



А. В. Капшитарь

Запорожский
государственный
медицинский университет

© Капшитарь А. В.

ФАТАЛЬНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ НАРУЖНОЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У БОЛЬНОЙ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Резюме. Описано клиническое наблюдение ошибочной перевязки наружной подвздошной артерии молодым хирургом у больной во время аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита, относящееся к казуистике. Во время парциальной обработки брыжейки червеобразного отростка возникло кровотечение в брюшную полость. Гемостаз осуществлён прошиванием и лигированием этого участка брыжейки. На 4 сутки после операции больная умерла от интоксикации, вследствие развившейся влажной гангрены нижней конечности. Лишь при патологоанатомическом вскрытии диагностирована её причина – лигированная правая наружная подвздошная артерия, исключившая магистральный кровоток по нижней конечности.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендэктомия, интраоперационная перевязка наружной подвздошной артерии, влажная гангрена нижней конечности, фатальный исход.

Введение

Повреждения органов и структур брюшной полости в процессе выполнения аппендэктомии у больных острым аппендицитом представляют большую опасность, несмотря на то, что встречаются относительно редко [4, 5, 7, 9]. Причинами указанных повреждений являются оперативный доступ к червеобразному отростку (ЧО) малой длины 2-2,5 см, когда операционное поле сужается до недопустимых пределов, смещение разреза Волковича-МакБурнея близко к правой передне-верхней подвздошной ости, что увеличивает глубину операционного доступа и затрудняет поиск ЧО, а смещение в медиальную сторону последнего и переход на влагалище прямой мышцы живота чреват ранением нижней надчревной артерии и вены, смещение доступа, и почти параллельное расположение паховой связке, резко затрудняет поиск слепой кишки и увеличивает опасность ранения крупных кровеносных сосудов, использование зажимов и пинцетов, дополненное грубым выведением илеоцекального угла в рану, травмирует стенку слепой кишки с её десерозированием, длительный поиск слепой кишки при атипичном её расположении в случаях аномалии развития при незавершенном повороте средней кишки в период эмбрионального развития, при situs viscerum inversum, спаечном процессе в брюшной полости, атипичной локализации червеобразного отростка [2, 8]. Крайне опасно грубое, насильственное выделение ЧО из сращений, да еще вслепую и на ощупь, особенно с помощью

ножниц или зажимов, т.к. может быть ранен любой близлежащий орган [1, 8].

В литературе описаны ранения слепой кишки и подвздошной кишки, когда при своевременном зашивании дефектов послеоперационный период протекал тяжело [4, 7, 8]. Имеются сообщения о ранении кишечника [3, 7]. Как казуистика опубликованы в печати А.П. Михно (1970) и В. De Parades (1970) случаи пересечения правой подвздошной артерии [8], повреждения наружной подвздошной артерии [6]. Анализируя причины этих осложнений, авторы считают, что понять подобные действия хирургов трудно, характеризуя их действия безграмотными и безответственными из-за излишней самоуверенности [8].

Цель исследований

Описать фатальное осложнение - повреждение правой наружной подвздошной артерии при выполнении аппендэктомии в связи с острым аппендицитом, относящимся к казуистике.

Материалы и методы исследований

Автор публикации за свою 45-летнюю врачебную деятельность, работая вначале ординатором хирургических отделений городских больниц г. Кривого Рога, а с 1990 года – сотрудником кафедры общей хирургии с уходом за больными и кафедры хирургии и анестезиологии ФПО Запорожского государственного медицинского университета, встретил лишь 1 клиническое наблюдение ятрогенного по-

вреждения правой наружной подвздошной артерии во время экстренной аппендэктомии, предпринятой по поводу острого аппендицита и диагностированное на аутопсии. Приводим это клиническое наблюдение.

Больная О., 22 лет доставлена СМП с диагнозом острый аппендицит в хирургическое отделение городской больницы с жалобами на тупые ноющего характера боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту. Считает себя больной в течение 10 часов с появления спонтанных и нерезких болей в правой подвздошной области.

Общее состояние средней тяжести. ИМТ=32,5 кг/м². Температура тела 37,1 °С. Пульс 92 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Передняя брюшная стенка в правой подвздошной области ограничено участвует в акте дыхания, где при пальпации определяется резкая болезненность и напряжение брюшных мышц. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского, Щёткина положительные. Симптом поколачивания в поясничной области с обеих сторон отрицательный. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В общем анализе крови E_r 106 г/л, H_b 4,5×10¹²/л, L 9×10⁹/л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 10 %, сегментоядерные 70 %, лимфоциты 18 %, моноциты 6 %. СОЭ 7 мм/час. Общий анализ мочи без патологических изменений. Диагноз при поступлении „Острый аппендицит”.

