

СОСТОЯНИЕ КУПОЛА СЛЕПОЙ КИШКИ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

I. B. Kazantsev, A. A. Sotnikov

STATE OF THE INTESTINUM CAECUM CUPULA AFTER APPENDECTOMY

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет
Минздравсоцразвития России, г. Томск
© Казанцев И. Б., Сотников А. А.

В настоящее время в России существуют два способа аппендэктомии: часто исполняемый открытый инвагинационный и редко исполняемый лигатурный эндоскопический. Целью нашего исследования явилось изучение анатомии купола слепой кишки в отдаленный период после открытой аппендэктомии инвагинационным способом.

В ходе исследования было установлено, что в норме конфигурация слепой кишки имеет правильную или неправильную мешковидную форму с четко выраженными продольными мышечными лентами, которые сходятся к устью червеобразного отростка и мешковидным выпячиваниям стенки слепой кишки; что после аппендэктомии открытым инвагинационным способом происходят серьезные анатомические изменения купола слепой кишки.

Ключевые слова: червеобразный отросток, аппендэктомия, купол слепой кишки.

Currently, two ways of appendectomy are performing: frequently performed open invagination and rarely performed endoscopic ligature ones. The aim of our study was to examine the anatomy of the intestinum caecum cupula in the follow-up after open appendectomy by invagination method.

The study results revealed that in the norm, intestinum caecum configuration has regular or irregular sacciform shape with distinct longitudinal muscle bands which converge at the mouth of the vermiform process and saccular diverticuli of the intestinum caecum wall; after open appendectomy by invagination method, serious anatomical changes of the intestinum caecum cupula occur.

Keywords: vermiform process, appendectomy, intestinum caecum cupula.

УДК 616.346.2-089.87-089.168.1-036.8

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день существует два принципиально разных варианта удаления червеобразного отростка: открытым способом и с использованием лапароскопической техники [1]. В большинстве стран мира эндоскопическая хирургия острого аппендицита уже является «золотым стандартом» лечения. Однако в России до сих пор выполнение открытой аппендэктомии инвагинационным методом с погружением культи отростка в кисетный шов и дополнительно в шов Ювара является наиболее часто выполняемым вмешательством в рамках оказания экстренной хирургической помощи.

Первая открытая операция по удалению червеобразного отростка инвагинационным способом была выполнена в 1736 г. хирургом английского

короля Георга II (1683–1760). В России первая операция открытого удаления аппендикса инвагинационным методом была сделана в 1888 г.; провел ее врач К. П. Домбровский в Петропавловской больнице г. Санкт-Петербурга [1]. В разные периоды разработкой новых методик аппендэктомий занималось множество врачей, а с приобретением популярности малоинвазивных методов операция по поводу удаления червеобразного отростка приобрела новый облик. Впервые, по данным Европейской и Американской ассоциаций эндоскопических хирургов, лапароскопическую аппендэктомию провел хирург из Германии Курт Земм в 1983 г. [2]. Однако, по имеющимся у нас данным, впервые в мире 8 операций аппендэктомии в период с 1899 по 1908 гг. эндоскопическим методом выполнил российский профессор акушерства и гинекологии из Первого



Рис. 1. Профессор Дмитрий Оскарович Отт

женского медицинского института (ныне — Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова) Дмитрий Оскарович Отт [3], (рис. 1). Причем он стал не только основоположником эндоскопии с целом, а, по сути дела, создателем современного направления в эндоскопической хирургии — NOTES (natural orifice transluminal endosurgery) технологии, выполнив аппендэктомию через кольпотомическое отверстие. Итак, в настоящее время в России существуют два способа аппендэктомии:

- 1) часто исполняемый открытый инвагинационный;
- 2) редко исполняемый лигатурный эндоскопический.

В изученной нами литературе мы не нашли данных по хирургической анатомии купола слепой кишки после открытого инвагинационного способа аппендэктомии.

Целью нашего исследования явилось изучение анатомии купола слепой кишки в отдаленный период после открытой аппендэктомии инвагинационным способом.

