

**Summary** *The value of the corporate culture and image in the management of dental services are shown in the article. The necessary components to create a new corporate culture in the existing dental clinics are determined. Main tasks and stages of technology of management dental clinics and the method of situational analysis of the image of the dental institutions with the help of the SWOT-analysis are presented.*

**Key words:** *corporate culture, the image in the management of dental clinics.*

УДК 616.346-089.87:616.381-089819

## **SILS АПЕНДЕКТОМІЯ ПРИ ГОСТРОМУ АПЕНДИЦИТІ**

**<sup>1</sup>Калина Р.А.,<sup>2</sup>Іванько О.В.**

<sup>1</sup>*Клініка «Добробут», м. Київ*

<sup>2</sup>*Київська міська клінічна лікарня №1, м. Київ*

**Резюме.** *В статті представлений спосіб покращення якості лікування хворих з гострим апендицитом шляхом застосування однопортового доступу при лапароскопічній апендектомії. Встановлено, що використання лапароскопічних методів в лікуванні хворих з гострим апендицитом є ефективним і безпечним оперативним втручанням. В порівнянні з традиційною лапароскопічною апендектомією при однопортовій є значно меншим больовий синдром та коротший термін перебування хворого у стаціонарі.*

**Ключові слова:** *гострий апендицит, SILS, лапароскопічна апендектомія.*

**Вступ.** Традиційно гострий апендицит залишається гострою хірургічною патологією з приводу якої госпіталізується та оперується найбільша кількість хірургічних хворих [1]. Найбільш часто це захворювання зустрічається у молодих людей, здебільшого у жінок. Виконання доступу Волковича-Дяконова прирікає хворого на обов'язкове 100% виконання апендектомії навіть при незміненому червоподібному відростку [2]. До недоліків традиційної апендектомії відносять травматичність доступу, неможливість повноцінної ревізії черевної порожнини, великий ризик розвитку спайкового процесу та інфікування післяопераційної рани, відносно тривалий час післяопераційної реабілітації.

На даний час все більша кількість вчених надають перевагу лапароскопічним методикам апендектомії. Відсутність тривалого больового синдрому та спайкового процесу в черевній порожнині, незначний час перебування хворого в стаціонарі, мала кількість післяопераційних ускладнень роблять лапароскопічну апендектомію операцією вибору при гострому апендициті [3].

Традиційний доступ при лапароскопії включає введення першого оптичного троакара в пупковій ділянці. Але цього для огляду черевної порожнини і вирішення питання з приводу подальшої тактики у хворого з попереднім діагнозом «гострий апендицит» недостатньо. Введення другого троакара також не завжди дозволяє повністю провести ревізію черевної порожнини, що змушує вводити хірурга третій троакар [4]. Навпаки, встановлення одного SILS порта в пупковій ділянці одразу ж дозволяє ввести три троакара і провести ретельний огляд черевної порожнини і зокрема правої здухвинної ділянки.

Є данні, що використання однопортового доступу при лапароскопічних операціях мають суттєві переваги в перебігу післяопераційного періоду. Так, характерним є менший післяопераційний біль, відмічається гарний косметичний результат [5]. Крім того, деякі дослідники допускають застосування однопортової лапароскопічної апендектомії навіть при перфоративному апендициті з перитонітом [6]. Є повідомлення про відсутність різниці у часі виконання стандартної лапароскопічної та однопортової апендектомії [7]. Але необхідність спеціальних медичних інструментів обмежують застосування метода [8]. Представляє інтерес застосування однопортового лапароскопічного доступу при гострому апендициті.

**Мета дослідження** – покращення якості лікування хворих з гострим апендицитом шляхом застосування однопортового доступу при лапароскопічній апендектомії.

