

УДК: 616-089+616.346.2-002

Василук С. М., Шевчук А. Г., Лаб'як І. Р., Галюк В. М., Козань Я. І., Федорченко В. М., Василик Т. П.

Лапароскопічні технології в лікуванні гострого апендицитуКафедра хірургії № 1, ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна, email: LJR-Stark@meta.ua

Резюме. Проаналізовано лікування 123 хворих на гострий апендицит. У 96 хворих були виставлені покази до ургентної лапароскопічної апендектомії. Загальноприйнятим методом апендектомію виконано у 27 хворих. Проведений аналіз основних системних і місцевих чинників, які впливали на рішення хірурга щодо переходу на лапаротомію. Встановлено, що основними системними факторами конверсії є термін від початку захворювання, вік пацієнта та наявність супутньої кардіопульмонологічної патології. Місцевими факторами є ознаки поширеності запального процесу у черевній порожнині, анатомічні особливості червоподібного відростка та характер його запалення. Морфологічна форма апендициту не мала важливого впливу на проведення конверсії.

Ключові слова: гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія, конверсія.

Вступ. В структурі захворюваності на гостру хірургічну абдомінальну патологію гострий апендицит продовжує займати одне з провідних місць. Лапароскопічна апендектомія щораз ширше впроваджується у хірургічну практику. Поряд з цим, немає чітких показів і протипоказів до методу ендоскопічного видалення червоподібного відростка, не завжди встановлені чіткі критерії до виконання діагностичної лапароскопії та подальшої лапароскопічної хірургічної тактики або конверсії її в традиційну лапаротомію [1, 2]. Немає єдиної думки щодо техніки виконання цього оперативного втручання – ряд авторів вважає найбільш доцільними лапароскопічно асистовані апендектомії, інші ж схилиються до виконання апендектомії тільки лапароскопічно [3].

Переваги лапароскопічної апендектомії є суттєвими. Вона дозволяє скоротити час перебування хворих у стаціонарі, пришвидшує терміни фізичної реабілітації, має нижчу ймовірність розвитку ранової інфекції, кращу естетику післяопераційних рубців [4].

Незважаючи на ці переваги, існують чинники, які гальмують широке впровадження лапароскопічної апендектомії в ургентну практику. Одним з них є відсутність чітких показів до вибору методу цієї операції або відсутності достатніх навиків лапароскопічної техніки. Необгрунтовані конверсії спричиняють незаслужену недовіру до лапароскопічної методики видалення запально зміненого відростка. Саме тому, важливим є оцінка критеріїв, які спричиняють конверсію та формування чергових бригад з досвідченими лапароскопічними хірургами, що дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання при гострому апендициті та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями оператора.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих на гострий апендицит шляхом інтенсивного використання лапароскопічних апендектомій, дати оцінку та вивчити переваги їх над традиційною методикою.

Матеріали і методи

Проведено аналіз карт стаціонарних хворих, які були оперовані з приводу гострого апендициту в хірургічній клініці № 1 (хірургічному відділенні МКЛ № 1) за 2015 рік. Всього поступило 123 хворих з діагнозом гострий апендицит, із них чоловіків було 68, жінок – 55, 80 з них були в працездатному віці, а 43 у віці від 60 до 92 років. У 96 хворих було виконано лапароскопічну апендектомію при цьому у 18 з них оперативне втручання починали з діагностичної лапароскопії з метою виключення іншої патології. У 27 хворих виконано традиційну апендектомію. При цьому у 9 через технічні труднощі після конверсії, у решти 18 хворих оперативне втручання відкритим способом планувалось зразу із-за наявності явищ розлитого перитоніту або відсутності достатніх навиків лапароскопічної апендектомії хірургами ургентної бригади.

