



Р. В. Бондарев, А. Л. Чибисов,
С. С. Селиванов

ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»

©. Коллектив авторов

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ КАК ПАРАЛЛЕЛЬ ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Резюме. Проведена сравнительная оценка результатов лечения 933 больных с острым аппендицитом. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 463, традиционный способ аппендэктомии — у 470 больных. Улучшен метод лапароскопической аппендэктомии путем применения колипротейного бактериофага. Осложнения со стороны раны и брюшной полости при лапароскопической аппендэктомии отмечены в два раза меньше, чем при традиционном способе аппендэктомии. Применение колипротейного бактериофага позволило предупредить возникновение гнойных осложнений. Показана эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита у диагностически сложных больных. Лапароскопическую аппендэктомию можно считать операцией выбора при неосложненном остром аппендиците.

Ключевые слова: *острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, традиционный способ аппендэктомии, колипротейный бактериофаг.*

Введение

Острый аппендицит (ОА) по-прежнему является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. В Украине заболеваемость на 10000 населения составляет близко 20 случаев [1], что определяет социальную значимость данной патологии. Основными причинами неблагоприятных исходов являются поздняя госпитализация и диагностические ошибки на всех этапах, составляющие от 12 до 35 % случаев [2, 3]. Ошибки диагностики также приводят к удалению микроскопически неизмененных червеобразных отростков (ЧО) в 20–45 % случаев [4]. Тем более, что анализ отдаленных последствий аппендэктомий свидетельствует о наличии спаечного процесса в брюшной полости у 45–78 % больных [5, 6].

Частота осложнений при выполнении открытой аппендэктомии за последние 30 лет существенно не изменилась и составляет от 0,4 до 8,5 % [7] с явным преимуществом раневых инфекций. Внедрение малоинвазивных методик удаления ЧО показывает преимущества эндовидеохирургического метода перед традиционным способом аппендэктомии (ТСАЭ). Использование в хирургической практике лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) при ОА позволяет улучшить результаты лечения и избавить больных от травматической лапаротомии и связанных с ней осложнений [8, 9]. После ЛАЭ раневые осложнения наблюдаются в 2–4 раза реже по сравнению с ТСАЭ [10]. Тем не менее, ряд авторов указывают на высокую частоту послеоперационных осложнений после ЛАЭ (А. Р. Екећ и соавт., 2007; В. Е. Оловянный и соавт., 2009; Ю. Т. Ахтемічук та

співавт., 2008; А. Н. Прехин и соавт., 2005), а широкое внедрение этого метода в лечение ОА вызывает большое количество вопросов (Л. А. Левин и соавт., 2006; В. Kirshtein и соавт., 2007). Скептическое отношение к методу ЛАЭ базируется на технической сложности на сегодня методов лапароскопического удаления ЧО и недостаточность квалифицированных эндоскопических хирургов (А. А. Коновалов и соавт., 2006; М. Д. Василюк та співавт., 2011). Все это указывает на то, что применение ЛАЭ в лечении больных с ОА продолжает дискутироваться и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования

Улучшение лечения больных с ОА путем оптимизации метода ЛАЭ и проведение сравнительной оценки разработанного метода ЛАЭ с ТСАЭ.

Материалы и методы исследований

Сравнительный анализ результатов лечения проведен у 933 больных с ОА, которые по способу оперативного вмешательства разделены на 2 группы. ЛАЭ проведена у 463 пациентов, традиционный вид оперативного вмешательства из доступа по Волковичу–Дьяконову у 470 больных. Мужчин — 413, женщин — 520, в возрасте от 18 до 84 лет. В отдельную группу вошли 86 пациентов, которым выполнена диагностическая лапароскопия. По клинко-морфологическим формам больные распределились следующим образом: острый флегмонозный аппендицит — 704, гангренозный — 188, гангренозно-перфоративный — 26, периаппендикулярный абсцесс — 15. Местный перитонит



отмечен у 48 больных. Больных с распространенной формой перитонита не рассматривали в виду особенности тактики интраоперационного и послеоперационного лечения.

По способу реализации программы хирургического вмешательства при ЛАЭ больные были распределены на две подгруппы. В первой подгруппе (n=241) в лечении использовали санацию очага воспаления раствором декасана или физиологическим раствором натрия хлорида, либо санация не проводилась (n=65). Во второй подгруппе (n=157) операцию заканчивали орошением очага воспаления колипротейным бактериофагом. Метод ЛАЭ с колипротейным бактериофагом применяется в настоящее время.

Распределение больных при ЛАЭ и ТСАЭ в зависимости от клинико-морфологической формы ОА было однородным.

