

depending on the clinical form of the pathological process of the foot. The results of surgical operations, tactics and results of local treatment were assessed in both pre-and postoperative periods. It was noticed that the necrotic process on the foot in patients with diabetes mellitus progresses faster if there is the presence of concomitant changes in

metabolic homeostasis.

Keywords: *diabetic foot syndrome; complex treatment; purulent necrotic processes of the foot.*

Надійшла 09.06.2016 року.

УДК 616.34-007.274:617.55-089.844

Мишалов В. Г., Бондарев Р. В., Кондакова Е. Ю., Маркулан Л. Ю., Храпач В. В.

Особенность лапароскопического адгезиолизиса при лечении птоза передней брюшной стенки в сочетании со спаечной болезнью брюшной полости

Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца, кафедра хирургии №4, г. Киев, Украина

Резюме. Приведены результаты лечения 11 больных с птозом передней брюшной стенки в сочетании со спаечной болезнью брюшной полости, которым при выполнении абдоминопластики проведена симультанная операция в объеме лапароскопического адгезиолизиса. Болевой синдром, связанный со спаечной болезнью, до операции присутствовал у всех больных, клиника хронической спаечной кишечной непроходимости – у 63,6% пациентов. Лапароскопический адгезиолизис осуществляли после отсепаровки кожно-подкожно-жирового лоскута. Показаний для конверсии в связи с проводимым адгезиолизисом не было ни в одном случае. Результаты эффективности лечения прослежены после операции в сроки от 3 месяцев до 3 лет. У 81,8% больных отсутствовали болевой синдром, связанный со спаечной болезнью брюшной полости и клиникой хронической спаечной кишечной непроходимости. Минимальные проявления болевого синдрома отметили 18,2%, что свидетельствует об эффективности мини-инвазивного метода лечения спаечной болезни как симультанной операции при липодермэктомии у больных с птозом передней брюшной стенки.

Ключевые слова: абдоминопластика, птоз передней брюшной стенки, лапароскопический адгезиолизис, спаечная болезнь.

Выполнение симультанной (сочетанной) операции (СО) предусматривает одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний. Одновременная хирургическая коррекция нескольких заболеваний представляется более предпочтительной, чем поэтапное выполнение оперативных вмешательств по поводу тех же заболеваний. Несомненно, существенный прогресс одномоментного хирургического лечения различных заболеваний наметился в результате развития лапароскопической техники [1,2]. Однако до настоящего времени оперативное лечение больных с сочетанными хирургическими заболеваниями представляет собой сложную и не решенную проблему современной хирургии.

Концепция лечения больных с птозом передней брюшной стенки и выполнением абдоминопластики современна и актуальна, так как обусловлена прежде всего тем, что птоз передней брюшной стенки часто наблюдается у лиц трудоспособного возраста, для которых косметический эффект операции имеет важное значение, а также играет роль и время послеоперационной реабилитации [3]. Из СО, при птозе передней брюшной стенки наиболее часто выполняют герниопластику, холецистэктомию, экстирпацию матки, реконструкцию молочной железы с использованием ТРАМ-лоскута [1,4]. В этом направлении актуальным является решение проблемы хирургического лечения спаечной болезни брюшной полости, осложненной болевым синдромом, хронической спаечной кишечной непроходимостью, клиникой преходящей частичной спаечной кишечной непроходимости у больных с ожирением и птозом передней

брюшной стенки.

Цель исследования: обосновать целесообразность выполнения лапароскопического адгезиолизиса при лечении птоза передней брюшной стенки в сочетании со спаечной болезнью брюшной полости.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 11 пациентов с птозом передней брюшной стенки и сопутствующей спаечной болезнью брюшной полости, у которых при выполнении абдоминопластики произведена одномоментная операция в объеме лапароскопического адгезиолизиса. Так же следует отметить и другие СО у вышеуказанных пациентов: у 4 абдоминопластика и лапароскопический адгезиолизис сочетался с герниопластикой пупочной грыжи сеткой, у 1 пациента выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита и у 1 – удаление межмышечной липомы. Возраст больных варьировал от 27 до 59 лет. Женщин – 9 (81,8%), мужчин – 2 (18,2%). По классификации эстетических дефектов передней брюшной стенки [4] тип 5 определялся у 6 (54,5%), тип 6 – у 5 (45,5%) больных.

