

ка, запропоновані методики лапароскопічного адгезіоліза, що дозволили уникнути пошкодження парієтальної очеревини, перфорації стінки тонкої кишки, виконання конверсії і скоротити тривалість операції. Навпаки, у хворих, яким виконувалася лапароскопічний адгезіоліза за загальноприйнятими принципами лапароскопічного втручання при злуковому процесі в черевній порожнині, у 3 спостерігали пошкодження парієтальної очеревини з її відшаруванням від передміхурової клітковини і передочеревинної клітковини в області пахового каналу, 2 конверсії в результаті щільних міжпетельних зрощень. Таким чином, запропонований метод лапароскопічного адгезіоліза дозволив знизити травматизм втручання і скоротити тривалість операції.

Ключові слова: злукова хвороба, лапароскопічний адгезіоліза, черевна порожнина.

Bondarev R.V., Orehov A.A.

FEATURES OF LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS IN THE LOWER FLORE OF ABDOMEN

Summary. *The analysis of the results of treatment of 28 patients with adhesions in the lower abdomen - gipogastral areas that laparoscopic adhesiolysis is spent. Laparoscopic adhesiolysis performed routinely. In the separation of dense adhesions between the parietal peritoneum and omentum, dense adhesions between intestinal loops, proposed methods of laparoscopic adhesiolysis, avoids damage to the parietal peritoneum, perforation of the small intestine wall, perform the conversion and shorten the duration of the operation. In contrast, in patients undergoing laparoscopic adhesiolysis on generally accepted principles of laparoscopic surgery with adhesions in the abdominal cavity was observed in 3 damage peritoneum with its detachment from bladder and preperitoneal fat and fiber in the inguinal canal, 2 conversion as a result of dense adhesions between intestines. Thus, the proposed method of laparoscopic adhesiolysis intervention helped to reduce injuries and reduce the duration of the operation.*

Key words: adhesive disease, laparoscopic adhesiolysis, abdominal cavity.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013р.

Бондарев Ростислав Валентинович - д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; +38 050 546-63-60, +38 0642 65-87-44, +38 0642 65-97-45; rosbond@mail.ru

Орехов Алексей Анатольевич - к.м.н., доц. кафедры хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; rector@lsmu.edu.ua

© Василюк С.М., Гудивок В.І., Біцька І.В., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Дмитрук О.М., Іванина В.В., Павлюк Н.М.

УДК: 616.381-072.1-616-08-616.346.2-002

Василюк С.М., Гудивок В.І., Біцька І.В., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Дмитрук О.М., Іванина В.В., Павлюк Н.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІЧНОГО ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ

Резюме. *Проведене комплексне обстеження і лікування 96 хворих, яким була виконана лапароскопічна апендектомія з приводу гострого апендициту. У 31 хворого троакари вводили за методикою запропованою Semm, у 25 - за Федоровим і у 40 - за Василюком. Описаний у роботі оригінальний спосіб доступу при виконанні лапароскопічної апендектомії дозволяє найкраще візуалізувати зону операційного поля, проводити евакуацію червоподібного відростка з черевної порожнини і дренажування малого тазу з досягненням відмінного косметичного ефекту. Використання кліпування для обробки кукси апендикса дозволяє здійснити операцію в оптимальні часові терміни, застосування лінійного ендостеплера значно скорочує час операції.*

Ключові слова: гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія, ускладнення.

Вступ

З впровадженням у широку клінічну практику лапароскопічних методів операційних втручань, постає питання про розширення показів до лапароскопічної апендектомії (ЛА). Впровадження цього методу в лікування гострого апендициту виявило велику кількість складних питань [Фомін, 2006; Kirshtein, 2007]. На сьогодні не встановлені чіткі покази до вибору цього методу операційного лікування, ряд авторів вказують на високу частоту ускладнень - від 2,7 до 19,0%, відсутня єдина загальноприйнята методика виконання лапароскопічної апендектомії [Екев, 2007; Коновалов, 2008]. Скептичне відношення до цього методу операційного втручання, в першу чергу, базується на технічній склад-