Результаты исследований и их обсуждение

Спустя 1 час после госпитализации молодым хирургом выполнена экстренная операция: нижне-боковая косо-переменная лапаротомия в правой подвздошной области по Волковичу-Мс Burney длиной 7 см под местной инфильтрационной анестезией по А.В. Вишневскому. Выпота нет. Предлежит тонкий кишечник. Выраженный спаечный процесс в илеоцекальной области. ЧО не виден. Проследив ход свободной ленты слепой кишки, после рассечения спаек, визуализирован и выделен ЧО. По отношению к слепой кишке он располагался в нисходящем направлении на задней стенке брюшной полости. ЧО длиной 9 см, утолщён, гиперемирован, ригидный. Ввиду короткой брыжейки ЧО она поэтапно пережата, прошита, лигирована. На одном из участков брыжейки из *arteria appendicularis* возникло кровотечение в брюшную полость. Этот участок брыжейки с кровотокающими сосудами пережат сосудистым зажимом Кохера, прошит, лигирован. Наступил гемостаз. Кровопотеря составила до 300 мл. Брюшная полость осушена. ЧО пережат у основания, лигирован кетгутотом,

отсечён. Его культя обработана йодом и погружена в кисетный и Z-образный швы. Контроль на гемостаз – сухо. Передняя брюшная стенка послойно ушита. Больная активизирована спустя 6 часов после операции. Получала ЛФК, дыхательную гимнастику, наркотические анальгетики, антибиотики, перевязки. В течение 1-х суток после операции появились и усилились боли в правой нижней конечности, присоединилась бледность кожных покровов, снижение локальной температуры. Пульс на задней большеберцовой артерии и бедренной артерии не определялся. Заподозрена эмболия правой подвздошной артерии. К лечению добавлен гепарин, но-шпа, аспирин, трентал, солкосерил, актовегин.

Несмотря на лечение, состояние больной прогрессивно ухудшалось, нарастала интоксикация и тяжесть ишемии правой нижней конечности. Кожные покровы покрылись синюшными пятнами. На стопе возникли пузыри, наполненные кровянистой жидкостью. На 4 сутки после операции больная погибла.

Во время патологоанатомического вскрытия выявлена лигированная правая наружная подвздошная артерия с полной обтурацией просвета, что привело к невозможности кровообращения, гангрене правой нижней конечности и летальному исходу.

Обсуждение. СМП транспортировала больную в ранние сроки от начала заболевания с диагнозом острый аппендицит. Диагноз острого аппендицита в клинике установлен своевременно при госпитализации на основании классической клинической картины и воспалительных изменений крови [1, 2, 7]. Показания к операции установлены также своевременно [1, 9]. Выбор местной анестезии соответствовал локальному патологическому процессу, как и выбор наиболее распространённого оперативного доступа к ЧО – Волковича-Мс Burney [1, 2, 8]. Обнаружив во время ревизии органов брюшной полости выраженный спаечный процесс в илеоцекальной области и не найдя ЧО, молодой хирург должен был уступить место оперирующего хирурга ответственному хирургу. Для молодого хирурга с начальным опытом оперативной деятельности это была довольно сложная топографо-анатомическая ситуация с прогностическими рисками, что к сожалению и произошло в дальнейшем. Ответственный хирург обязан был взять инициативу на себя. Однако, этого не произошло и операция в исполнении молодого хирурга была продолжена. Выделенный ЧО из сращений, располагался атипично в нисходящем направлении по отношению к слепой кишке, а его макроскопические изменения соответствовали остроуму флегмонозному воспа-



лению. При поэтапном пережатии короткой брыжейки ЧО с прошивани её и лигировани-ем, что было правильным техническим приёмом, произошло кровотечение из её сосудов на одном из сегментов брыжейки ЧО. На этот сегмент брыжейки наложен зажим, она прошита и лигирована. Наступил гемостаз. Кровопотеря составила до 300 мл. После удаления крови из брюшной полости передняя брюшная стенка послойно ушита. Кровотечение из сосудов брыжейки ЧО замечено и ликвидировано во время операции. Объём указанной кровопотери не требовал переливания донорской эритроцитарной массы, как и поступили хирурги.

