

УДК 616-071+616.346.2-002+616-089

Лаб'як І.Р.

Клінічні прояви у хворих на гострий апендицит після лапароскопічної апендектомії

Кафедра хірургії № 1

ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. Проведено аналіз післяопераційного періоду у 31 хворого на гострий апендицит після проведеної лапароскопічної апендектомії. Оцінювали тривалість операції, ускладнення, ступінь післяопераційного болю, емоційний та фізичний комфорт хворого, тривалість лікування. Встановлено, що повна фізична активність відновлювалася упродовж 6–8 годин після операції. Пацієнти не потребували введення наркотичних анальгетиків, термін перебування у стаціонарі не перевищував 4 діб. Задовільний косметичний ефект, коротка тривалість операції, швидка післяопераційна реабілітація і зниження середнього терміну перебування у стаціонарі дозволяє рекомендувати лапароскопічну апендектомію до більш широкого застосування в ургентній хірургії. Якщо у ході виконання діагностичної лапароскопії у пацієнта був виявлений гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія є операцією вибору, тому рекомендовано застосовувати її при гострому неускладненому апендициті.

Ключові слова: гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія, післяопераційний період.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Актуальність проблеми гострого апендициту зумовлена його високою частотою серед всієї хірургічної патології. Очевидним успіхом сучасної хірургічної тактики є стабільно низький показник післяопераційної летальності (0,2–0,4%) і висока якість життя після вчасно проведеного оперативного втручання [1, 2].

Із впровадженням лапароскопічного доступу та проведенням оперативних втручань чимало хірургів почали вказувати на недоліки традиційного доступу за Мак-Бурнеєм чи Волковичем-Д2 якою обмежену можливість ревізії червоної порожнини, відносно тривалий період непрацездатності, високий ризик утворення зрощень у правій здухвинній ділянці, ймовірність ранової інфекції, недостатній косметичний ефект та інші. З цих позицій лапароскопічна апендектомія має безумовні переваги, а незадовільні результати при цьому виді оперативного втручання в переважній більшості випадків зумовлені грубими порушеннями техніки виконання або недостатнім практичним досвідом лапароскопічного хірурга [2, 3, 4, 5].

Економічні реалії сучасної медицини диктують необхідність максимального скорочення термінів перебування хворих у стаціонарі. З цієї позиції переваги лапароскопічної апендектомії є вкрай важливими. Безумовно, при деяких формах ускладненого апендициту виконання цієї операції часто є неможливим і вимагає конверсії, однак при ретельному системному комплексному оцінюванні клінічних проявів гострого апендициту хірург має змогу правильно обрати спосіб доступу.

Мета дослідження: оцінити перебіг раннього післяопераційного періоду у хворих на гострий апендицит, прооперованих лапароскопічно.

Матеріал і методи дослідження

Проведений аналіз перебігу післяопераційного періоду 31 хворого після проведення лапароскопічної апендектомії з приводу гострого апендициту. У 22 пацієнтів операційне лікування розпочиналося як діагностична лапароскопія з приводу дифузного перитоніту нижніх відділів червоної порожнини, у 9 – лапароскопічну операцію проводили при діагностованому гострому апендициті. Інтраопераційно у 7 хворих був встановлений діагноз гострого катарального апендициту, у 22 – гострого флегмонозного і у 2 – гострого гангренозного апендициту.

В ролі клінічних критеріїв, які дозволяли оцінити якість лікування хворих були: технічна складність операції (тривалість); безпека операції (ускладнення, ступінь післяопераційного болю); емоційний та фізичний комфорт хворого; тривалість стаціонарного лікування. Об'єктивне оцінювання перебігу післяопераційного періоду проводили за Edmonton System Assessment Scale (ESAS). Хворому пропонували оцінити наступних дев'ять ознак: біль, втому, нудоту, депресію, хвилювання, сонливість, апетит, фізичний і емоційний комфорт та інші проблеми. Кожен з цих показників хворий міг оцінити

від 0 (мінімальна інтенсивність ознаки) до 10 (максимальна інтенсивність ознаки).

Результати дослідження та їх обговорення

Лапароскопічну апендектомію проводили під комбінованим наркозом із штучною вентиляцією легень. Операційне втручання у всіх хворих розпочинали з введення троакару по серединній лінії на 1–2 см вище від пупка. Через троакар вводили 5 мм прямий лапароскоп і проводили ревізію органів малого тазу, правої і лівої здухвинних ділянок. Для кращої візуалізації пацієнта переводили в положення Тренделенбурга. Другий 12 мм троакар вводили по серединній лінії між пупком і лоном. Третій 5 мм троакар вводили у точці Мак-Бурнея. На брижу апендикса накладали 2–3 середні кліпси і L-подібним діатермодисектором мобілізували відросток.