Результати та їх обговорення

При лапароскопічній апендектомії: у 6 хворих діагностовано катаральний апендицит, у 71 – флегмонозний, у 17 – гострий гангренозний та у 2 хворих – гострий гангренозно-перфоративний апендицит ускладнений дифузним перитонітом. При загальноприйнятій апендектомії: флегмонозний був у 14, гангренозний – у 5 та гангренозно-перфоративний у 8 хворих. Усі оперативні втручання проводили під комбінованим наркозом з штучною вентиляцією легень. Лапароскопічну апендектомію розпочинали з введення 10 мм троакару по серединній лінії на 1-2 см вище від пупка. Через троакар вводили прямий лапароскоп і проводили ревізію органів малого тазу, правої і лівої здухвинних ділянок. Другий вводили по серединній лінії між пупком і лоном. Третій 5 мм вводили у точці Мак-Бурнея. На брижу апендикса накладали 2-3 середні кліпси і L-подібним діатермомодисектором мобілізували відросток. У 13 хворих апендектомію виконували за допомогою лінійного степлера з ножом 30 або 45 мм якомога ближче до купола сліпої кишки. У решти хворих на основу відростка накладали три середньо-великі кліпси, між якими його пересікали. Куксу апендикса обробляли діатермокоагуляційним дисектором. Після чого його видаляли через 10 мм троакар, введений посередині між пупком і лоном. У 49 хворих з деструктивним апендицитом у порожнині малого тазу знаходився випіт. Серозний випіт у малому тазу було відмічено у 7 (14,3%) хворих, серозно-фібринозний – у 29 (59,1 %) та гнійний – у 13 (26,6 %). Хоча наявність запального перитонеального ексудату і не впливала на технічну можливість виконання апендектомії, вона, як правило, була наслідком перфорації відростка чи апендикулярного абсцесу. Взагалі, на нашу думку, при наявності випоту у малому тазу лапароскопічний метод операції повинен бути пріоритетним – ретельно і адекватно санувати черевну порожнину можна краще під контролем ендоскопа, ніж із доступу у правій здухвинній ділянці. Випіт евакуйовували аспіратором та дренивали малий таз в точці Мак-Бурнея трубчастим (5 мм) дренажом. Таке дренивання з метою контролю за гемостазом виконували у решти (47) хворих, однак дренажі забирали, при наявній перистальтики і відсутності виділень з них, уже через 8-10 годин (у 6 з катаральним, та 28 флегмонозним). Всі ці 34 хворі були виписані на амбулаторне лікування на 3-4 добу після операції. У решти 13 хворих з неускладненим флегмонозним апендицитом із-за серозних виділень дренажі були видалені на 3-4 добу та виписані вони на 5-6 добу. Хворим з гангренозним апендицитом (17) з неускладненим перебігом, дренажі забирали на 5-6 добу і виписували на 7-8 день. Двоє хворих похилого віку з гангренозно-перфоративним апендицитом та дифузним перитонітом, які післяопераційний період перенесли без ускладнень виписані додому на 12 і 14 добу. При типовій апендектомії із 14 хворих з флегмонозним апендицитом, із середнім ліжком днем – 8 днів, у 3 був інфільтрат операційної рани. У 2 хворих із 5 з гангренозним апендицитом, було нагноєння рани, а у 8 хворих з гангренозним перфоративним апендицитом та дифузним перитонітом: в 4 відмічали нагноєння рани, у 3 базальну плевропневмонію з ексудатом в синусі, який в одному випадку вимагав двічі евакуації. Все це збільшувало терміни лікування до 19-23 днів. До системних факторів ризику конверсії віднесли такі чинники, як термін від початку захворювання, вік пацієнта, наявність супутньої кардіопульмонологічної патології. Місцевими факторами, які впливали на рішення щодо конверсії були ознаки поширеності запального процесу у черевній порожнині, анатомічні особ-

ливості червоподібного відростка та характер його запалення. Слід відмітити, що патоморфологічна форма апендициту не мала важливого значення. Як свідчить наш досвід виконання лапароскопічної апендектомії, вона має більше значення для вибору методу лапароскопічної обробки кукси відростка. Одним з найважливіших системних чинників був термін від початку захворювання до моменту поступлення у стаціонар. Нами було встановлено, що із 32 пацієнтів з гострим гангренозним та гангренозно-перфоративним апендицитом та у 21 флегмонозним (45,5 %) він склав більше 48 годин. Переважали пацієнти віком понад 60 років – 72,8 %. Після відеоревізії черевної порожнини і візуалізації запально зміненого червоподібного відростка у 77,8 % випадків причиною конверсії був перфоративний апендицит. Потреба у конверсії, в переважній більшості випадків, виникала, коли перфорація локалізувалася у основі відростка, ближче до купола сліпої кишки. У 55,6 % хворих спостерігали супутню патологію у стадії субкомпенсації, у 7,8 % – у стадії декомпенсації та у 45,7 % пацієнтів було поєднання декількох захворювань, які мали вплив на вибір методу знеболення і перебіг післяопераційного періоду. Однією з відеоендоскопічних ознак перфоративного апендициту була наявність відкладень фібрину у ложі відростка та на петлях тонкого кишечника у правій здухвинній ділянці. Цей критерій зустрічався у половині випадків. Запальні зміни у великому чіпці були причиною конверсії у 51,8 % хворих, який формував пухкий або щільний апендикулярний інфільтрат, що часто унеможлилював візуалізацію відростка для його мобілізації і видалення. При роз'єднанні такого інфільтрату граспером виникав ризик пошкодження петель термінального відділу тонкого кишечника і купола сліпої кишки, зростала ймовірність пошкодження брижі кишечника чи червоподібного відростка та неконтрольованої кровотечі.