В 1 сутки послеоперационного периода хирурги не осознали причины развития клинической картины острой артериальной ишемии правой нижней конечности — лигирования правой наружной подвздошной артерии, ошибочно считая как причину подозрение на эмболию. Причиной эмболии могут быть атеросклероз аорты, заболевания сердца (пороки сердца, кардиомиопатия и др.) [9]. У нашей пациентки этих заболеваний не было. Следовало бы пригласить на консультацию ангиохирур-

га с целью диагностики и реваскуляризации нижней конечности. Отсутствовал консилиум врачей по диагностике возникшего осложнения и изменению лечебной тактики. Прогрессирование патологического процесса привело к влажной гангрене нижней конечности, а отказ от её ампутации на уровне верхней трети бедра привел к фатальному исходу.

Выводы

Повреждение правой наружной подвздошной артерии во время аппендэктомии по поводу острого аппендицита является казуистикой.

Для его профилактики в случае возникновения нестандартной ситуации в процессе аппендэктомии операцию следует продолжить ответственному хирургу.

При подозрении на нарушение кровообращения в нижней конечности в 1-е сутки послеоперационного периода необходима консультация ангиохирурга с целью реваскуляризирующей операции, а при развитии её гангрены показана своевременная ампутация на уровне верхней трети бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія): Нормативне виробничо-практичне видання. — К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ „Медінформ”, 2013. — 240 с.
2. Колесов В.И. Острый аппендицит / В.И. Колесов. — Ленинград: Медицина, 1972. — 344 с.
3. Матяшин И. М. Осложнения аппендэктомии / М.И. Матяшин, Ю. В. Балтайтис., А. Я. Яремчук. — К.: Здоров'я, 1974. — 224 с.
4. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. — М.: Медицина, 1990. — 560 с.
5. Опыт применения лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците / С.Н. Загородний, А.И. Рылов, М.А. Кубрак и др. / Патология. — 2016. - № 3. - С.
6. Пошкодження зовнішньої клубової артерії під час апендектомії / Є.М. Боровий, Ю.С. Семенюк, В.М. Антонюк-Кисіль та ін. // Шпитальна хірургія. — 2001. - № 4. — 103 с.
7. Пронін В.О. Патологія червоподібного відростка та апендектомія / В.О. Пронін, В.В. Бойко. — Х.: СІМ, 2007. — 271 с.
8. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците / И.Л. Ротков. — Москва: Медицина, 1980. — 208 с.
9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. — М.: МИА, 2014. — 544 с.



ФАТАЛЬНЕ
ПОШКОДЖЕННЯ
ЗОВНІШНЬОЇ
КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ ПРИ
АПЕНДЕКТОМІЇ У ХВОРОЇ
ГОСТРИМ АПЕНДИЦИТОМ

О.В. Капшитар

Резюме. Описано клінічне спостереження помилкової перев'язки зовнішньої клубової артерії молодим хірургом у хворої під час апендектомії на гострий флегмонозний апендицит, що відноситься до казуїстики. Під час парціальної обробки брижі червоподібного відростка виникла кровотеча у черевну порожнину. Гемостаз здійснено прошиванням та лігуванням цієї ділянки брижі. На 4 добу після операції хвора померла від інтоксикації, завдяки виниклій вологій гангрені нижньої кінцівки. Лише при патологоанатомічному дослідженні діагностовано її причина – легована права зовнішня клубова артерія, що виключило магістральний кровообіг по нижній кінцівці.

Ключові слова: *гострий апендицит, апендектомія, інтраопераційна перев'язка зовнішньої клубової артерії, волога гангрена нижньої кінцівки, фатальний кінець.*

FATAL DAMAGE TO THE
EXTERNAL ILIAC ARTERY
DURING APPENDECTOMY
IN A PATIENT WITH
ACUTE APPENDICITIS.

A. V. Kapshytar

Summary. Clinical observation of erroneous ligation of the external iliac artery by a young surgeon in a patient during appendectomy for acute phlegmonous appendicitis, related to casuistry, is described. During the partial treatment of the mesentery of the appendix, bleeding into the abdominal cavity occurred. Hemostasis is performed by flashing and ligating this area of the mesentery. On the 4th day after the operation, the patient died from intoxication, due to the developed moist gangrene of the lower extremity. Only at the autopsy was diagnosed its cause - the ligated right external iliac artery, which eliminated the main blood flow in the lower limb.

Key words: *acute appendicitis, appendectomy, intraoperative ligation of the external iliac artery, moist gangrene of the lower limb, fatal outcome.*