

RU 2278618 C2
© А.В.Горлунов, Р.В.Шабалин

Способ обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии

А.В.ГОРЛУНОВ, Р.В.ШАБАЛИН

Way of processing of a stump appendix a process at laparoscopic appendectomies

A.V.GORLUNOV, R.V.SHABALIN

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10», г. Воронеж

Предложен новый способ обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии (патент № 278618), который осуществляется следующим образом. Больному под эндотрахеальным наркозом накладывают пневмоперитонеум, вводят троакары (параумбиликально, в левой и правой подвздошно-паховых областях). Зажимом в правой подвздошной области производят фиксацию и тракцию аппендикса (рис. 1); в левой подвздошно-паховой области вводят рабочий инструмент (диссектор, крючок, ножницы, отсос и др.). С помощью диссектора, крючка и ножниц производят коагуляцию и отсечение брыжейки от аппендикса (рис. 2), далее вводят эндопетлю, которую затягивают на основании мобилизованного аппендикса, лигатуру срезают. Обычно на культе оставляют 2-4 лигатуры в зависимости от ширины основания аппендикса. Ножницами производят кольцевое рассечение серозно-мышечного слоя на 5 мм выше наложенных лигатур, при этом зажимом в правой подвздошной области для удобства производят поворот аппендикса вокруг своей оси. Отсеченный серозно-мышечный слой смещают в виде муфты в сторону ранее наложенных лигатур. Накладывают и затягивают эндопетлю на дистальный (уходящий) отдел червеобразного отростка. Производят пересечение слизисто-подслизистого слоя максимально близко к лигатурам культи аппендикса (рис. 3). Отсеченный аппендикс удаляют. Культу обрабатывают раствором йода и перекиси водорода. Далее электродом-крючком производят точечную коагуляцию остатков слизистой в центре культи (рис. 4). После этого культи повторно обрабатывают раствором йода и перекиси водорода. За счет высечения слизисто-подслизистого слоя его коагуляция минимальна (значительно снижается риск электротравмы кишки). Сокращение серозно-мышечной муфты с формированием валика - «пуговицы» препятствует соскальзыванию лигатуры (снижается риск возникновения несостоятельности культи аппендикса). Отсутствие слизистой в воронке культи аппендикса уменьшает вероятность развития абсцесса культи червеобразного отростка.

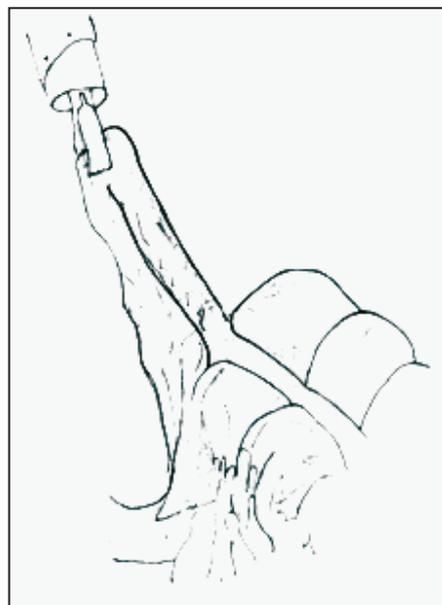


Рис. 1 . Фиксация и тракция червеобразного отростка с помощью эндожажима.

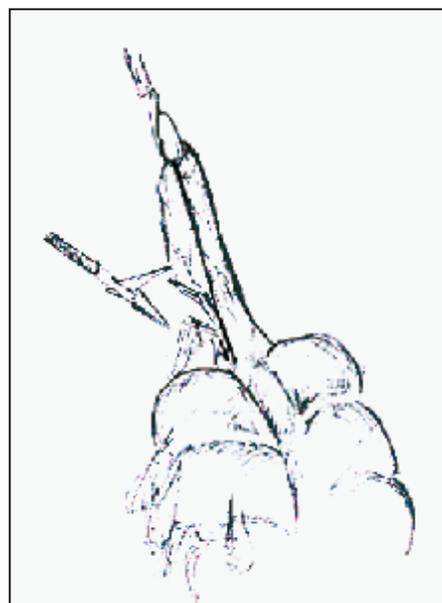


Рис. 2 . Коагуляция и отсечение брыжейки от червеобразного отростка.