При поступлении всем больным выполняли комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, жалобы, клинический осмотр, лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи), при необходимости проводили консультации смежных специалистов (гинеколог, уролог, терапевт). Выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. При УЗИ определяли наличие или отсутствие свободной и отграниченной жидкости в брюшной полости, размер и расположение ЧО, признаки его воспаления и возможного вовлечения в инфильтрат. При необходимости дифференциальной диагностики выполнялась лапароскопия, которая в случае верификации диагноза ОА из диагностического вмешательства переходила в лечебную.

ЛАЭ выполняли из 3-х или 4-х точек. Обработку брыжейки ЧО проводили биполярной коагуляцией с дополнительным клипированием аппендикулярной артерии. В случае выраженной инфильтрации брыжейки, на нее накладывали интракорпоральный узел капроновой нитью с дальнейшим пересечением L-образным электродом и клипированием артерии. Культю ЧО обрабатывали лигатурным методом. Первую лигатуру фиксировали в области основания отростка, вторую (при диаметре отростка более 6 мм) на расстоянии 1–2 мм от первой, или при диаметре отростка до 6 мм вместо лигатуры накладывали клипсу. Обработку слизистой культи ЧО осуществляли с помощью монополярной коагуляции. Операцию завершали орошением очага воспаления колипротейным бактериофагом объемом 20–40 мл (2 подгруппа) или раствором декасана (1 подгруппа).

Во всех наблюдениях брюшная полость дренировалась — 2 трубчатых дренажами. ЧО из брюшной полости извлекали через 11 мм троакары. Если диаметр отростка был более 11 мм

или его объем увеличен за счет участка пересеченной брыжейки, то извлечение ЧО производили в эндоконтейнере с использованием зажима Люэра в левой подвздошной области. Рану после извлечения эндоконтейнера санировали колипротейным бактериофагом или соответственно декасаном.

Результаты исследований и их обсуждение

Противопоказанием к выполнению ЛАЭ были: декомпенсированная сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, поздние сроки беременности, выраженный спаечный процесс брюшной полости, распространенный перитонит, требовавший назоинтестинальной интубации.

Конверсия произведена у 7 (1,5 %). Причиной конверсии явились: плотный периаппендикулярный инфильтрат — 2, периаппендикулярный абсцесс — 3 (выделение из которых ЧО не представилось возможным), кровотечение — 2.

У 86 больных, которым выполнена диагностическая лапароскопия, диагноз ОА установлен в 58 случаях, с дальнейшим проведением ЛАЭ. При гистологическом исследовании деструкция определена во всех удаленных ЧО. Патология придатков матки диагностирована у 25 больных, посттравматическая гематома сальника — 2, абдоминальный ишемический синдром — 1.

Сравнивая результаты лечения больных в обеих подгруппах при ЛАЭ следует отметить, что у больных, которым применяли колипротейный бактериофаг, частота возникновения осложнений со стороны брюшной полости и троакарных ран снизилась в 2 раза, отсутствовали гнойные осложнения. Эффективность применения бактериофага отразилась и в более ранних клинических проявлениях: нормализация температуры тела, отсутствие перифокальной гиперемии раны, резкое снижение раневой экссудации, нормализация лабораторных показателей.

Таких осложнений, как несостоятельность культи ЧО, гнойные осложнения (во 2-й подгруппе), внутрибрюшные кровотечения из культи брыжейки ЧО не было. Отсутствие указанных осложнений связываем с проведением такой хирургической тактики: дополнительное накладывание на культю ЧО лигатуры или клипсы, дополнительное клипирование аппендикулярной артерии при обработке и пересечении брыжейки отростка, и проведение в каждом случае санации очага воспаления с использованием колипротейного бактериофага.

Послеоперационные осложнения после ЛАЭ в общем составили 14 (3,0 %): инфильтрат брюшной полости — 3, абсцесс брюшной полости — 1; со стороны троакарной раны, место

извлечения ЧО серома — 6, инфильтрат — 3, нагноение — 1. Инфильтрат брюшной полости регрессировал на фоне антибактериальной терапии. Абсцесс брюшной полости удален пункционным методом под УЗИ-контролем с дальнейшим проведением комплексной консервативной терапии. Больные с осложнениями со стороны троакарной раны получали местное лечение. Важно отметить, что нагноение троакарной раны, в отличие от лапаротомной, не отразилось на общем состоянии больных и не требовало продолжения стационарного лечения. Летальных исходов не было.

Послеоперационные осложнения при выполнении ТСАЭ возникли у 29 (6,2 %) больных: послеоперационная спаечная болезнь — 3, инфильтрат брюшной полости — 4, абсцесс брюшной полости — 2, инфильтрат мягких тканей послеоперационной раны — 8, серома послеоперационной раны — 6, нагноение раны — 6. Умер 1 больной 74 лет с сопутствующей

кардиальной патологией. Причина смерти — тромбоэмболия легочной артерии.

Активация больных после ЛАЭ осуществлялась через 6–8 часов после окончания вмешательства, при ТСАЭ — в период 12–24 часа.