ності існуючих на сьогодні методів лапароскопічного видалення апендикса та недостатній кількості кваліфікованих ендоскопічних хірургів [Коновалов, 2008; Василюк, 2011]. Як вказують дослідники з великим досвідом лапароскопічних операцій, найбільша кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при виконанні ЛА виникає на етапі освоєння методики і в подальшому їхня частота прогресує знижується [Бондарев, 2007]. Найбільш дискусійними питаннями, які гальмують впровадження ЛА в ургентну хірургію є розбіжності в методиці лапароскопічного доступу та способу обробки кукси червоподібного відростка та надійності лігатурного методу [Стрижаков,

2006; Уханов, 2007]. Метою роботи була оцінка різних способів лапароскопічного доступу та обробки кукси апендикса при виконанні ЛА.

Матеріали та методи

Нами проведено комплексне обстеження і лікування 96 хворих, яким була виконана ЛА з приводу гострого апендициту. У 47 з них ЛА була запланована, як первинна операція, а у 49 видалення апендикулярного відростка виконували після попередньої діагностичної лапароскопії. Критеріями включення хворих у дослідження були: діагностований гострий апендицит, який вимагав ЛА; вік пацієнтів від 18 до 75 років; відсутність некомпенсованої серцево-легеневої патології; відсутність в анамнезі гострих або хронічних захворювань печінки. Критеріями виключення були: позаочеревинне та підпечінкове розміщення апендикулярного відростка, розлитий перитоніт або абдомінальний сепсис (за виключенням SIRS), який вимагав проведення лапаротомії, санації черевної порожнини та її дренивання з двох і більше контрапертур; туберкульоз, імунодефіцит, цукровий діабет, хвороба Крона. У пацієнтів проводили необхідний комплекс обстежень: загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, показники коагулограми та, при потребі - ультрасонографію органів черевної порожнини.

Результати. Обговорення

У всіх хворих ЛА виконувалася із застосуванням комбінованого наркозу. Пацієнти розміщувалися на операційному столі в положенні Тренделенбурга і з незначним нахилом на лівий бік. У всіх хворих перший порт діаметром 10 мм накладався параумбілікально після інсуфляції черевної порожнини голкою Вереша. У ході виконання операції оптимальним тиском пневмоперитонеуму вважали показники в межах 12 - 15 мм рт. ст. ЛА виконували з трьох троакарних доступів. У 31 хворого троакари вводили за методикою запропонованою K.Semm. Як показали наші спостереження, цей доступ мав відмінний косметичний ефект, дозволяв добре здійснювати маніпуляції на органах малого тазу, однак під час проведення хірургічного втручання інструменти часто перехрещувалися. Крім того, виникали технічні незручності при екстракції видаленого червоподібного паростка з черевної порожнини.

У 25 пацієнтів під відеоконтролем другий і третій троакари вводили за способом І.В. Федорова. На нашу думку, цей доступ був найбільш придатним для видалення катарально зміненого апендикулярного відростка. При потребі дренивання правої здухвинної ділянки і малого тазу у випадку флегмонозного чи гангренозного апендициту, ми вимушені були вводити додатковий троакари в точці Ланца чи Мак-Бурнея.

Виходячи з вищевикладеного, у 40 хворих ми застосовували запропонований нами спосіб доступу для

проведення ЛА [Василіук, 2012], який не мав недоліків перших двох способів. У цих пацієнтів перший троакари діаметром 6 або 10 мм вводили сліпо по серединній лінії на 1 - 2 см вище пупка. Через нього вводили лапароскоп і виконували ревізію черевної порожнини. Після попередньої візуалізації запально зміненого червоподібного відростка по серединній лінії під візуальним контролем вводили другий троакари діаметром 12 мм. Третій троакари діаметром 5 мм вводили у точці Мак-Бурнея (рис. 1). Інструменти розподілялись наступним чином: через другий троакари вводився граспер, кліпаплікатор, лінійний степлер або петля Редера (в залежності від обраного способу ЛА), а через третій троакари - 5 мм граспер для проведення маніпуляцій з апендикулярним відростком.

