной полости и адекватной санации от гнойного выпота важное значение имеет определенная последовательность действий. Гарантия полноценного осмотра и санации – это методичность. В этом плане следует различать панорамный и прицельный осмотр отдельных органов и областей, а также панорамный и прицельный хирургические приемы (рис.2).

По нашему мнению, предложенный нами способ конверсионной лапаротомии при ООА позволяет более четко выполнить панорамный осмотр, то есть получить не только конкретное представление о

До сих пор, в хирургической практике укоренилась тактика расширения аппендикулярного разреза книзу по направлению к средней линии. Как уже отмечалось выше, такая технология использована 3 хирургами из категории Б при АЭ с санацией брюшной полости у 8 из 29 оперированных больных.

Опытный же хирург при значительных затруднениях предпочтет перейти на широкий срединный доступ, который менее травматичен, чем дополнительное рассечение тканей, производимое нередко без учета анатомического расположения мышц и нервов брюшной стенки. Такая тактика применялась всеми хирургами категории А при производстве расширенной АЭ у 20 из 29 оперированных больных.

Считаем нужным перечислить недостатки типичного доступа для АЭ: во-первых, он предоставляет хирургу не только малый обзор, но и недостаточно большое поле для выполнения оперативного приема в случаях атипичного расположения червеобразного отростка, либо сочетанного проявления гинекологической патологии у женщин; во-вторых, попытка расширить этот доступ, как правило, сопровождается повреждением мышечных пластов и нервов брюшной стенки в этой области; в-третьих, после расширения этого доступа, причем независимо, как вверх, так и вниз, частота образования послеоперационных грыж заметно увеличивается.

состоянии органов брюшной полости, подтвердить наличие выпота, фибрина, спаечного процесса, но и выполнить адекватный хирургический прием, а также дренировать брюшную полость надлежащим образом.

Данный способ позволяет и более четко осуществить прицельный осмотр органов и областей брюшной полости, согласно рекомендации И.Витмана: I сектор – правый верхний квадрант живота; II сектор – левый верхний квадрант живота; III сектор – брюшина левой половины живота; IV сектор – полость малого таза; V сектор – брюшина правой половины живота; VI сектор – основа-

ние брюшной полости: тонкая и толстая кишка, большой сальник, слепая кишка, червеобразный отросток.

Хотелось бы подчеркнуть, что разработанная методика конверсионной лапаротомии при перитониальном осложнении ООА является малотравматичной и результативной, способствует снижению летальности и осложнений. Способ выбора оперативного доступа при АЭ у больных деструктивным ОА применим в хирургических стационарах любого уровня (рис.3).

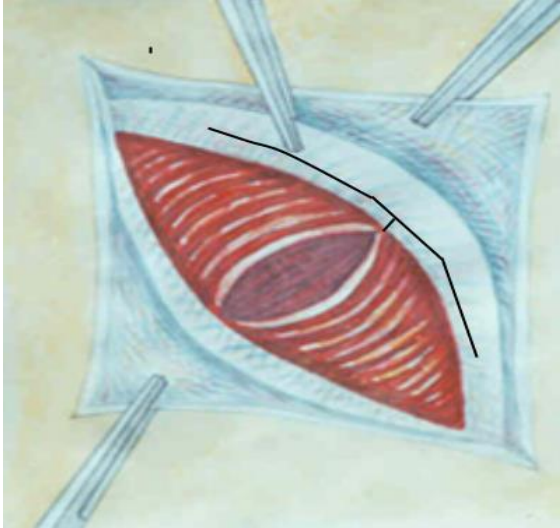


Рис.3. Линия конверсионного расширения типичного доступа при ООА по краю влагалища прямой мышцы живота справа.

Важно отметить, что наша модификация лапаротомии легко осваивают хирурги любого возраста и стажа, в том числе и те врачи, чей профессиональный опыт сформировался исключительно на традиционных операциях из широких разрезов.

