

М.Ө. МҰҚАНОВ, А. ҚАНЫБЕКОВ, Е.А. КУРАМЫСОВ
С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМ, Жалпы хирургия кафедрасы

АППЕНДЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНАН КЕЙІН ЖАБЫСҚАҚ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Жабысқақ ауруын жиі тудыратын себептердің қатарына аппендэктомия операциясын жатқызуға болады. Оның алдын алу қазіргі уақытта қиын мәселелерге айналууда. Ерте мезетте дамыйтын жабысқақтық ішек түйілуі операциясының нәтижелері қанағаттанарлық емес, себебі аурудың қайталануы жиі кездеседі. Жоғарыда көрсетілген мәселелерді ескере отырып авторлар жабысқақ ауруның алдын алу үшін бірнеше жаңа әдістемелер енгізген. Олардың нәтижелері қанағаттанарлық. Қазіргі уақытта көптеген ауруханаларда кеңінен қолданыла бастады.

Ті сөздер: жабысқақ ауруы, ішек түйілуі, аппендэктомия, перитонит, париетальды және висцеральды іш астарлары, перитонеальды лаваж

Жабысқақ ауруын жиі тудыратын себептердің қатарына аппендэктомия операциясын жатқызуға болады, оны басқа операциялармен салыстырғанда 26,3% -дан 80% - ды (1,2,3) құрайды.

С.В.Путинің есептеуі бойынша (4) аппендэктомия операциясынан кейінгі жиі дамыйтын жабысқақ ауруының себептеріне Волкович-Дьяконов операциялық ену тілігінің қысқа болуына байланысты операция кезіндегі жарақатты ұлғайтатындығымен түсіндіреді. В.М.Удод (5) іш қуысының төменгі қабатының пластикалық қасиетінің жоғарылығына меңзейді. Р.А.Женчевский (6) және О.Е.Нифантьев (7) жиі түрде жабысқақ ауруының пайда болуын аппендэктомия операциясының басқа операцияларға қарағанда көп жасалынатынымен түсіндіреді. А.П.Подоненко-Богданова т.б. бірге (8) 3520 операциялардан кейін ерте мезетте дамыйтын жабысқақтық ішек түйілуі (ЕМЖІТ) 149 (4,2%) науқаста пайда болып, оның 20 (13,4%) аппендэктомия операциясының үлесіне тиетіндігін дәлелдеді. Мұқанов М.Ө (9) ретроспективті талдау кезінде 308 аппендэктомия операция жасалынған жастары ұлғайған және қартан науқастардың ішінде 16 (5,1%) ЕМЖІТ болғанын баспасөзде жариялады.

Мақсат. Жоғарыда көрсетілген аппендэктомия операциясынан кейін дамыйтын ЕМЖІТ талдай келе өздеріміздің тәжірибелерімізден жиналған материалдарымызды жариялауды жөн көрдік. Сонымен қатар аппендэктомия операциясынан кейін дамыйтын ЕМЖІТ асқынуларды азайту туралы ұсыныстарды медициналық тәжірибеге енгізу туралы пікірлерімізді жарияламақпыз.

Орындалған медициналық шаралар мен олардың нәтижелері. Алматының көп салалы клиникалық ауруханасына (АККА) (ЕМЖІТ) түскен 210 науқастардың 206 (98%) ертеректе іш қуысына операция жасалынғаны, тек қана 4 (2%) ғана қабыну процесстері дамығаны анықталды. Біздің науқастарымыздың ішінде жабысқақ ауруын жиі қоздыратын патология аппендэктомия (26,4%) екені анықталды, себебі ол іш қуысына жасалынатын барлық операциялардың көпшілігін құрайтын болғандықтан деген пікірдеміз. Екінші орында іш қуысының жарақаттары болып табылады (ашық -14,3%, жабық - 7,3%).

Барлық 210 науқасқа механикалық (ЕМЖІТ) операциялық шаралар жүргізілді. Операцияның әдістемесі асқынулардың түрлеріне, жабысқақ ауруының даму дәрежесіне байланысты орындалды. 72 (34,2%) - науқаста илеустің себебі ішек пен алдыңғы іш қабатының париетальды іш астарының арасына орналасқан жабысқақ, 89 (42,2%) – ішек аралық абсцесс және 49 (23%) - жабысқақ кешенді түрде дамығаны анықталды.