Задачи исследования:

1. Изучить конфигурацию купола слепой кишки и заслонки Герлаха в норме;
2. Исследовать изменения купола слепой кишки после аппендэктомии;
3. Изучить анатомические изменения заслонки Герлаха в отдаленный период после аппендэктомии, выполненной открытым инвагинационным методом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование было выполнено на 15 анатомических препаратах илеоцекального отдела кишечника (25 см восходящей ободочной кишки и 20 см подвздошной кишки с брыжеечными сосудами), взятых у трупов людей, погибших скоропостижно, перенесших в анамнезе аппендэктомию открытым инвагинационным методом и не имевших явной патологии желудочно-кишечного тракта. В качестве контрольной группы были представлены 15 образцов илеоцекального угла, соответствующие вышеизложенным требованиям, но с интактным червеобразным отростком.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате нашего исследования было показано, что слепая кишка в 100 % случаев расположена в правой подвздошной области на подвздошно-поясничной мышце, а купол слепой кишки соответствовал точке Мак-Бурнея. Во всех случаях аппендэктомии была выполнена через доступ Волковича-Дьяконова, послеоперационные рубцы были нормотрофичными в 100 % случаев.

В контрольной группе слепая кишка представляла собой слепое мешковидное выпячивание толстой кишки ниже места впадения подвздошной кишки в восходящую ободочную. Купол слепой кишки в 12 случаях (80 %) имел неправильную форму, с визуальным превалированием медиальной части (во фронтальной плоскости), который был приведен к терминальному отделу подвздошной кишки, и в 3 случаях (20 %) был практически симметричен (во фронтальной плоскости) (рис. 2). Поперечный диаметр слепой кишки в контрольной и опытной группах варьировал от 6 до 10 см, а длина (расстояние от проекции верхней губы баугиниевой заслонки до вершины купола слепой кишки) составляла 5–7 см. На куполе слепой кишки отмечали наличие трех продольных мышечных лент, расположенных симметрично в проекции равнобедренного треугольника и сходящихся к основанию червеобразного отростка (рис. 3). Между лентами располагались выпячивания (*Haustra coli*), число которых (во фронтальной плоскости) варьировалось от 2 до 5.

В опытной группе (после открытого инвагинационного способа аппендэктомии) мы наблюдали различного рода деформации слепой кишки, которые совершенно изменяли его правильную