Из анамнеза заболевания известно, что у 4 пациенток ранее была проведена нижне-срединная лапаротомия по поводу гинекологических операций, у 7 – аппендэктомия по поводу перфоративного аппендицита, местного гнойного перитонита. Рецидивирующее течение спаечной кишечной непроходимости отмечено у 7 (63,6%) пациентов. Последние неоднократно госпитализировались в хирургические отделения с клиникой частичной спаечной кишечной непроходимости, которая разрешалась консервативными методами лечения.

Из клинических проявлений в первую очередь присутствовал болевой синдром, наблюдавшийся у всех больных. На боли в животе, возникающие после физической нагрузки предьявляли жалобы 5 (45,5%) больных, появление боли после приема пищи и зависящих от времени транзита пищевого химуса по кишечнику – 7 (63,6%), боли независящие от пищевой нагрузки – 2 (18,2%) пациента. При этом характер болей был различен (тупые, острые, постоянные, в виде спазмов). Периодическое вздутие живота отмечало 9 (81,8%) больных, задержку стула и газов – 8 (72,7%). По распространенности болей – боли в правой подвздошной области беспокоили 5 (45,5%) пациентов, в гипогастриальной области – 6 (54,5%).

Характер сопутствующих соматических заболеваний у наблюдаемых больных представлен в таблице.

Все пациенты перед операцией проходили общеклиническое и инструментальные обследования, включающие: общий анализ крови с формулой, биохимический анализ крови (билирубин, белок и его фракции, мочевины, креатинин, электролиты крови, уровень глюкозы), группу крови, резус-фактор, коагулограмма, общий анализ мочи, посев влагалищной микрофлоры, тесты на ВИЧ и вирусные гепатиты, спирограмма, электрокардиография, флюорография, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопию (в связи с большой частотой встречаемости скрыто протекающей язвенной болезни

Таблица. Сопутствующие соматические заболевания

Сопутствующие заболевания	Наблюдаемые больные (n = 11)	
	n	%
Заболевания дыхательной системы	2	18,2
Кардиальная патология (ИБС, гипергоническая болезнь)	9	81,8
Гинекологические заболевания	5	45,5
Заболевания мочевыделительной системы	2	18,2
Сахарный диабет	8	72,7
ИМТ 30,0 - 34,9 кг/м ²	7	63,6
ИМТ 35,0 - 39,9 кг/м ²	4	36,4

желудка и двенадцатиперстной кишки), дуплексное исследование сосудов передней брюшной стенки и нижних конечностей, компьютерная томография. В качестве критерия, характеризующего ожирение, использовали индекс массы тела (ИМТ) (кг/м²).

По общепринятым схемам проводили предоперационную подготовку больных, антибиотикопрофилактику, профилактику тромбоэмболических осложнений.

Абдоминопластику выполняли с использованием разреза по Грейзеру. Установку троакаров для проведения лапароскопического этапа вмешательства осуществляли после отсепаровки кожного-подкожно-жирового лоскута. Троакар лапароскопа вводили через пупочное кольцо или грыжевые ворота пупочной грыжи, предварительно прошивая грыжевые ворота для герметичности. Место установки троакаров рабочих инструментов выбирали ориентируясь на распространенность спаечного процесса. Лапароскопический адгезиолизис выполняли при использовании моно- и биполярной коагуляции. У больных с пупочной грыжей после удаления троакара лапароскопа проводили герниопластику с сеткой. У больного с хроническим калькулезным холециститом первым этапом лапароскопического вмешательства был лапароскопический адгезиолизис, вторым – лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты и их обсуждение

Распространенность и тяжесть спаечного процесса в брюшной полости по универсальной стандартизированной шкале [5] PAI (Peritoneal adhesion index) составляла от 6 до 14 баллов. Во всех случаях рассечены фиброзно измененные спайки между сальником и париетальной брюшиной, а также сращения, деформирующие кишечник и влияющие на пассаж кишечного содержимого. Осложнений, связанных с выполнением лапароскопического этапа оперативного вмешательства, не было.