**Матеріал та методи дослідження.** За період з 2005 по 2013 рр. нами виконано 106 лапароскопічних апендектомій у хворих з гострим апендицитом. З них I група - 31 хворий, якому була виконана лапароскопічна апендектомія з застосуванням однопортової системи, II група (контрольна) – 89 пацієнтів, яких було прооперовано з використанням традиційного лапароскопічного доступу. В першій групі встановлення однопортової системи виконували без попереднього проведення карбоксиперітонеуму, тобто - відкритим методом. Для цього через пупок проводили розріз довжиною 2-2,5 см, розсікали апоневроз та очеревину. Після цього під контролем ока встановлювали SILS порт. Підключали вуглекислий газ. Встановлювали карбоксиперітонеум на рівні 10-12 мм рт. ст. Вводили 30° 10 мм лапароскоп, після огляду черевної порожнини - ротикуляційний затискач. Коагуляцію брижі червоподібного відростка проводили ротикуляційним біполярним затискачем, пересічення – ножицями. Обробку кукси відростка виконували також як і при стандартній лапароскопічній апендектомії. Видалення апендикса проводили через розріз в пупку. При необхідності по показаннях встановлювали поліхлорвініловий дренаж в малий таз через пупок. Накладали на апоневроз 2 шви, зашивали шкіру.

В другій групі операційний доступ у всіх хворих здійснювався за допомогою введення трьох троакарів в стандартних ділянках: в пупковій, правій здухвинній, по середньої лінії в зоні «бікіні». З метою диференційної діагностики та підтвердження діагнозу виконували фізикальне, лабораторне та інструментальне дослідження згідно протоколу обстеження хворих з діагнозом «гострий апендицит». Заключний діагноз у всіх хворих виставлявся на підставі гістологічного дослідження червоподібного відростка. У післяопераційному періоді всі групи пацієнтів отримували стандартну антибактеріальну терапію, знеболюючі, за показами – антикоагулянти. Косметичний ефект післяопераційного рубця, який залежав від думки пацієнта, визначали під час контрольного огляду у клініці протягом 1-3 місяців після операції.

Для обробки результатів дослідження використовували статистичний метод.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік хворих пацієнтів, яких було прооперовано лапароскопічно в першій групі склав  $38,9 \pm 1,2$  роки, в другій -  $35,4 \pm 1,7$  роки.

Середня тривалість захворювання до початку операції серед хворих I групи склала – 1,7 доби, II групи – 1,6 доби. У двох випадках використання однопортового доступу зробило більш безпечнішим накладання карбоксиперітонеуму, тому що у цих пацієнтів в анамнезі життя були операції на нижньому поверсі черевної порожнини (видалення матки). Одночасне введення трьох портів через один доступ дозволило одразу виявити червоподібний відросток. Однак близькість розташування інструментів, вгнутість їх робочих частин становили певні незручності, що дещо відобразилось на часі операції. Так, середня тривалість оперативного втручання в першій групі склала 64,7 хвилини, тоді як в другій групі - 47,8 хвилини.

В I групі з метою обробки кукси червоподібного відростка у 6 хворих з катаральним апендицитом і 7 – з флегмонозним використовували кліпування. У 18 хворих з флегмонозним апендицитом застосовували накладання інтракорпорального шва. Використання інтракорпорального шва при однопортовій апендектомії на етапі освоєння методики представляло певні труднощі, які були пов'язані з незручністю розташування інструментів та значною гнучкістю їх робочої частини. Однак з накопиченням досвіду цей етап був менш складним. В II групі у 16 хворих з катаральним апендицитом та 16 – з флегмонозним використовували кліпування, у 49 з флегмонозним апендицитом – накладання інтракорпорального шва (в тому числі у 31 за розробленою власною методикою), у 8 з гангренозним апендицитом – накладання зшиваючого апарату.

Після апендектомії, перевірки гемостазу, осушення черевної порожнини видалення червоподібного відростка проводили у пацієнтів I групи через пупкову ділянку, тобто місце встановлення SILS порта, II групи – через 10 мм троакар. На відміну від стандартної лапароскопічної апендектомії (хворих II групи) однопортовий доступ (хворі I групи) дозволяв витягти будь-якого розміру червоподібний відросток, що було його перевагою.

Дренування в I групі було виконано одному хворому з флегмонозним апендицитом через пупок. В II групі дренування черевної порожнини було здійснено у 2 хворих з флегмонозним та 2 – з гангренозним апендицитом.

В післяопераційному періоді у одного хворого II групи з гангренозним апендицитом мало місце інфікування післяопераційної рани, яка загоїлась вторинним натягом протягом 10 діб з моменту операції. Серед пацієнтів I групи ускладнень не спостерігалось.

