

Грубник Владимир Владимирович - д.мед.н., ЗДНІТ, проф., зав. кафедрой хирургии №1 ОНМедУ; +38 048 75-00-315
Тренина Елена Юрьевна - аспирант кафедры хирургии №1 с последипломной подготовкой ОНМедУ; +38 097 113-11-87
Шипулин Павел Павлович - к.мед.н, зав. отделением торакальной хирургии ОКБ; +38 048 40-21-78
Байдан Виктор Владимирович - к.мед.н, ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 048 54-15-43
Байдан Владимир Иванович - к.мед.н., доц. кафедры хирургии № 1 ОНМедУ; +38 048 52-76-78
Кирилюк Александр Александрович - ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 048 32-42-58
Севергин Владислав Евгеньевич - к.мед.н., ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 048 47-81-03
Агеев Сергей Викторович - старший ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 067 484-61-96
Козяр Ольга Николаевна - ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 048 719-56-94
Целиков Михаил Юрьевич - ординатор отделения торакальной хирургии ОКБ; +38 050 5708521

© Кутовий О.Б., Петрашенко І.І., Пелех В.А., Кутовий М.О., Люлько В.І.

УДК: 616.346.2 - 002:616.381 - 072.1 - 036.8:618.2

Кутовий О.Б., Петрашенко І.І., Пелех В.А., Кутовий М.О., Люлько В.І.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", кафедра хірургії №2 (вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044), КЗ "Дніпропетровська обласна лікарня ім. І.І.Мечникова" (пл. Жовтнева, 14, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044)

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ У ВАГІТНИХ: МОЖЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ

Резюме. В роботі представлені результати діагностичних та лікувальних можливостей відеолапароскопії при гострому апендициті у вагітних, а також оцінка впливу підвищеного внутрішньочеревного тиску за рахунок карбоксиперитонеуму на стан матки та плоду. Діагностична лапароскопія дозволила виключити діагноз гострого апендициту в 6 (7,5%) випадках та в 3 (3,7%) діагностувати абдомінальну патологію, що попередило виконання марних апендектомій. Крім того, застосування відеоендоскопічних технологій у лікуванні гострого апендициту у вагітних забезпечило гладкий перебіг вагітності, призвело до зменшення проявів порушень з боку матки і плоду та кількості післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий апендицит, вагітність, лапароскопія.

Вступ

Захворюваність вагітних жінок на гострий апендицит складає від 1:500 до 1:1000 та не має тенденції до зниження [2]. Хвороба частіше виникає в I (19 - 32 %) та II (44 - 66 %) триместрах вагітності, проти 15 - 16 % у III [6]. Частота діагностичних помилок при гострому апендициті у вагітних коливається в межах 11,9 - 44,0 % [9]. Частота передчасного розриву пологів при неуспішному апендициті складає 2,0 - 17,0 % і зростає до 19,0 - 50,0 % при перфорації відростку [4]. Хірургічні ускладнення після апендектомії зустрічаються в 13 - 17 % спостережень [1]. Летальність у вагітних з гострим апендицитом в 10 і більше разів вище, ніж при апендициті поза вагітністю, і складає за даними різних авторів від 2,5% до 5,0 - 7,0 %, а при перфорації червоподібного відростку і перитонітах досягає 16,7% [5]. Такі обставини визначають необхідність не тільки більш точної діагностики, а й удосконалення технічного виконання апендектомії під час вагітності.

На сьогоднішній день відеолапароскопія вже широко і надійно впроваджена в практику більшої частини передових клінік світу. Незважаючи на це, можливість використання лапароскопії на тлі вагітності все ж викликає деякі сумніви з точки зору безпеки матері і плоду [3]. Але більшість авторів підтримують думку, що використання ендовідеохірургічних технологій є гарною альтернативою традиційній операції при гострому апендициті на тлі вагітності [8]. При цьому, все ще не вироблено обґрунтованого, загальноприйнятого алгоритму, що визначає роль і місце відеолапароскопії в діаг-

ностичних і лікувальних заходах при вагітності, особливо в умовах екстреної хірургії [7]. До теперішнього часу відкритими залишаються питання доцільності і безпеки виконання лапароскопічної апендектомії в різні терміни вагітності.

Мета - оцінити діагностичні та лікувальні можливості відеолапароскопії при гострому апендициті у вагітних та вплив підвищеного внутрішньочеревного тиску за рахунок карбоксиперитонеуму на стан матки, плоду та перебіг вагітності.