Для найкращої візуалізації відростка затискачем петлі тонкої кишки зміщувалися вгору і медіально. У 68 (70,8%) пацієнтів відросток при медіальному і низхідному розміщенні було візуалізувати нескладно. У 12 (12,5%) хворих інтраопераційно виявляли зрощення між апендиксом, його брижею та очеревиною. Зрощення розсікали ножицями, або електрокоагуляційним гачком таким чином, щоб максимально візуалізувати брижу відростка, сам відросток та купол сліпої кишки. У 17 (17,7%) хворих верхівка відростка фіксувалась пухкими зрощеннями до очеревини і прикривалась петлями тонкого кишечника. Такі зрощення роз'єднували тупим шляхом. Тільки у 2 (2,1%) хворих діагностували ретроцекальне розміщення апендикса. Етап виділення відростка розпочинали з тракції купола сліпої кишки в краніальному і медіальному напрямку. Точково коагулювали очеревину і розсікали її ножицями. В обох випадках апендикулярний відросток був невеликих розмірів (5 - 6 см довжини), мав коротку брижу і розміщувався в напрямку до висхідного відділу поперечно-ободової кишки.

Запальні зрощення оточуючих тканин з червоподібним відростком розділялися тупо за допомогою затискачів маніпуляторів. Брижа апендикса оброблялася із застосуванням біполярної коагуляції. Ближче до основи відростка на брижу накладали кліпсу для попередження кровотечі з апендикулярної артерії.

При виконанні ЛА застосовували різні способи обробки кукси апендикулярного відростка. У 17 пацієнтів

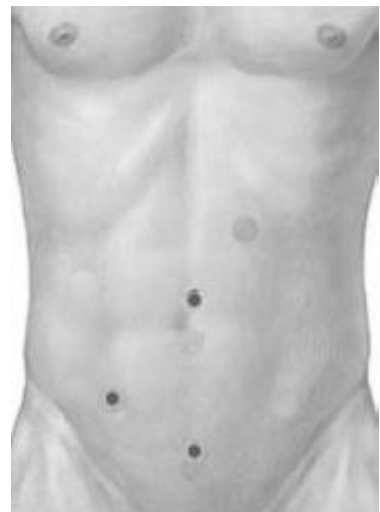


Рис. 1. Точки введення троакарів для виконання лапароскопічної апендектомії.

Таблиця 1. Залежність тривалості ЛА у хворих на гострий апендицит в залежності від способу обробки кукси відростка (хвилини).

Спосіб обробки кукси	M	m	медіана	max	min
Гострий катаральний апендицит					
Ендостеплер (n=8)	27,13	4,91	27	35	20
Ендопетля (n=4)	36,50	5,81	36	45	30
Кліпування (n=5)	32,80	3,49	33	35	30
Гострий флегмонозний апендицит					
Ендостеплер (n=9)	41,63	3,58	41,50	45	35
Ендопетля (n=15)	49,13	8,39	50,50	60	30
Кліпування (n=48)	44,97	5,53	44,50	60	35
Гострий гангренозний і гангренозно-перфоративний апендицит					
Ендопетля (n=3)	53,13	4,45	53,50	65	45
Кліпування (n=4)	37,13	5,89	35,0	45	35

(17,7%) апендикс відсікали лінійним степлером ENDO GIA™ 35 або 45 мм. Незважаючи на технічну простоту і високу надійність, цей метод був високоартисним, що на нашу думку, гальмує його впровадження до широкого застосування у вітчизняній хірургії. У 22 (22,9%) випадках накладали три ендопетлі, після чого відсікали відросток таким чином, щоб дві з них залишались на куксі. У найбільшій кількості хворих (59,3%) проводили кліпування відростка, і його пересікання між кліпсами. Метод кліпування основи червоподібного паростка при ЛА ми вважали достатньо надійним і недорогим способом обробки кукси. У випадках, коли основа апендикса була широкою, або з вираженою запальною інфільтрацією, накладали 12 мм кліпси, які дозволяли надійно герметизувати тканини по лінії відсікання порожнистого органу.

Ми провели аналіз залежності тривалості операції у хворих з різними патоморфологічними формами гострого апендициту від способу обробки кукси відростка (табл. 1).