Больовий синдром у місті післяопераційних ран спостерігався у пацієнтів першої групи протягом 1,6 доби, другої – 1,9 доби. Відповідно тривалість призначення ненаркотичних знеболюючих препаратів в першій групі склала 1,5 доби, в другій – 1,8 доби. Наркотичних анальгетиків в післяопераційному періоді у хворих як першої, так і другої груп не призначали.

Активізація хворого першої групи після операції в середньому складала 3,8 годин, другої – 4,3 години. Середній термін перебування хворого у стаціонарі в першій групі склав 2,1 доби, другої – 2,5 доби.

Через 1-3 місяці після операції серед пацієнтів першої групи 30 хворих (96,8%) оцінили стан післяопераційного рубця як відмінний, 1 хворий (3,2%) – як задовільний. Серед 89 пацієнтів другої групи 74 (83,2%) оцінили стан післяопераційного рубця як відмінний, 13 (14,6%) – як задовільний, 2 (2,2%) – як незадовільний.

**Висновки.** Таким чином, виконання доступу в черевну порожнину за технологією SILS може бути застосовано для проведення екстреної лапароскопічної апендектомії. Методика є надійною та безпечною, дозволяє досягти гарного косметичного результату, ще більше зменшити больовий синдром в ранньому післяопераційному періоді та зменшити строки перебування хворого в стаціонарі в порівнянні з традиційною лапароскопічною апендектомією. Крім того, методика SILS доступу як найкраще підходить у випадках, коли необхідно встановлювати карбоксиперітонеум під візуальним контролем – при раніш перенесених операціях, спайковій хворобі черевної порожнини тощо.

### Література

1. Пронін В.О., Бойко В.В. Патологія червоподібного відростка та апендектомія. – Х.: СІМ, 2007. – 271с.

2. Шапкин Ю.Г. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю.Г. Шапкин, Чалык Ю.В., И.И. Майсков // Эндоскопическая хирургия. – 2008. - №1. – С.15-18.

3. Саданов В.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В.С. Саданов, И.В. Шмарина // Эндоскопическая хирургия. – 2008. - №1. – С. 9-14.

4. Li X. Laparoscopic versus conventional appendectomy—a meta-analysis of randomized controlled trials / X. Li, J. Zhang., L. Sang, W. Zhang, Z. Chu, Li X., Y.Liu / BMC Gastroenterol. – 2010. - №10. – P.129.

5. Вьггер L. Improving outcomes after laparoscopic appendectomy: a population-based, 12-year trend analysis of 7446 patients / L. Вьггер, L. Rosella, D. Candinas, U. Gyller // Ann Surg. – 2011. – Vol.253, №2.-P.309-313.

6. Muensterer O.J. Appendectomy using single-incision pediatric endosurgery for acute and perforated appendicitis / O.J. Muensterer, C. Puga Nougues, O.O. Adibe, S.R. Amin, K.E. Georgeson, C.M. Harmon // Surg Endosc. – 2010. – Vol.24, №12. – P.3201-3204.

7. Chow A. Single incision laparoscopic surgery for appendectomy: a retrospective comparative analysis A Chow, S. Purkayastha, J. Nehme, L.A. Darzi, P. Paraskeva // Surg Endosc. – 2010. – Vol.24, №10. – P.2567-2574.

8. Lee J. Laparoscopic transumbilical single-port appendectomy: initial experience and comparison with three-port appendectomy / J. Lee, J. Baek, W. Kim // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2010. – Vol.20, №2. –P.100-103.

**Резюме.** В статье представлен способ улучшения качества лечения больных с острым аппендицитом путем применения однопортового доступа при лапароскопической аппендэктомии. Установлено, что использование лапароскопических методов в лечении больных с острым аппендицитом является эффективным и безопасным оперативным вмешательством. По сравнению с традиционной лапароскопической при однопортовой аппендэктомии значительно меньше болевой синдром и короткий срок пребывания больного в стационаре.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, SILS, лапароскопическая аппендэктомия.

**Summary.** The article presents method for improving the quality of treatment of patients with acute appendicitis by applying single-port access in laparoscopic appendectomy. Found that the use of laparoscopic techniques in the treatment of patients with acute appendicitis is a safe and effective surgery. Compared with conventional single-port laparoscopic appendectomy at significantly less pain and short hospital stay.

**Keywords:** acute appendicitis, SILS, laparoscopic appendectomy.