Матеріали та методи

У клініці хірургії на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова з 2010 по 2015 роки знаходились на лікуванні 79 вагітних різних з попереднім діагнозом гострий апендицит і строками гестації від 4 до 39 тижнів (основна група). У якості контрольної групи (n=25) були вагітні жінки, оперовані з приводу гострого апендициту традиційним способом. Вік жінок коливався від 18 до 42 років. Групи жінок були порівнюваними за головними характеристиками (віком, строками гестації, патоморфологічними формами гострого апендициту).

Діагностика гострого апендициту базувалась на даних анамнезу захворювання, оцінці клінічних симптомів, результатах рутинних лабораторних методів, ультразвукового дослідження (УЗД). УЗД виконували на апараті Voluson E 8 (GENERAL ELECTRIC, США), використовуючи трансабдомінальний конвексний датчик частотою 3,5

МГц. У ході дослідження послідовно оцінювали усі органи черевної порожнини з поступовим наближенням до місця локального болю.

Після встановленого діагнозу гострий апендицит чи при неможливості його виключення у разі спостереження хворих оперували. Попередження гнійно-септичних ускладнень проводили шляхом внутрішньовенного введення перед хірургічним втручанням цефалоспоринів I покоління. Крім того, усім хворим проводили превентивну зберігаючу вагітність терапію спазмолітинами.

Жінкам I групи виконували лапароскопію із застосуванням ендовідеохірургічного комплексу "Olympus" OTV-SC.

Всі операції проведені під внутрішньовенним знеболюванням зі штучною вентиляцією легень ендотрахеальним шляхом, що дозволяло здійснювати адекватну ревізію черевної порожнини. Перевагами ендотрахеального наркозу було те, що він не мав впливу на тонус матки, забезпечував достатню оксигенацію матері і плода, а також більш повну релаксацію м'язів. Тиск вуглекислого газу в черевній порожнині підтримували на рівні 10 - 12 мм. рт. ст. Після постановки центрального троакару, хворі переводились в положення Тренделенбурга з незначним кутом нахилу вліво до 10 - 20°. Для поліпшення кровопостачання матки, профілактики синдрому нижньої порожнистої вени, кращого огляду, в II і III триместрі вагітності кут нахилу операційного стола збільшували до 30° вліво.

Місця і спосіб введення троакарів залежали від строку вагітності. Так, в I та на початку II триместру перший троакар вводили в черевну порожнину під пупком після створення карбоксиперитонеума голкою Вереша, інші - у здухвинних ділянках; наприкінці II та в III триместрах перший троакар вводили в епігастрії відкритим шляхом за Hasson, інші - в мезогастрії справа та по середній лінії. Маніпуляції робочими інструментами проводити в напрямку від матки, а видалення червоподібного відростка з черевної порожнини виконували в спеціальному контейнері. Традиційні апендектомії (ТА) у вагітних жінок в усіх випадках виконували кисетним способом з додатковою перитонізацією культі Z - образним швом. Доступи мали залежність від строку гестації. В I триместрі для апендектомії використовували класичний розтин за Волковичем - Мак - Бурнеєм. З середини II і в III триместрах доступ зміщували догори і виконували косий поперединний розтин черевної стінки в мезогастрії. При розповсюдженому перитоніті використовували серединну лапаротомію.

Результати дії підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) під час лапароскопії на стан плоду та матки в ранньому післяопераційному періоді оцінювали за допомогою фетального монітора ВМТ-9141 (Німеччина) і FM-7 (Англія) у жінок з терміном вагітності 32-39 тижні. При аналізі показників даних антенатальної кардіотокографії використовували загальноприйнятну шкалу за W. Fisher. Визначали частоту серцевих скорочень та рухову активність плоду, а також скорочувальну ак-

тивність матки. Стан матки та плоду у вагітних з терміном гестації до 32 тижнів визначали за допомогою УЗД.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері з використанням програми Microsoft Excel 2010 та ліцензійної програми Statistica 6.1 (Statsoft Inc., ліц. № AGAR 909 E415822FA).