Из послеоперационных осложнений наблюдали только местные осложнения в 4 (36,4%) случаях: серома – у 3 (27,3%), инфильтрат области послеоперационной раны – у 1 (9,1%) больного. Инфильтрат регрессировал в результате консервативных методов лечения, серомы успешно устранены под УЗИ контролем.

В послеоперационном периоде не возникло необходимости применять наркотические обезболивающие. Пациенты активизировались в течении первых суток после операции.

Результаты эффективности лечения прослежены в сроки от 3 месяцев до 3 лет. Все пациенты были довольны локализацией послеоперационного рубца. У 81,8% больных отсутствовали болевой синдром, связанный со спаечной болезнью брюшной полости и клиникой хронической спаечной кишечной непроходимости. Минимальные проявления болевого синдрома отметили 2 (18,2%) пациента, из которых 1 (9,1%) предъявлял жалобы на периодически возникающее вздутие живота, сопровождающееся незначительным болевым синдромом.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что болевой синдром у пациентов был вызван спаечной болезнью брюшной полости, которую успешно удалось устранить миниинвазивным методом лечения. Показаний для конверсии в связи с проводимым адгезиолизисом не

было ни в одном случае.

Вывод

Выполнение симультанных операций, в частности лапароскопического адгезиолизиса, при абдоминопластике у больных с птозом передней брюшной стенки и сопутствующей спаечной болезнью брюшной полости, является методом выбора, позволяющий миниинвазивно устранить межорганные сращения, осуществить профилактику рецидива спаек и связанного с ними болевого синдрома.

Литература

1. Sutariya V.K. Laparoscopic cholecystectomy performed simultaneously with retroperitoneoscopic live donor nephrectomy / V.K. Sutariya, P.R. Modi // Ann. Tropic. Med. and Pub. Health. – 2016. – Vol. 9, № 2. – P. 102 – 104.
2. Effects of additional laparoscopic cholecystectomy on outcomes of laparoscopic gastrectomy in patients with gastric cancer based on a national administrative database / A. Murata, K. Okamoto, K. Muramatsu [et al.] // J. Surg. Res. - 2014 Jan. - Vol. 186, № 1. - P. 157-163.
3. Спосіб виконання комбінованих лапароскопічних операцій у хворих з птозом передньої черевної стінки / В.Г. Мішалов, О.Ю. Кондакова, Л.Ю. Маркулан [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2015. – № 4(73). – С. 156 – 158.
4. Храпач В.В. Основы пластической и реконструктивной хирургии. Том V. Абдоминопластика / В.В. Храпач. – К.: Издательский дом «Аскания», 2011. – 120 с.
5. Peritoneal adhesion index (PAI): proposal of a score for the “ignored iceberg” of medicine and surgery / F. Coccolini, L. Ansaloni, R. Manfredi [et al.] // World J. Emerg. Surg. – 2013. – Vol. 8, № 1. – P. 6.

Мішалов В. Г., Бондарев Р. В., Кондакова О. Ю., Маркулан Л. Ю., Храпач В. В.