Куксу червоподібного паростка обробляли розчином антисептика та проводили її демукозацію монополярним електрокоагуляційним електродом. При наявності ексудату в правій здухвинній ділянці та малому тазу, його евакуюювали вакуумним аспіратором. Черевну порожнину дренивали трубчастим дренажем. Ми вважаємо, що дренивання малого тазу є обов'язковим етапом ЛА, незалежно від патоморфологічної форми гострого апендициту. Відмова від дренивання спричиняє високий ризик інтраабдомінальних гнійних ускладнень.

Для евакуації апендикса з черевної порожнини у випадку доступу К. Semm у 26 хворих використовували

ли 10 мм доступ по лівій здухвинній ділянці, а у 5 - розширювали апертуру у правій здухвинній ділянці. При флегмонозній і деструктивній формі апендициту застосовували контейнер, який попереджував інфікування нижнього поверху черевної порожнини, що подовжувало час операції.

У всіх пацієнтів, у яких виконували доступ Федорова, апендикс видаляли через троакар, встановлений по серединній лінії. Контейнер застосовували в поодиноких випадках. Для дренивання черевної порожнини у точці Мак-Бурнея вимушені були встановлювати додатковий 5 мм троакар через який підводили трубчастий дренаж.

У 40 пацієнтів, в яких застосовували запропонований нами спосіб введення троакарів, апендикс також видаляли через троакар розміщений по серединній лінії над сечовим міхуром, без застосування контейнера. Через троакар встановлений у правій здухвинній ділянці підводили дренаж у малий таз.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Запропонований оригінальний спосіб доступу при виконанні ЛА, який включає введення першого троакару в параумбілікальній ділянці, другого - посередині між лоном та пупком, третього - у точці Мак-Бурнея, дозволяє краще візуалізувати зону операційного поля, проводити евакуацію червоподібного відростка з черевної порожнини і дренивання малого тазу з досягненням відмінного косметичного ефекту.

2. Використання кліпування для обробки кукси апендикса дозволяє здійснити ЛА в оптимальні часові терміни і попередити інтраопераційну самоампутацію відростка, а застосування лінійного ендостеплера при гострому катаральному апендициті скорочує час лапароскопічної апендектомії до 27,13±4,91 хвилини (медіана 27), застосування ендопетель подовжує час операції до 36,50±5,81 хвилини (медіана 36), при гострому катаральному апендициті, до 49,13±8,39 хвилини (медіана 50,5), при деструктивних формах апендициту - до 53,13±4,45 хвилини (медіана 53,5) і може розгерметизувати куксу апендикса при вираженій інфільтрації його основи та купола сліпої кишки.

У перспективі буде проводитись подальше вивчення результатів лапароскопічних апендектомій із застосуванням запропонованого оригінального введення всіх трьох троакарів, та використання кліпування лінійним ендостеплером при обробці кукси апендикса для відпрацювання оптимальної хірургічної тактики.

Список літератури

- Бондарев Р.В. Особенности хирургической тактики при лапароскопической холецистэктомии в условиях перивезикального абсцесса, распространенного перитонита /Р.В. Бондарев //Клінічна хірургія. - 2007. - №2-3. - С. 65-66.
- Василюк М.Д. Гострий апендицит у людей похилого і старечого віку / М.Д.Василюк, С.М.Василюк, І.Р.Лаб'як //Український журнал хірургії. - 2011. - №3 (12). - С. 71-73.
- Ошибки и осложнения при хирургическом лечении острого аппендицита / А.А. Коновалов, А.И. Баранов, А.М. Алексеев [и др.] //Медицина в Кузбассе. - 2008. - Спецвыпуск №7. - С. 42-43.
- Патент України на корисну модель 69024, МПК А 61 В 17/00. Спосіб лапароскопічного доступу для вико-