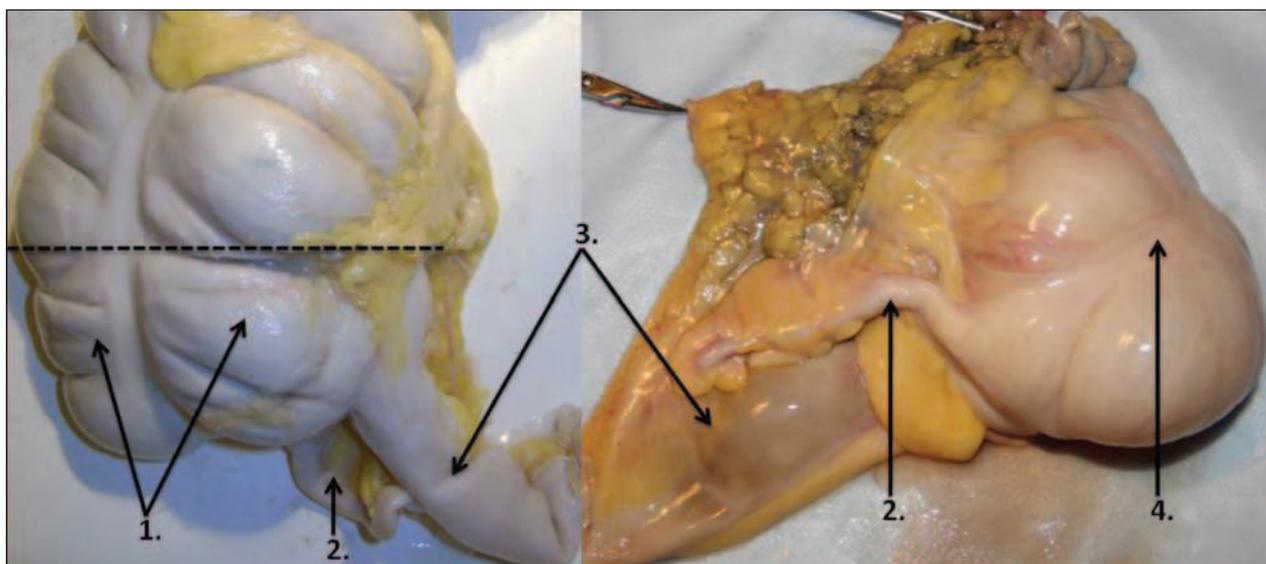


Рис. 2. Купол слепой кишки с сохраненным червеобразным отростком: 1 — *haustreae coli*; 2 — *appendix vermiformis*; 3 — *ileum*; 4 — *teniae coli*

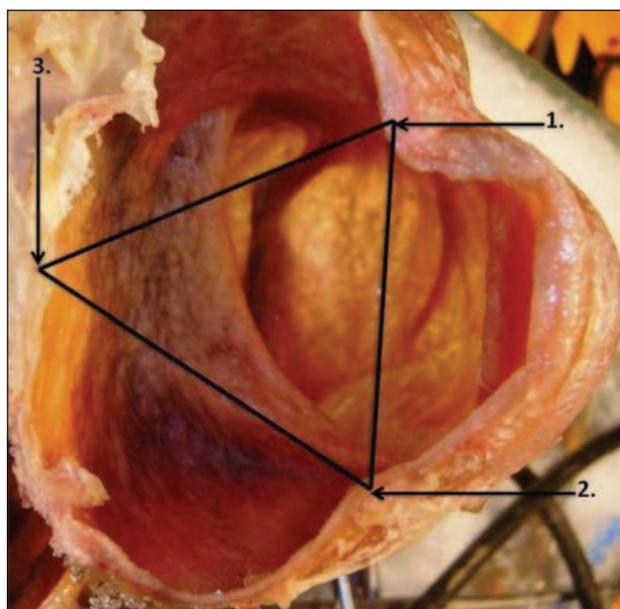


Рис. 3. Отношение продольных мышечных лент и мешковидных выпячиваний толстой кишки в норме (контроль): 1 — свободная лента; 2 — салниковая лента; 3 — брыжеечная лента

мешковидную форму. На куполе слепой кишки отмечалось от 2 до 4 спаечных перетяжек, расположенных во фронтальной плоскости и разделяющих поверхность купола на несколько фрагментов неправильной формы. В 60 % случаев (9 образцов) помимо перетяжек купола отмечалась его чрезмерная дилатация; так, поперечный диаметр такой слепой кишки во фронтальной плоскости составлял 12–16 см, а ее длина — от 6

до 8 см. Мышечные ленты плохо контурировались из-за из чрезмерной их распластанности по стенке слепой кишки. Примечателен факт практически полного отсутствия мешковидных выпячиваний кишечной стенки слепой кишки (рис. 4).

При изучении анатомии заслонки Герлаха в основании устья червеобразного отростка нами была выявлена следующая закономерность. В контрольной группе заслонка представляла собой складку слизистой оболочки полулунной формы, расположенную во фронтальной плоскости, полностью прикрывающую собой устье червеобразного отростка. Ее длина от основания до края колебалась от 0,4 до 0,6 см (рис. 5).

В опытной группе (после открытой аппендэктомии инвагинационным способом) нами был установлен факт полного отсутствия заслонки Герлаха во всех образцах с удаленным червеобразным отростком (рис. 6).