Длительность ЛАЭ составила (50,3±6,8) мин., ТСАЭ — (48,5±8,1) мин ($p>0,05$). Средний койко-день после ЛАЭ был значительно меньше (3,4±0,8), чем после ТСАЭ (6,9±1,1).

Вывод

ЛАЭ по сравнению с ТСАЭ позволяет почти в два раза снизить количество осложнений со стороны раны и брюшной полости, тем самым сократить длительность пребывания в стационаре. Оптимизация лапароскопического метода операции путем применения колипротейного бактериофага предупреждает возникновение гнойных осложнений. При неосложненном ОА ЛАЭ можно считать как альтернативный метод оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов А. Н. Оптимизация хирургической тактики и перспективы эндохирургии в лечении сочетанной и изолированной травмы живота / А. Н. Акимов // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 1. — С. 171–172.
2. Бояринцев В. В. Эндовидеохирургия в военно-полевой хирургии / В. В. Бояринцев, В. В. Суворов, В. Ю. Маркевич // Военно-медицинский журнал. — 2006. — № 9. — С. 45–52.
3. Васильев А. Ф. Осложнения лапароскопической аппендэктомии / А. Ф. Васильев, Е. В. Братчиков, А. П. Березницкий // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 2. — С. 27.
4. Гешелін С. О. Порівняння лапароскопічної та відкритої апендектомії: технічні та раціональні аспекти / С. О. Гешелін, М. А. Кашталъян, В. Ю. Шаповалов // Шпитальна хірургія. — 2007. — № 1. — С. 34–37.
5. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / П. А. Ярцев, А. С. Ермолов, Г. В. Пахомова [и др.] // Хирургия. — 2010. — С. 21–25.
6. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2006. — 640 с.
7. Сорока А. К. Лапароскопия в проведении клинических и морфологических параллелей аппендэктомий / А. К. Сорока // Эндоскопическая хирургия. — 2013. — № 1. — С. 12–15.
8. Хаджибаев А. М. Применение эндовидеохирургической технологии в лечении острого аппендицита / А. М. Хаджибаев, Ф. Б. Алиджанов, У. Р. Арипов // Український журнал хірургії. — 2013. — № 2. — С. 115–118.
9. Althoubaity F. K. Suspected acute appendicitis in female patients. Trends in diagnosis in emergency department in a University Hospital in Western region of Saudi Arabia / F. K. Althoubaity // Saudi. Med. J.— 2006. — Vol. 11. — P. 1667–1673.
10. Rebecca C. Britt Still looking for Reasons in Appendicitis / C. Rebecca // Archives of Surgery. — 2010. — Vol. 145. — P. 71.



ЛАПАРОСКОПІЧНА
АПЕНДЕКТOMІЯ
ЯК ПАРАЛЕЛЬ
ТРАДИЦІЙНОЇ
АПЕНДЕКТOMІЇ
У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО
АПЕНДИЦИТУ

*R. V. Bondarev, O. L. Chibisov,
S. S. Selivanov*

Резюме. Проведено порівняльну оцінку результатів лікування 933 хворих на гострий апендицит. Лапароскопічна апендектомія виконана у 463, традиційний спосіб апендектомії – у 470 хворих. Покращено метод лапароскопічної апендектомії шляхом застосування коліпротейного бактеріофага. Ускладнень зі сторони рани та черевної порожнини при лапароскопічній апендектомії в два рази менше, ніж при традиційному способі апендектомії. Застосування коліпротейного бактеріофагу дозволило попередити виникнення гнійних ускладнень. Показано ефективність лапароскопії у діагностиці гострого апендициту у діагностично складних хворих. Лапароскопічну апендектомію можна вважати операцією вибору при неускладненому гострому апендициті.

Ключові слова: *гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія, традиційний спосіб апендектомії, коліпротейний бактеріофаг.*

LAPAROSCOPIC
APENDECTOMY
AS A PARALLEL
OF TRADITIONAL
APENDECTOMY IN
TREATMENT OF ACUTE
APPENDICITIS

*R. V. Bondarev, A. L. Chibisov,
S. S. Selivanov*

Summary. A comparative evaluation of the results of treatment 933 patients with acute appendicitis. Laparoscopic appendectomy was performed in 463, the traditional method of appendectomy – in 470 patients. Improved method of laparoscopic appendectomy by applying koliproteyny bacteriophage. Complications of the wound and the abdomen during laparoscopic appendectomy marked two times less than the traditional appendectomy. Application of koliproteyny bacteriophage gives possible to prevent the occurrence of septic complications. The effectiveness of laparoscopy in the diagnosis of acute appendicitis in diagnostically challenging patients. Laparoscopic appendectomy can be considered as the procedure of choice for uncomplicated acute appendicitis.

Key words: *acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, the traditional method of appendectomy, koliproteyny bacteriophage.*