Релапаротомии (РЛ), которые явились причиной дефектного первичного хирургического

вмешательства, составили 72,2 %. Лишь 27,8% РЛ были связаны с развитием основного заболевания. Речь идет о больных с аппендикулярным перитонитом поздних сроков поступления. Так называемые отсроченные РЛ выполнены в период более 72 часов (3-7 сут) у 65% больных. При РЛ выявляли одиночные абсцессы либо спаечную кишечную непроходимость, реже — случаи прогрессирования перитонита.

У этих пациентов показания к РЛ основывались больше на локальных симптомах со стороны живота, которые преобладали над общей реакцией организма. В зависимости от характера осложнений их признаки у одних больных выражались местным напряжением мышц с раздражением или без раздражения брюшины, у других - вздутием и асимметрией живота либо наличием пальпируемого инфильтрата без четких границ с местной болевой реакцией.

Таким образом, выбор хирургической тактики во время операции зависел от выявленных патоморфологических находок. Вскрытие, дренирование и послеоперационное ведение больных с гнойниками брюшной полости не отличалось от общепринятых методик. Однако у пациентов с множественными внутрибрюшинными абсцессами в сочетании с динамической или спаечной кишечной непроходимостью санирование гнойных полостей завершали тотальной или субтотальной интубацией тонкой кишки через гастростому либо илеоцестостому.

На основании собственного опыта считаем, что сокращение тактических и технических ошибок оперирующих хирургов - это тот путь, который позволит уменьшить число РЛ, и, следовательно, снизить послеоперационную летальность от ООА.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература:

1. АШИМОВ Ж.И. Конверсионная лапаротомия при остром аппендиците // Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Бишкек, 2011. — 28 с.
2. АШИМОВ И.А., ЧАПЫЕВ М.Б., ТУЙБАЕВ З.А. и др. Сравнительные результаты вынужденных и программированных релапаротомий // Медицина и экология. — 2010. - №1 (54). — С.60-64.
3. ГЛАБАЙ В.П., ШАРОВ А.И., АБРАМОВ А.А. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости // Медицинский академический журнал. - 2003. — Том 3, №2. — С.28-29.
4. ИБАДИЛЬДИН А., КРАВЦОВ В.И. Место релапаротомии в лечении осложнений после аппендэктомии // Скорая медицинская помощь. - 2004. - Т.5. - №3. - С.38-39.
5. КЕРИМАЛИЕВ Т.К. Профилактика осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.27. — Бишкек, 2006. — 21 с.
6. МАМАКЕЕВ М.М., УМЕТАЛИЕВ Ю.К. Современные проблемы тактико-технических решений при остром аппендиците // Медицина и Фармация. — 2002. - №1. - С.79-84.
7. НИЯЗОВ Б.С., АШИМОВ Ж.И., АЙТМАМБЕТОВА Г.Д., НИЯЗОВА С.Б. Ошибки в диагностике и лечении острого аппендицита у женщин // Вестник КГМА. — Бишкек, 2009. - №1. — С.249-252.
8. ТУЙБАЕВ З.А., ЫДЫРЫСОВ И.Т., АШИМОВ Ж.И. Релапаротомии: понятия, сроки и значения // Хирургия Кыргызстана. — 2009. - №3. — С.114-118.
9. УМЕТАЛИЕВ Ю.К. Острый осложненный аппендицит: диагностические и тактико-технические решения // Автореф. дис. ...докт. мед. наук. 14.00.27. — Бишкек, 2003. — 48 с.
10. ФЕДОРОВ А.В., САЖИН А.В. Внутрибрюшные послеоперационные осложнения: релапаротомия или релапароскопия // В кн.: Новые технологии в хирургии / Мат. Междунар. хирургического конгресса. — Ростов-на-Дону, 2005. — С.143.
11. ЫДЫРЫСОВ И.Т. Анализ причин и сравнительная оценка результатов вынужденной и спланированной ре- и релапаротомии // Автореф. дис... канд. мед. наук. — Бишкек, 2010. — 28 с.