Особенность лапароскопического адгезиолизиса при лечении птоза передней черевной стінки в комбинации зі злуковою хворобою черевної порожнини

Национальный медицинский университет имени О. О. Богомольца, кафедра хирургии №4, м. Киев, Украина

Резюме. Наведені результати лікування 11 хворих із птозом передньої черевної стінки в комбинації зі злуковою хворобою черевної порожнини, яким при виконанні абдоминопластики проведена симультанна операція в обсязі лапароскопичного адгезиолизиса. Больвовий синдром, пов'язаний зі злуковою хворобою, до операції був присутній у всіх хворих, клініка хронічної злукової кишкової непрохідності – в 63,6% пацієнтів. Лапароскопічний адгезиолизис здійснювали після відсепарування шкірно-підшкірно-жирового клаптя. Показів до конверсії у зв'язку із проведеним адгезиолизисом не було в жодному випадку. Результати ефективності лікування відслідковані після операції в терміни від 3 місяців до 3 років. У 81,8% хворих був відсутній больвовий синдром, пов'язаний зі злуковою хворобою черевної порожнини, і клініка хронічної злукової кишкової непрохідності. Мінімальні прояви болевого синдрому відзначили 18,2%, що свідчить про ефективність міні-інвазивного методу лікування злукової хвороби, як симультанної операції при ліподермектомії у хворих із птозом передньої черевної стінки.

Ключові слова: абдоминопластика, птоз передньої черевної стінки, лапароскопічний адгезиолизис, злукова хвороба.

V.G. Mishalov, R.V. Bondarev, E.Yu. Kondakova, L.Yu. Markulan, V.V. Khrapach

Features of Laparoscopic Adhesiolysis in Treatment of Anterior Abdominal Wall Ptosis with Co-Existent Adhesive Disease of the Abdominal Cavity

Department of Surgery No 4

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. The results of treatment of 11 patients with ptosis of the anterior abdominal wall and co-existent adhesive disease of the abdominal cavity are presented. Laparoscopic adhesiolysis was used during abdominoplasty. Pain syndrome associated with adhesive disease before surgery was present in all patients; clinical symptoms of chronic adhesive intestinal obstruction were observed in 63.6% of patients. Laparoscopic adhesiolysis was performed after the separation of cellulocutaneous flap. The indications for conversion due to adhesiolysis were absent. The results of postoperative treatment efficiency within a 3-year period are provided. In 81.8% of patients, pain syndrome

associated with adhesive disease of the abdominal cavity and clinical symptoms of chronic adhesive intestinal obstruction were absent. Minimal manifestations of pain syndrome were observed in 18.2% of patients. The obtained results demonstrated the effectiveness of minimally invasive treatment of adhesive disease as simultaneous operation in lipodermectomy in patients with ptosis of the anterior

abdominal wall.

Keywords: *abdominoplasty; anterior abdominal wall ptosis; laparoscopic adhesiolysis; adhesive disease.*

Поступила 13.07.2016 года.

УДК 616.346.2-089.87-053.4/7

Можжаев Е.А., Река И.Я., Высоцкий И.А.

Лапароскопия в лечении аппендикулярного перитонита у детей

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное

Луганская областная детская клиническая больница г. Лисичанск

Резюме. Проблема диагностики и лечения острого аппендицита у детей, несмотря на значительные успехи, всегда оставалась актуальной в неотложной хирургии.

Целью настоящего исследования было изучение результатов лечения деструктивных форм острого аппендицита у детей, оперированных лапароскопическим методом. При отсутствии противопоказаний нами оперировано лапароскопическим методом 1344 детей с деструктивными формами острого аппендицита. Минимальная травматизация брюшины, уменьшение контакта отрезка с окружающими тканями значительно снизили процент осложнений до 0,4 %. Применение и развитие методик лапароскопической аппендэктомии с уверенностью можно использовать при осложненных формах острого аппендицита, поскольку лечение аппендикулярного перитонита предполагает применение широкого операционного доступа. Вот почему мы считаем лапароскопическую аппендэктомию у детей методом выбора при лечении деструктивных форм острого аппендицита осложненным перитонитом.

Ключевые слова: дети, аппендицит, перитонит, лапароскопия.

Актуальность. Проблема лечения аппендикулярного перитонита у детей, несмотря на значительные успехи, всегда оставалась актуальной в неотложной хирургии.