ОБСУЖДЕНИЕ

Перечисленные деформации купола слепой кишки происходят при выполнении классической операции аппендэктомии с обязательной перитонизацией культи червеобразного отростка и укреплением «кисета» Z-образным швом. По нашему мнению, подобные деформации возникают из-за формирования спаечного процесса от прикосновения к куполу слепой кишки руками хирурга и хирургическими инструментами, а также

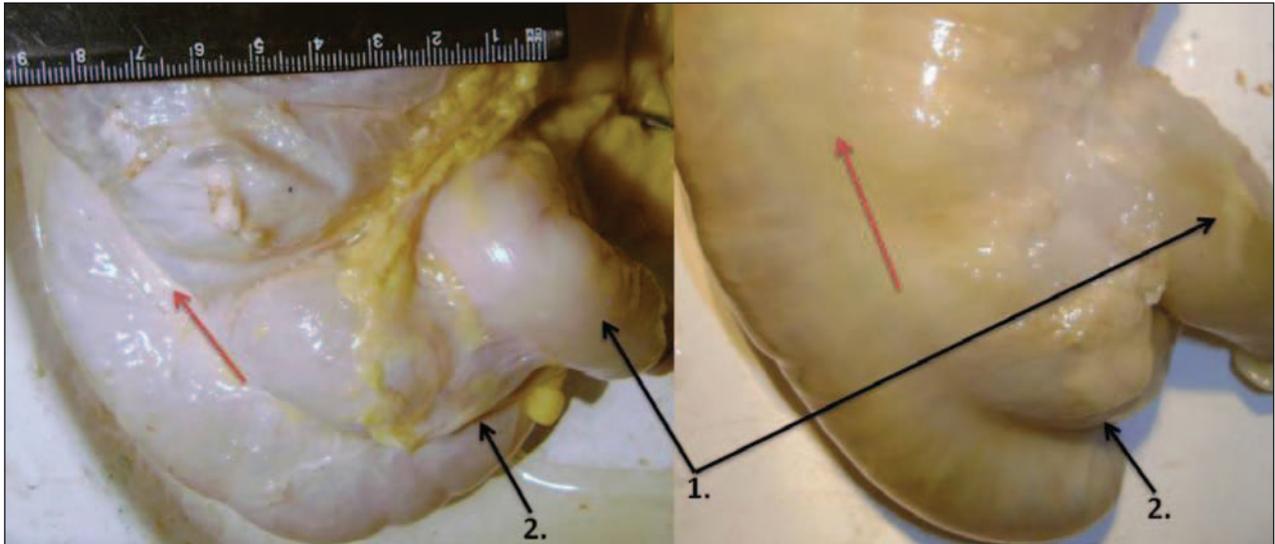


Рис. 4. Деформации купола слепой кишки после аппендэктомии открытым инвагинационным способом. Отсутствует гаустрация. Красной стрелкой показаны распластанные свободные мышечные ленты: 1 — подвздошная кишка; 2 — спаечные странгуляции купола слепой кишки

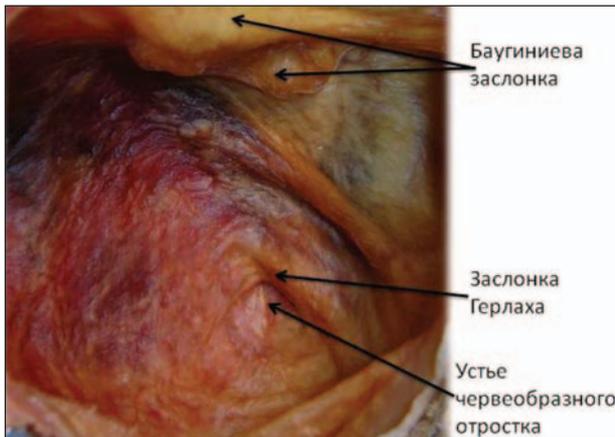


Рис. 5. Заслонка Герлаха и баугиниева заслонка (контроль)

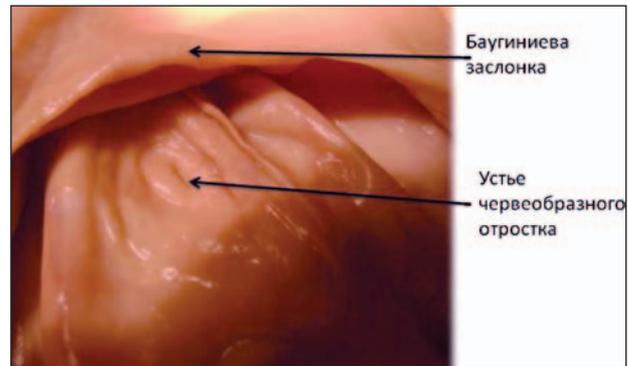


Рис. 6. Заслонка Герлаха и баугиниева заслонка после аппендэктомии открытым инвагинационным способом