12. ШИМАНСКИЙ И.Е. Релапаротомия при остром аппендиците. Новые технологии в хирургии // Труды Международного хирургического конгресса. - Ростов-на-Дону, 2005. - С.149-150.
13. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. at al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.
15. MILEWCZYK M., MICHALIK M., CIESIELSKI M. A prospective, randomized, unicenter study comparing laparoscopic and open treatments of acute appendicitis // Surg Endosc. - 2003. -V.17. – N.5. - P.1023-1028.
16. REID R.I., DOBBS B.R., FRIZELLE F.A. Risk factors for post- appendectomy intra-abdominal abscess // Aust N Z J Surg. – 1999. - V.69. – N.5. - P.373-374.

Literature:

1. ASHIMOV J. I. Conversion laparotomy in acute appendicitis // Autoref. dis. ...kand. honey. sciences'. – Bishkek, 2011. – 28 p.
2. ASHIMOV I. A., M. B. CHAPIEV, TUYBAEV Z.A. et al. Comparative results of internally and programmed relaparotomies // Medicine and ecology. – 2010. - №1 (54). – P. 60-64.
3. GLABAY V. P., SHAROV A. I., ABRAMOV A. A. Relaparotomy after emergency operations on the organs of abdominal cavity // Medical academic journal. - 2003. – Volume 3, No. 2. – P. 28-29.
4. IBADILDIN A., KRAVTSOV V. I., Place of relaparotomy in the treatment of complications after appendectomy // Ambulance services. - 2004. - Vol. 5. - №3. - P. 38-39.
5. KERIMALIEV T.K. Because Prevention of complications after emergency operations on the organs of abdominal cavity // Avtoref. Diss. ... kand. honey. sciences'. 14.00.27. – Bishkek, 2006. – 21 p.
6. MAMAKEEV M. M., UMETALIEV Y. K. Modern problems of tactical and technical decisions in acute appendicitis // Medicine and pharmacy. – 2002. - №1.- P. 79-84.
7. NIYAZOV B. S., ASHIMOV J. I., AITMAMBETOV G. D. NIYAZOVA S. B. Errors in the diagnosis and treatment of acute appendicitis in women // Herald of KSMA. – Bishkek, 2009. - №1. – P. 249-252.
8. TUYBAEV Z. A., YDYRYSOV I. T. ASHIMOV J. I. Relaparotomy: concepts, terms and values // Surgery Kyrgyzstan. – 2009. - №3. – P. 114-118.
9. UMETALIEV Y. K. Acute complicated appendicitis: diagnostic and tactical and technical solutions. Avtoref. dis. ...Doct. honey. sciences'. 14.00.27. – Bishkek, 2003. – 48 p.
10. FEDOROV A.V., SAZHIN A. V. Intra-Abdominal postoperative complications, relaparotomy or relaparoscopy // In the book.: New technologies in surgery / Mat. International. surgical Congress. – Rostov-on-don, 2005. – P. 143.
11. YDYRYSOV I. T. Analysis of causes and comparative evaluation of the results of forced and planned re - and relaparotomy // Autoref. dis... kand. honey. sciences'. – Bishkek, 2010. – 28 p.
12. SHIMANSKY I. E. Relaparotomy for acute appendicitis. New technologies in surgery // Proceedings of the International surgical Congress. - Rostov-on-don, 2005. – P. 149-150.
13. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. at al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.
15. MILEWCZYK M., MICHALIK M., CIESIELSKI M. A prospective, randomized, unicenter study comparing laparoscopic and open treatments of acute appendicitis // Surg Endosc. - 2003. -V.17. – N.5. - P.1023-1028.
16. REID R.I., DOBBS B.R., FRIZELLE F.A. Risk factors for post- appendectomy intra-abdominal abscess // Aust N Z J Surg. – 1999. - V.69. – N.5. - P.373-374.