Результати. Обговорення

З 79 вагітних з попереднім діагнозом гострий апендицит у 6 (7,6 %) пацієнток в наслідок застосування лапароскопії запалення червоподібного відростка було виключено, що дозволило уникнути необґрунтованої апендектомії. При цьому була виявлена така патологія: некроз лейоміоми тіла матки, розрив кісти правого яєчника, перекут сальникового підвіска сигмовидної кишки. Цим хворим були виконані відповідні хірургічні втручання. В трьох випадках даних за будь - яку хірургічну або гінекологічну патологію не було зовсім.

У 3 (4,1 %) хворих лапароскопія потребувала конверсії: в одному випадку при виконанні операції з приводу гангренозного апендициту купол сліпої кишки був малорухомим, деформованим і притиснутим маткою до бокової стінки черева в мезогастрії, що послужило основою для виконання апендектомії екстракорпорально через невеликий розтин черевної стінки над червоподібним відростком; в решті випадків - у зв'язку з ретроцекальним та позачеревним розміщенням червоподібного відростка. Ці операції були завершені традиційним шляхом через доступ за Волковичем - Мак - Бурнеєм.

Післяопераційний період у всіх вагітних с гострим апендицитом, які перенесли лапароскопічне втручання, протікав гладко, відмічався відсутністю суттєвих ускладнень і больового синдрому в місцях проколів черевної стінки. В 1 (1,3 %) випадку спостерігалась серома післяопераційної рани. В жодному випадку не відмічалось ускладнень з боку черевної порожнини. Завдяки застосуванню ендовідеохірургічного методу був отриманий сприятливий косметичний результат у всіх жінок цієї групи.

Аналіз результатів ТА показав, що сильний біль в ділянці післяопераційної рани відмічали 22 (88,0 %) жінки. 17 (68,0 %) жінок оцінили стан рубцю, як вкрай незадовільний. Післяопераційні ускладнення з боку черевної стінки в групі після лапаротомії склали 16 %: у 3 (12,0 %) жінок відмічені сероми в ділянці рани, у 1 (4,0 %) вагітних виникло нагноєння післяопераційної рани. В 3 (12,0 %) випадках спостерігався тривалий парез кишківника, який розв'язався тільки на четверту добу.

За даними апаратних методів дослідження було встановлено, що ускладнення з боку матки та плоду виникали частіше в групі жінок після традиційної апендектомії. Так, підвищений тонус матки, що при сонографії проявлявся у вигляді локального потовщення міометрію та вдавнення плідного яйця, серед хворих I групи був встановлений в 6 (7,9 %), а прискорення серцевих скорочень плоду та його висока рухова ак-

Таблиця 1. Віддалені післяопераційні результати у вагітних досліджуваних груп, n (%).

Показник	Групи дослідження	
	I (n=73)	II (n=25)
Вагітність триває	9 (12,3)	-
Кількість пологів в строк	66 (90,4)	19 (76,0)*
Кількість передчасних пологів	1 (1,3)	6 (24,0)*
Пологи природними пологовыми шляхами	65 (82,3)	20 (80,0)*
Пологи, шляхом кесаревого розтину	2 (2,7)	5 (20,0) *
Загроза переривання вагітності	8 (10,9)	4 (16,0) **
Передчасне відходження навколоплідних вод	1 (1,3)	4 (16,0) *
Дистрес плоду в пологах	1 (1,3)	6 (24,0) **
Вага, г (M± SD)	3580±60,9	3550±59,9
Оцінка за шкалою Апгар, M±m	8,5±0,6	7,5±0,7

Примітка. * - $p < 0,01$, ** - $p < 0,001$ - достовірність відмінностей між показниками в групах (за критерієм χ^2).

тивність спостерігалась в 3 (3,9 %) випадках проти 3 (12,0 %) і 4 (16,0 %) ($p \leq 0,05$) серед хворих II групи. Зниження матково - плацентарного кровоплину за

Список літератури

1. Влияние уровня внутрибрюшной гипертензии на исходы аппендэктомии у беременных / Ю.Г. Шапкин, Д.В. Маршал, Г.В. Ливадный, А.П. Петренко // *Фундаментальные исследования*. - 2012. - № 6. - С. 374-378.

2. Вопросы акушерской тактики при остром аппендиците у беременных / А.Г. Хасанов, Ф.Ф. Бадретдинова, Р.Ф. Магафуров, З.Р. Шевченко [и др.] // *Акушерство, гинекология и репродукция*. - 2014. - № 4. - С. 19-23.

3. Короткевич А. Г. Техника диагностической лапароскопии у беременных / А.Г. Короткевич, Л.А. Злобина, Ю.Ю. Ревницкая // *Эндоскоп. хирургия*. - 2010. - № 2. - С. 37-41.