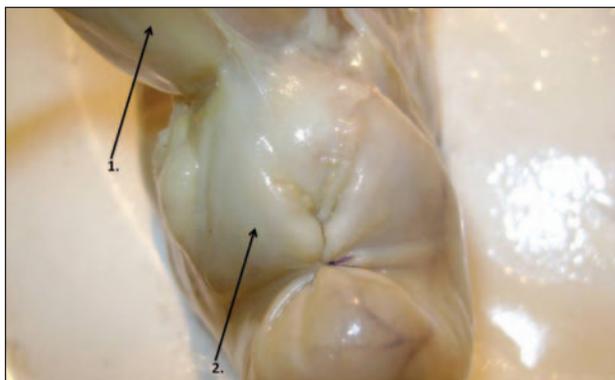


Рис. 7. Состояние купола слепой кишки после открытой аппендэктомии, грубая деформация, обусловленная инвагинацией культи аппендикса и наложением Z-образного шва (поздний послеоперационный период после аппендэктомии): 1 — подвздошная кишка; 2 — купол слепой кишки

грубым наложением кистетного и Z-образного швов (рис. 7). Деформации купола слепой кишки может привести к различного рода функциональным нарушениям илеоцекального перехода, а также к нарушению моторной активности всей восходящей ободочной кишки. Возможно, это связано с нарушением функции водителя ритма, расположенного в области устья червеобразного отростка и заслонке Герлаха [5].

Полагаем, что выполнение аппендэктомии эндоскопическим (лигатурным) способом, когда не происходит тактильного контакта рук хирурга с висцеральными структурами, а также не производится перитонизация и погружение культи червеобразного отростка, позволит избежать вышеописанной деформации купола слепой кишки.

ВЫВОДЫ

1. В норме конфигурация слепой кишки имеет правильную или неправильную мешковидную форму (с визуальным превалированием медиальной части во фронтальной плоскости) с четко выраженными продольными мышечными лентами, которые сходятся к устью червеобразного отростка и мешковидным выпячиваниям стенки слепой кишки.

2. После аппендэктомии открытым инвагинационным способом происходят серьезные анатомические изменения купола слепой кишки. Это выражается в наличии спаечных перетяжек,

расположенных во фронтальной плоскости, которые делят поверхность купола на несколько фрагментов неправильной формы. Помимо спаечного процесса, деформация купола слепой кишки вызывалась также наложением кисетного и Z-образного швов.

3. В отдаленном послеоперационном периоде после открытой аппендэктомии инвагинационным способом происходит инволюция (т. е. полное исчезновение складки слизистой и подслизистой основ со стороны просвета слепой кишки, прикрывающей устье червеобразного отростка) заслонки Герлаха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седов В. М. Аппендицит. — СПб.: ООО «Санкт-Петербургское мед. изд-во», 2002. — 232 с.
2. Цуканов А. И. Клиническая анатомия червеобразного отростка // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. — 2008. — № 2. — С. 15–22.
3. Федоров И. В., Сигал Е. И., Славин А. Е. Эндоскопическая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 544 с.
4. Глянцев С. П., Федоров А. В., Оловянный В. Е. Д. О. Отт (1855–1929) — основоположник отечественной эндоскопической хирургии (к 150-летию со дня рождения) // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 2. — С. 3–8.
5. Francis Serour, Yigal Efrati, Baruch Klin et al. Subcuticular Skin Closure as a Standard Approach to Emergency Appendectomy // World J. Surg. — 1996. — № 20. — С. 38–42.

Поступила в редакцию 11.03.2011

Утверждена к печати 20.05.2011

Авторы:

Казанцев И. Б. — врач-ординатор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии им. Э. Г. Салищева ГОУВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России.

Сотников А. А. — д-р мед. наук, проф. кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии им. Э. Г. Салищева ГОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск.

Контакты

Казанцев Илья Борисович

тел. 8-923-404-1997

e-mail: Verusmedicus@sibmail.com