По разным данным, перитонит развивается в 6,2–25,6% случаев острого аппендицита, причем у детей до 3 лет в 4–5 раз чаще, чем у детей более старшего возраста [2]. Это обстоятельство связано с высоким уровнем заболеваемости острым аппендицитом, частотой диагностических ошибок до 9 %. Несмотря на большую программу фундаментальных экспериментально-клинических исследований по перитониту при остром аппендиците, летальность по данным литературы, остается от 0,1 до 2,0 % [3,4].

В последнее время получило бурное развитие эндоскопической хирургии у детей - наиболее перспективного направления в современной клинической медицине, устранив один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии – несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе [1,2].

Общепринятыми преимуществами эндохирургических методов лечения также являются: малая травматичность операционного доступа и манипуляций; максимальный обзор и визуальный контроль всех этапов операции благодаря специальному освещению и интраоперационному увеличению; уменьшение послеоперационной боли, пареза кишечника, раннее восстановление нарушенных функций организма и физической активности пациента; уменьшение количества послеоперационных осложнений; сокращение сроков пребывания в стационаре; хороший косметический эффект [1,2,3,5].

Отработанная тактика лечения перитонита, как самого

тяжелого осложнения острого аппендицита, несмотря на современные достижения медицины и хирургии в частности, предотвратить роковой исход заболевания в каждом конкретном случае невозможно из-за развивающегося эндотоксикоза, нарушения функции всех звеньев гомеостаза, резкого угнетения защитных реакций организма, прежде всего детоксикационных, и развития антимикробной резистентности. Однако именно перитонит приводит к наибольшему числу послеоперационных осложнений. Дети длительное время находятся в стационаре, что увеличивает затраты на лечение.

Целью настоящего исследования было изучение результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей, оперированных лапароскопическим методом.

Материалы и методы

В клинике хирургии детского возраста Луганского государственного медицинского университета на базе отделения гнойно-септической хирургии Луганской областной детской клинической больницы за период с 2009 г. по 2014, находилось 2670 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с деструктивными формами острого аппендицита. При отсутствии противопоказаний нами оперировано лапароскопическим методом 1344 (50,3 %) детей с деструктивными формами острого аппендицита. По возрасту дети распределились: 3-7 лет 152 (30,1 %), 8-12 лет 196 (38,7 %), 13-18 лет 158 (31,2 %). Мальчиков 272 (53,7 %), девочек 234 (46,3 %). По материалам клиники формы острого деструктивного аппендицита распределились таким образом: флегмонозный – 279 (55,2%), гангренозный – 114 (22,6 %), гангренозно-перфоративный – 55 (10,8 %), осложненный перитонитом – 58 (11,4 %).

Дети в стационар поступали в разные сроки от начала заболевания 12-24ч. (28,2 %); 24-48ч. (46,4 %); 48ч. и более (25,4 %).

По показаниям проводили предоперационную подготовку, которая включала инфузионную терапию, обезболивание, антибиотики широкого спектра действия.

Лапароскопический метод заключался в следующем.

Вмешательство проводили под эндотрахеальным наркозом, операцию начинали с удаления выпота. Аппендэктомию выполняли лигатурным способом с биполярной коагуляцией брыжейки отрезка. При необходимости производили резекцию измененного участка большого сальника. Ревизия органов брюшной полости с целью удаления фибринозных наложений и разделения спаек. Затем осуществлялась санация брюшной полости растворами антисептиков (декасан, октинисепт) до чистых вод.

Бактериологическое исследование экссудата брюшной полости выявило *E. coli* в чистой культуре и ее ассоциации с другими микроорганизмами в 67,4 % случаев. Также высеивались *Ps. aeruginosa*, *Klebsiella spp.*, *Streptococcus spp.*, *Proteus mirabilis* и др.

После операции всем больным проводили комплексную терапию, включающую обезболивание, антибактериальные препараты, коррекцию водно-электролитного баланса и гипопротейнемии, улучшение реологии крови, стимуляцию кишечника, физиопроцедуры.