Аппендэктомия операциясынан кейін жиі мөлшерде жабысқақ пайда болмас үшін 92 науқастарға жедел аппендициттің деструктивті түрлерімен, асқынған перитонитпен (48- жергілікті, 44- жайылған перитонит) бағытталған бірнеше шаралар жүргізілді.

Жедел аппендициттің деструктивті түрлерінде операциядан кейінгі уақытта жиі кездесетін асқынулардың қатарына операциядан кейінгі жараның іріңдеуін жатқызуға болады, ондай асқынулар біздер бақылаған науқастардың 36 (39,6%) кездесті.

Операциядан кейінгі уақытта дамыйтын іріңді-қабыну асқынуларының салдарынан операциялық жараның аймағындағы іріңнің ішекаралық және париетальды іш астарында міндетті түрде жабысқақ ауруының дамуына соқтыратынына кәміл сенуге болады. Аппендэктомия операциясынан кейінгі уақытта дамыйтын іріңді процесстің алдын алуға байланысты басқалай да асқынулардың, соның

ішінде жабысқақтың пайда болуы, эвентрация, ішекаралық жыланкөздер және т.б. дамымауына ықпалын тигізеді.

Операциялық жараның іріңдеуінің себептерінің біріне операцияның орындалу кезінде іріңді сұйықтықтың іш қуысына ағып кетуін жатқызуға болады. Операция кезінде іріңнің іш қуысына ағып кетуін болдырмау үшін қолданылатын мәрлілік салфеткалардың пайдасы шамалы, себебі гигроскопиялық қасиеттеріне байланысты іріңді өзіне сіңіріп алып, соның салдарынан операцияның барлық кезеңінде қосымша инфекцияның көзі болып есептеледі.

Жедел аппендициттің деструктивті түрлерінде операциядан кейінгі уақытта жараның іріңдеп кетпес үшін іш қуысын операциялық жараның іш қуысымен жанаспас үшін жеңіл, әр уақытта қолдануға мүмкіншілік болатын және көмегі зор әдіс медициналық тәжірибеге енгізілді (өнертапқыштық ұсыныс № 78/88).

Тәжірибеге енгізілген әдіс төменде көрсетілген шаралар арқылы іске асырылады.

Ол үшін операцияның алдында резікелі қолғап дайындалып, сұқ саусақтан басқа саусақтар түбтерінен байланғаннан соң сұқ саусақпен бірге байланған жоғары кесіледі. Осы уақытта резікелі қап пайда болып, оның түп жағында сұқ саусақтың орнында саңлау қалады.

Операция кезінде, Волкович-Дьяконов бойынша енумен және іш қуысы ашылар алдында алдын - ала дайындалған резікелі қолғап жараның ішіне орналастырылады. Содан кейін жұмсақ қысқашпен іш астары саңлау арқылы қолғаптың қуысына шығарылады. Іш қуысын тілген кезде іріңді сұйықтық қолғаптағы қуысқа аға бастаған кезде, ірің құрғатылады (электржұтқыш арқылы сорып алынады). Іш астарының шеттері резікелі қолғаппен бірге Микулич қысқаштарымен ұсталғаннан кейін операция әдеттегідей қалыппен жалғастырылады.

Тәжірибеге енгізілген әдіс жедел аппендициттің деструктивті түрлерінде 48 науқастарға, соның ішінде құрт тәрізді өсімдінің 27 флегмонозды және 21 гангренозды түрлеріне жасалынды. Барлық науқастарда операция кезінде іш қуысынан 100 - ден 500 – ге дейін іріңді сұйықтық ақты. Бұл әдісті қолданудың негізгі көрсеткіші іш қуысында дамып жатқан перитониттің белгілері болып табылады. Операциядан кейінгі уақытта 5 (9,4%) науқаста жараның іріңдеуі байқалды, сонымен қатар ретроспективті түрде операциядан кейінгі 42 науқасқа талдау жасағанда, олардың 29- да (69%) жараның іріңдегені яғни асқынулардың жиі дамығаны анықталды.