- нання апендектомії /Василюк С.М., Лаб'як І.Р.; заявники та патентовласники Василюк Сергій Михайлович, Лаб'як Іван Романович. - № u201108679 заявл. 11.07.11; опубл. 25.04.2012, Бюл. № 8.
- Стрижаков А.Н. Острый аппендицит и беременность. /А.Н.Стрижаков, Т.Г.Старкова, М.В.Рыбин, Ю.А.Самойлова //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006. - Т.5, №6. - С. 54-60.
- Уханов А.П. Опыт использования видеолaparоскопических операций у больных острым аппендицитом / А.П.Уханов //Эндоскопическая хирургия. - 2007. - №4. - С. 13-15.
- Фомін П.Д. Особливості мікрофлори при гострому апендициті та їх вплив на частоту гнійно-запальних ускладнень /П.Д.Фомін, О.П.Жученко //Клінічна хірургія. - 2006. - №7. - С. 24-27.
- Laparoscopy in the contemporary management of acute appendicitis / A.P.Ekeh, C.J.Woznaik, B.Monson [et al.] //Am. J. Surg. - 2007. - Vol.193, №3. - P. 310.
- Kirshtein B. Complicated appendicitis: laparoscopic or conventional surgery? // B.Kirshtein, M.Bayme, S.Dimchik // Word J. Surg. - 2007. - Vol.31, №4. - P. 744-749.

Василюк С.М., Гудывок В.И, Бицка И.В., Осадец В.С., Лабьяк И.Р., Дмыtruk А.М., Ивановна В.В., Павлюк Н.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИЧЕСКОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ

Резюме. Проведено комплексное обследование и лечение 96 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита. У 31 больного троакары вводили по методике Semm, у 25 - по способу Федорова и у 40 - по методике Васильюка. Изложенный в статье оригинальный способ доступа для исполнения лапароскопической аппендэктомии позволяет хорошо визуализировать зону операционного поля, проводить эвакуацию червеобразного отростка из брюшной полости и дренирование малого таза с достижением отличного косметического эффекта. Использование клиппирования для обработки культи аппендикулярного отростка позволяет выполнить операцию в оптимальные временные сроки, использование линейного эндостеплера значительно сокращает время операции.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, осложнения.

Vasylyuk S.M., Gudyvok V.I., Bitska I.V., Osadec V.S., Labyak I.R., Dmytruk O.M., Ivanyna V.V., Pavlyuk N.M.
TECHNICAL FEATURES PERFORMANCE LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

Summary. A comprehensive examination and treatment of 96 patients who underwent laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. In 31 patients the procedure was introduced trocars Semm, in 25 - according to the method of Fedorov and 40 - Vasylyuk procedure. Presented in the paper for an original way to access performance of laparoscopic appendectomy allows good visualization of the surgical field area, evacuate the appendix of the abdominal and pelvic drainage with achieving excellent cosmetic effect. Using clipping for the treatment of appendiceal stump process allows the operation at the optimum timing of the use of linear endosteplera significantly reduces the time of surgery.

Key words: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, complications.

Стаття надійшла до друку 17.12.2013р.

Василюк Сергій Михайлович - д.м.н., проф. зав. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 067 765-35-54; surge@i.ua

Гудывок Володимир Іванович - к.м.н., доц. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 095 890-98-94; wowchuk2011@mail.ru

Біцка Ірина Володимирівна - к.м.н., доц. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 097 228-06-41

Осадец Віталій Степанович - к.м.н., доц. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 050 984-19-46

Лаб'як Іван Романович - к.м.н., асист. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 050 928-98-58

Дмыtruk Олександр Михайлович - к.м.н., асист. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 066 799-03-76

Іванина Василь Васильович - асист. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 097 999-59-69

Павлюк Наталія Михайлівна - асист. кафедри хірургії №1 ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"; +38 097 935-19-18; doctornataliya@mail.ru

© Дробков О.Л., Давидов Д.М., Кадочников В.С., Шаповалов В.Ю., Герасименко О.С.

УДК: 378.661:616:378.146

Дробков О.Л., Давидов Д.М., Кадочников В.С., Шаповалов В.Ю., Герасименко О.С.

Одеський національний медичний університет, кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією (Валіховський пров., 3, м. Одеса, Україна, 65026)

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Резюме. Кредитно-модульна система є важливим сучасним фактором підготовки фахівців, що впливає на підвищення ефективності навчання. Ефективність навчання підвищується в умовах використання сучасних технологій, більш ефективних форм та методів. Велике значення в сучасній системі навчання приділяється самостійній роботі студентів. У статті