У 25 хворих апендектомію виконували за допомогою лінійного степлера з ножем 30 або 45 мм якомога ближче до купола сліпої кишки. Додаткової обробки кукса апендикулярного відростка не потребувала. У 2 хворих на основу відростка накладали три середньо-великі кліпси, між якими його пересікали. Куксу апендикса в цьому випадку обробляли діатермо-коагуляційним дисектором.

Після візуального контролю гемостазу і спроможності апендикулярної кукси відросток видаляли через 12 мм троакар, введений посередині між пупком і лоном. У жодному випадку не виникала потреба у використанні контейнерів. У 19 хворих у порожнині малого тазу знаходився випіт, який евакуйовували аспіратором. В порожнину малого тазу через троакар у точці Мак-Бурнея встановлювали трубчастий 5 мм дренаж.

У 15 хворих загальна тривалість оперативного втручання не перевищувала 10 хвилин. У решти подовжувалася до 20–25 хвилин внаслідок більш детальної ревізії органів малого тазу для виключення гострої гінекологічної патології [3], ретроцекального розміщення запаленого апендикулярного відростка [4] та апендектомії за допомогою стандартних кліпс [5].

Повна фізична активність відновлювалася у хворих впродовж 6–8 годин після закінчення операції. Для післяопераційного знеболення тільки у 3 хворих використовували наркотичні анальгетики, у решти дом'язово вводили дексалгін. Дренаж видаляли на 1–2 післяопераційні доби.

Післяопераційні ускладнення спостерігали у 2 хворих. У одного з них відзначали гіперемію рани, через яку видаляли видалений відросток і у одного – кровотеча з підшкірної основи, яка припинилася самостійно у першу післяопераційну добу. Ускладнень, пов'язаних з пневмоперитонеумом, не було навіть у пацієнтів старечого віку. Термін перебування хворих у стаціонарі не перевищував 4 діб.

Висновки

1. Лапароскопічна апендектомія є операцією вибору, якщо у ході виконання діагностичної лапароскопії у пацієнта був виявлений гострий апендицит.

2. Задовільний косметичний ефект, коротка тривалість операції, швидка післяопераційна реабілітація і зниження середнього терміну перебування у стаціонарі дозволяє рекомендувати її до більш широкого застосування в ургентній хірургії.

3. Перспективним у плані подальших досліджень є порівняльна оцінка різних методів лапароскопічної обробки кукси апендикулярного відростка.

Література

1. Березницький А.П. Малоінвазивні технології в діагностиці і ліченні острого апендицита / А.П. Березницький, А.Ф. Васильєв, Е.В. Братчиков // *Ендоскопическая хирургия*. – 2005. – № 1. – С. 26-27.

2. Сажин А.В. Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците / А.В. Сажин, М.М. Гасанов, А.Т. Мирзоян, С.В. Мосин // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 1. – С. 95.

3. Стойко Ю.М. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии / Ю.М. Стойко, А.А. Новик, А.Л. Левчук и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 1. – С. 3-7.

4. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский, Ю.Х. Абдурахманов, Э.К. Джаминчиев, А.А. Абдуллаева // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 73-76.

5. Ball C.G. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis / C.G. Ball, J.B. Kortbeek, A.W. Kirkpatrick et al. // Surg. Endoscopy. – 2004. – № 18. – P. 969-973.

Лабяк И.Р.

Клинические проявления у больных острым аппендицитом после лапароскопической аппендэктомии

Резюме. Проведено анализ послеоперационного периода у 31 больного острым аппендицитом после лапароскопической аппендэктомии. Оценивали длительность операции, осложнения, степень послеоперационной боли, эмоциональный и физический комфорт больного, длительность лечения. Установлено, что полная физическая активность восстанавливалась в течение 6 – 8 часов после операции. Пациентам не требовалось введение наркотических анальгетиков, срок пребывания в стационаре не превышал 4 суток. Удовлетворительный косметический эффект, короткая продолжительность операции, быстрая послеоперационная реабилитация и снижение среднего срока пребывания в стационаре позволяет рекомендовать лапароскопическую аппендэктомию к более широкому применению в ургентной

хирургии. Если в ходе выполнения диагностической лапароскопии у пациента был обнаружен острый аппендицит лапароскопическая аппендэктомия является операцией выбора, поэтому рекомендуется применять ее при остром неосложненном аппендиците.

Ключевые слова: *острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, послеоперационный период.*

Labyak I.R.