Сонымен қорыта келгенде, жаңадан тәжірибеге енгізілген техникалық шешімдерге байланысты жедел аппендициттің деструктивті формаларында операциядан кейінгі уақытта жараның іріңдеуі 7,3 есе азаюына мүмкіндік болды. Висцеропариетальды жабысқақтан пайда болатын біріншілік ЕМЖІТ алдын алу үшін жиіше ішектердің бөлімдерінің іштің алдыңғы қабатындағы париетальды іш астарымен жанасуды болдырмау және жайылып кеткен перитонит кезінде іш қуысына адекватты түрде санация жүргізу үшін біздер тәжірибеген енгізілген, қазіргі уақытта жиі қолданылып жүрген перитонеальды лаваждың жаңа нұсқасын ұсынамыз (А.С.№940856.1).

Перитонеальдық лаважды іске қосу үшін ұзындығы шамамен 80 см - дей, диаметрі 0,8 см силиконды түтікше қолданылды. Оның перитонеальды бөлігінен 10-15 см – дей алшақ, түтікшенің ұзына бойына микротесіктер жасалынып, оның дистальды жағы бітеуленді яғни жабылды. Операция кезінде, аппендэктомия жасалынғаннан және санациядан кейін шап аймағында тесік тесіліп, сол арқылы силиконды түтікше өткізіліп, ол париетальды іш астарының астына, іштің тік бұлшық етінің проекциясының бойымен көк етке дейін, содан кейін түтікше

жайлап бұралып, түтікшенің екінші жартысы кейін қарай кіші жамбас қуысына дейін жеткізілді. Түтікше ұзына бойына тігістер арқылы бекітілді. Шаптың қарама қарсы аймағында екінші тесік тесіліп кіші жамбас қуысына екінші силиконды түтікше енгізілді. Ол іш қуысынан шығып жатқан сұйықтыққа арналды.

Белсенді түрде перитонеальды лаважды жүргізу үшін А.А.Травин және т.б. (10) ұсынған әдіс қолданылды. Бұл әдіс бойынша 70-80 мм с.б. қысым көтерілген кезде, түтікшенің қай аймаққа орналасқанына қарамастан оның барлық саңлауларынан сұйықтық екпінмен аға бастайды. Түтікшеде жоғарыда көрсетілгендей қысымды жоғарылату үшін ауа айдауға қабілеті бар Карл-Шторц фирмасының «Аква-пурактор аппараты қолданылды.

Аппараттың көмегімен түтікшенің ішіне жоғарыда көрсетілген қысым арқылы сұйықтықты айдағанда, сұйықтық түтікшеде жасалынған саңлаулар арқылы барлық бағытқа қарай шашырайды. Іш қабырғасының алдығы қабатынан іш қуысына екпіндетіп шашыратылған сұйықтық емдік әсер ететіндігі анықталды:

1. Ішектің бөлімдерінің париетальды іш астарына жабысып қалуынан сақтайды. Ішектің бөлімдері мен париетальды іш астарының арасында жұмсақ жабысқақтар пайда болған кезде, перитонеальды лаваж арқылы себелетіп, екпінмен енгізіліп жатқан сұйықтықтың әсерінен жабысқақтар ажыратылып, жуылып кетеді.

2. Белсенді түрде жүргізіліп жатқан перитонеальды лаваждың әсерінен іш қуысындағы пайда болып жатқан фибриннің түйіршіктері, қанның ұйымалары және жабысқақ пайда болуға қатысы бар басқалай да факторлар жойылады.

3. Сұйықтықтардың екпіндері ішектің бөлімдерін механикалық тітіркендіру арқылы ішектің жиырылу функциясын жылдамдатады.

Клиникада жоғарыда көрсетілген әдіс аппендициттен дамыған жайылған перитониті бар 44 науқасқа қолданылды. Барлық уақытта операция орталық лапаротомдық ену арқылы орындалды. Операция кезінде келешекте жабысқақты болдырмау үшін оның алдын алу ережелеріне байланысты біршама шаралар жүргізілді: іш астарына барынша механикалық әсер етпеу, оның кеуіп қалуынан сақтау, жарақаттамау және т.б. Операциядан кейінгі уақытта перитонеальды лаважды жүргізу ұзақтығы аурудың ары қарай дамуына байланысты орта есеппен 7-9 тәулік жүргізілді. Перитонеальды диализді тоқтату көрсеткіштері: іш қуысынан таза күйінде бөлініп жатқан сұйықтық, ішектің жиырылу функциясының қалыпқа келуі, науқастың жалпы жағдайының жақсаруы, денесінің ыстығының қалыпқа келуі.