Висновки

1. Використання лапароскопічних методик апендектомії при неускладненому апендициті скорочує терміни лікування до 3-4 днів, значно зменшує терміни та рівень кількості післяопераційних ускладнень при деструктивному апендициті.

2. При виборі методу апендектомії у передопераційному періоді потрібно враховувати ряд системних (термін від початку захворювання, вік пацієнта, наявність супутньої кардіопульмонолічної патології) та місцевих (ознаки поширеності запального процесу у черевній порожнині, анатомічні особливості червоподібного відростка та характер його запалення) чинників, які спричиняють зміну тактики у ході оперативного втручання.

3. Найбільш важливим місцевим фактором, що впливає на рішення хірурга про конверсію є перфорація червоподібного відростка, яка має побічні ендоскопічні ознаки: відкладання фібрину у правій здухвинній ділянці, запальні зміни великого чіпця, сформований апендикулярний інфільтрат та випіт у порожнині малого тазу.

4. Перспективним у плані подальших досліджень є формування ургентних бригад досвідченими лапароскопічними хірургами та напрацювання методик виконання лапароскопічної апендектомії, які б дозволяли проводити мобілізацію і видалення запально зміненого відростка,

незважаючи на означені критерії.

Література

1. Цуканов Ю.Т. Варианты эндоскопической аппендэктомии через малые доступы /Ю.Т. Цуканов, А.В. Трубаева, А.Н. Будинский //Академический журнал Западной Сибири. – 2007. – № 2. – С. 67-68.
2. Protocol based management of acute right iliac fossa pain to improve diagnostic accuracy //Medical Channel. – Vol. 15, No. 4. – 2009. – P. 101-104.
3. Senel E., Akbiyik F., Atayurt H.F., Tiryaki H. Dissection of mesoappendix in laparoscopic appendectomy: a comparison of monopolar cautery and bipolar vessel sealing system // Turk. J. Med. Sci. – 2010. – 40 (5). – P. 757-760.
4. Gupta R., Sample C., Bamehriz F., Birch D.W. Infectious complications following laparoscopic appendectomy // Can. J. Surg. Vol. 49, No. 6. – December 2006. – P. 397-400.

Васьлюк С.М., Шевчук А.Г., Лабяк І.Р., Галюк В.М., Козань Я.І., Федорченко В.М., Василик Т.П.

Лапароскопические технологии в лечении острого аппендицита

Кафедра хирургии № 1, ГБУЗ „Ивано-Франковский национальный медицинский университет”, Украина

email: LIR-Stark@meta.ua

Резюме. Проанализировано лечение 123 больных острым аппендицитом. В 96 больных были выставлены показания к ургентной лапароскопической аппендэктомии. Общепринятым методом аппендэктомию выполнено у 27 больных. Проведен анализ основных системных и местных факторов, которые влияли на решение хирурга о переходе на лапаротомию. Установлено, что основными системными факторами конверсии является срок от начала заболевания, возраст пациента и наличие сопутствующей патологии. Местными факторами есть признаки распространенности воспалительного процесса в брюшной полости, анатомические особенности червообразного отростка и характер его воспаления. Морфологическая форма аппендицита не имела важного влияния на проведение конверсии.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, конверсия.

S. M. Vasylyuk, A. G. Shevchuk, I. R. Labyak, V. M. Galyuk, Y. I. Kozan, V. M. Fedorchenko, T. P. Vasylyk

Laparoscopic Techniques in Case of Acute Appendicitis Treatment

Department of Surgery № 1
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine,

email: LIR-Stark@meta.ua

Abstract: Treatment of 123 patients with acute appendicitis was analysed. The indications for urgent laparoscopic appendectomy were appointed to 96 patients. Appendectomy according to conventional procedure was performed on 27 patients. Main systemic and local factors influencing on surgeon's decision regarding proceeding to laparotomy were analysed. The main systemic factors of conversion were determined to be the period from the disease onset, the age of a patient and the presence of cardio-pulmonary comorbidity. The local factors included the symptoms of peritoneal inflammation spreading in the abdominal cavity, anatomical features of cecal appendage and the nature of its inflammatory process. The morphological form of appendicitis had no important influence on the conversion conduction.

Keywords: acute appendicitis; laparoscopic appendectomy; conversion.

Надійшла 27.07.2016 року.