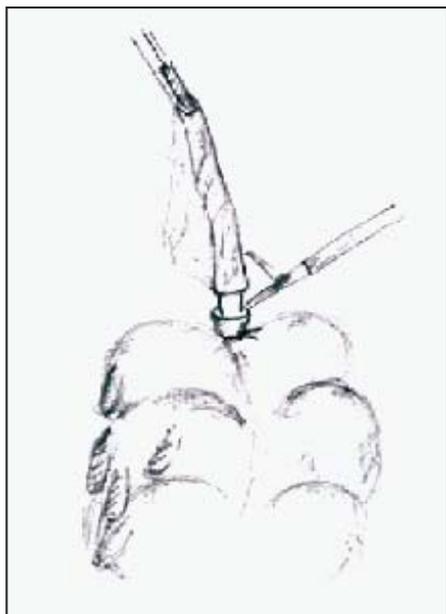


Рис. 3. Пересечение слизисто-подслизистого слоя червеобразного отростка.



Рис. 4. Точечная коагуляция остатков слизистой в центре культи отростка.

Клинический случай

Больной Т., 18 лет, медицинская карта № 11-755, поступил с клиникой острого флегмонозного аппендицита, местного серозного перитонита. Больному произведена лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом наложен пневмоперитонеум, введены троакары (параумбиликально, в левой и правой подвздошно-паховых областях). Зажимом в правой подвздошной области произведена фиксация и тракция аппендикса; в левой подвздошно-паховой области вводились рабочие инструменты (диссектор, крючок, ножницы, отсос и др.). С помощью диссектора и крючка произведена диатермокоагуляция брыжейки и ее отсечение от аппендикса, далее затянули на основании мобилизованного аппендикса эндопетлю, максимально близко к куполу слепой кишки, лигатуру срезали. На культе затянули 3 лигатуры. Ножницами произвели кольцевое рассечение серозно-мышечного слоя на 5 мм выше наложенных лигатур. Отсеченный серозно-мышечный слой сместили в виде муфты в сторону ранее наложенных лигатур. Наложили и затянули эндопетлю на дистальный (уходящий) отдел червеобразного отростка. Далее произвели пересечение слизисто-подслизистого слоя максимально близко к лигатурам культи аппендикса. Отсеченный аппендикс удалили. Культю обработали раствором йода и

перекиси водорода. Далее коагулятором-крючком произвели коагуляцию остатков слизистой в центре культи, после этого культю повторно обработали раствором йода и перекиси водорода. Контроль гемостаза, санация, дренирование брюшной полости. На следующий день больному удалены дренажи, послеоперационный период протекал гладко. Выписан на амбулаторное лечение на 5 сутки от момента госпитализации.

Использование предложенного лапароскопического способа обработки культи червеобразного отростка повысило надежность и безопасность лапароскопической аппендэктомии лигатурным методом. Снижается электровоздействие на ткани купола слепой кишки и уменьшается вероятность ее электротравмы; снижается риск возникновения несостоятельности культи аппендикса, так как образующийся после сокращения серозно-мышечной муфты валик - «пуговица» препятствует соскальзыванию наложенных лигатур; отсутствие слизистой в воронке культи аппендикса уменьшает вероятность развития абсцесса культи червеобразного отростка. Надежность предложенного способа обработки культи аппендикса при лапароскопической аппендэктомии подтверждена опытом проведения более 500 лапароскопических аппендэктомий. Внедрение вышеописанного способа достоверно снизило количество послеоперационных осложнений.