Clinical Manifestations in Patients with acute Appendicitis after Laparoscopic Appendectomy

Summary. A review of the postoperative period in 31 patients with acute appendicitis after laparoscopic appendectomy. We estimated the duration of operation, complications, degree of postoperative pain, emotional and physical comfort of the patient, duration of treatment. It is established that the total physical activity was restored within 6 – 8 hours after operation. Patients not require the introduction of narcotic analgesics, duration of hospital stay did not exceed 4 days. Satisfactory cosmetic results, shorter operative time, rapid postoperative recovery and decrease in the average length of stay in hospital can recommend laparoscopic appendectomy for wider use in emergency surgery. If in the course of diagnostic laparoscopy in patient was detected acute appendicitis laparoscopic appendectomy is an operation of choice, it is recommended to use it in acute uncomplicated appendicitis.

Key words: *acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, postoperative period.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК:616-08+616-06+616.94+616.13+616.717

Михальчук Д.С., Симчич А.В., Нестеренко В.Л.

Лікування гнійно-септичних ускладнень у хворих з патологією судин нижніх кінцівок

Кафедра загальної хірургії (зав. каф. - проф. І.М.Гудз)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Проаналізовано досвід лікування хворих на цукровий діабет з гнійно-некротичними процесами стопи. Виявлено значне підвищення ефективності лікування хворих із застосуванням тактики «малих ампутацій» і адекватної протизапальної та етіотропної терапії. Вивчено і встановлено позитивний вплив місцевого застосування поживного середовища «Ігла» на перебіг всіх фаз ранового процесу в експерименті.

Ключові слова: *цукровий діабет, гнійно-некротичні процеси стопи, поживне середовище, лікування ран.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. В Україні офіційно зареєстровано більше 1 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД), проте реальна кількість цих хворих становить не менше 2,5-3 млн. осіб. За останні роки показник захворюваності на ЦД у нашій країні збільшився практично удвічі – з 115,6 до 228,1 на 100 тисяч населення. ЦД є одним з найважливіших чинників розвитку критичної ішемії нижніх кінцівок та гнійно-септичних ускладнень у таких хворих [1,2].

Особливо це стосується випадків, коли є поєднання декількох складних патологічних процесів, зокрема ЦД і атеросклерозу. У пацієнтів з'являються трофічні виразки, які служать джерелом інфікування глибоких клітковинних просторів підшкірної поверхні стопи з розвитком неклостридіальної мікрофлори. Такі особливості розвитку та перебігу гнійно-некротичних процесів стопи (ГНПС) призводять до високої ампутації нижніх кінцівок у 8,3% хворих на ЦД, а у 45-55% прооперованих до 5 років проводять ампутацію другої кінцівки. Тому за останній час найбільші зусилля прикладаються для збереження опірності нижніх кінцівок і впровадження техніки ряду «малих ампутацій», які проводять в межах стопи. Разом з цим, триває пошук засобів, які дозволяють покращити перебіг ранового процесу на всіх його

стадіях. Найкращі клінічні результати спостерігаються тільки у випадках відновлення або підсилення фізіологічних механізмів загоєння ран.

Нами вивчається можливість клінічного застосування поживного середовища «Ігла» для місцевого лікування трофічних дефектів тканин. Використання цього розчину обґрунтовується декількома чинниками:

- в його складі є речовини (вільні амінокислоти та ін.), які необхідні для успішного протікання ранового процесу, особливо в умовах порушеної трофіки в тканинах рани;

- це середовище часто використовують для культивування і вирощування різноманітних клітинних культур *in vitro*; тому необхідно вивчити, як впливатиме на розвиток структурних клітинних елементів в рані безпосереднє місцеве його застосування;

- слід здійснити дослідження взаємодії цього розчину з іншими засобами, що використовуються для лікування ран, а також вивчити ускладнення, можливі при його використанні.

Мета дослідження. Покращення результатів комплексного лікування хворих з ГНПС шляхом використання запропонованих нами методик.

Матеріал і методи дослідження

Дослідження проведено у 98 хворих з нейропатично-інфікованою та ішемічно-гангренозною формою синдрому діабетичної стопи (СДС). Першу спостерігали у 34 пацієнтів, другу – у 64. На ЦД I типу страждали 28 хворих, у решти встановлено захворювання II типу. 96,4% пацієнтів з першою формою СДС мали ЦД II типу. Всім хворим проведено комплексне клінічне обстеження, яке включало оцінку розповсюдженості їх глибини ГНПС. За загальноприйнятими методиками визначали больову, тактильну і температурну чутливість та пульсацію