Перитонеальды лаважды тағайындау көрсеткішіне ішек бөлімдерінің париетальды іш астарымен жанаспауын қамтамасыз ету, висцеропариетальды іш астарында жабысқақты болдырмау және ЕМЖІТ дамытпау болып есептелінеді.

Негізгі топтардағы перитонеальды лаважды қолданудың ұзақ уақыттан кейінгі көрсеткіштері латеропозицияда ішекке рентгенконтрастық тексерулер арқылы анықталды. Бір айдан бір жылға дейінгі уақытта жабысқақтық процесс 11 (10,4%) адамда анықталды.

Қорытынды: Желел аппендициттің деструктивті түрлерінде жасалынатын операциялардың көрсеткіштері жақсы болады, егерде негізгі патологияның дамуының себебін жоюмен қатар, операциядан кейінгі дамуы мүмкін асқинулардың яғни операциялық жараның іріндеп кетпеуінің алдын алу үшін іш қуысына толық көлемде санация жүргізіліп, іш қуысына перитонеальды лаваж түріндегі дренаж қолдану қажет екендігін ескертеміз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Арапов А.В., Давыдов В.А.//Аппендицит и спаечная непроходимость кишечника у детей.//Хирургия. 1979. №2№ .- С.59-65.
2. Мынбаев О.А. этиология, патогенез и принципы профилактики послеоперационных спаек у гинекологических больных. //Автореф. дисс...докт. мед. наук. М.: 1997. - 45 с.
3. Fielding L.P., Welch J.P., Moore E.D/ [Intestinal Obstruction – Edinburg etc. //Chir. Livingstone, 1989. - 177 p.
4. Пулятин С.В. Спаечная болезнь после аппендэктомии и ее профилактика. //Клиническая хирургия. 1981. - №4. - С.22-24.
5. Удод В.М. //Причины острой спаечной кишечной непроходимости //Хирургия, 1978, №3. С 63-66.
6. Женчевский Р.А. //Спаечная болезнь. М.: Медицина, 1989. - 191 с.
7. Нифантьев О.Е. /Механическая непроходимость кишечника. Красноярск: 1989. 207 с.
8. Полоненко –Богданова А.П., Попазов Ф.К., Горбунов С.С. /Ошибки в диагностике ранней спаечной кишечной непроходимости после экстренной аппендэктомии.//Клиническая хирургия, 1985. - №4. - С.64-65.
9. Муканов М.У. /Острый аппендицит у лиц пожилого и старческого возраста.//Автореф. дисс. ...канд.мед. наук. Караганда, 1972. -20 с.
10. Травин А.А., Владимиров А.С., Беркович Б.А. //Дренажные трубки для капельно-проточного промывания брюшной полости. Вестник хирургии, - 1977. - №1. - С.89-92.

М.У. МУКАНОВ, А.ҚАНЫБЕКОВ, Е.А. КУРАМЫСОВ

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра общей хирургии

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Резюме: Одной из частых причин спаечной болезни является аппендэктомия. В настоящее время профилактика послеоперационной спаечной болезни становится трудней задачей. Результаты оперативных лечения ранней спаечной кишечной непроходимости не утешительные, потому что часто развивается рецидивы в виде образование спаек. Учитывая выше изложенные обстоятельства, авторы предлагают для предотвращения спаечной болезни новые методики лечения. В настоящее время эти методы начали широко применяться хирургических клиниках.

Ключевые слова: спаечная болезнь, кишечная непроходимость, аппендэктомия, перитонит, париетальные и висцеральные брюшины, перитонеальный лаваж.

M.U. MUKANOV, A.KANYBEKOV, E.E.KURAMUSOV

KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, General Surgery chair

THE PROPHYLAXIS METHODS OF ADHESIVE INTESTINAL ILEUS AFTER APPENDECTOMY

Resume: One of the frequent reasons of an adhesive illness is the appendectomy. Now prevention of the postoperative adhesive illness becomes more difficult task. The results of surgical treatment of early adhesive intestinal ileus not satisfactory because process of a adhesion repeats. So that the authors offer new techniques of treatment for prevention of an adhesive illness. Now these methods started being applied widely in surgical clinics.

Keywords : adhesive disease , intestinal obstruction , appendectomy , peritonitis , parietal and visceral peritoneum , peritoneal lavage