4. Хатьков И. Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний беременных: преимущества, недостатки, осложнения, прогноз / И.Е. Хатьков, С.М. Чудных, Э.С. Алиев // *Эндоскоп. Хирургия*. - 2011. - № 4. - С. 43-49.

5. Чудных С. М. Диагностические и лечебные возможности лапароскопии при "остром животе" у беременных / С.М. Чудных // *Эндоскоп. Хирургия*. - 2011. - Т. 17, № 4. - С. 33-38.

6. Borst A. R. Acute appendicitis: pregnancy complicates this diagnosis / A.R. Borst // *JAAPA*. - 2007. - Vol. 20. - P. 36-38.

рахунок підвищеного ВЧТ після лапароскопічної апендектомії відмічено не було.

Лапароскопічна апендектомія у вагітних відмічена як безпечне хірургічне втручання для матері і плода. Підтвердженням вищезазначеного є результати розродження обстежених вагітних (табл. 1).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Відеолапароскопія не призводить негативного впливу на перебіг вагітності, стан матки та плоду і може проводитись в різні строки гестації.

2. Виконання лапароскопії в діагностиці і лікуванні гострого апендициту на тлі вагітності призвело до зменшення проявів порушень з боку матки і плоду, кількості післяопераційних ускладнень (1,3 % проти 16,0 %) у порівнянні з традиційною апендектомією.

3. Лапароскопічна апендектомія у вагітних є надійною альтернативою традиційній операції.

Перспективи подальших розробок полягають в удосконаленні технічного виконання лапароскопії при гострому апендициті, особливо наприкінці II та в III триместрах вагітності.

Кутовий А.Б., Петрашенко І.І., Пелех В.А., Кутовий М.А., Люлько В.І.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Резюме. В работе представлены результаты диагностических и лечебных возможностей видеолапароскопии при остром аппендиците у беременных, а также оценка влияния повышенного внутрибрюшного давления за счет карбоксиперитонеума на состояние матки и плода. Диагностическая лапароскопия позволила исключить диагноз острого аппендицита в 6 (7,5%) случаях и в 3 (3,7%) диагностировать абдоминальную патологию, что предупредило выполнение напрасных аппендэктомий. Кроме того, использование видеоэндоскопических технологий в лечении острого аппендицита у беременных обеспечило гладкое течение беременности, привело к уменьшению проявлений нарушений со стороны матки и плода и количества послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: острый аппендицит, беременность, лапароскопия.

Kutovyy O.B., Petrashenko I.I., Pelech V.A., Kutovyy M.O., Lulko V.I.

LAPOSCOPIC APPENDECTOMY DURING PREGNANCY: OPPORTUNITIES AND RESULTS

Summary. In research work represented results of diagnostic and treatment possibilities of laparoscopy in acute appendicitis in pregnant women and effect of increased intraabdominal pressure due to CO₂-peritoneum on the state of the uterus and the fetus. Diagnostic laparoscopy allowed to exclude the diagnosis of acute appendicitis in 6 (7,5%) cases and in 3 (3,7%) diagnosed abdominal pathology that warned perform needless appendectomies. Furthermore, the use of videoendoscopic technologies in acute appendicitis led to a decrease of disorders from the fetus and the uterus, and incidence of postoperative complications.

Key words: acute appendicitis, pregnancy, laparoscopy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Люлько І.В.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2015р.

Кутувий Олександр Борисович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії №2 ДЗ"ДМА МОЗУ"; +38 067 921-03-39; dr-kutovoj@yandex.ru

Петрашенко Інна Іванівна - асистент кафедри хірургії №2 ДЗ"ДМА МОЗУ"; +38 067 702-65-58; innapetra@mail.ru

Пелех Віталій Анатолійович - зав. відділенням хірургії та трансплантології КЗ "Дніпропетровська обласна лікарня ім. І.І.Мечникова"; dsmasurgery2@gmail.com

Кутувий Максим Олександрович - лікар-хірург КЗ "Дніпропетровська обласна лікарня ім. І.І.Мечникова"; dsmasurgery2@gmail.com

Люлько Володимир Іванович - лікар-хірург КЗ "Дніпропетровська обласна лікарня ім. І.І.Мечникова"; dsmasurgery2@gmail.com

© Милица Н.Н., Солдусова В.В., Постоленко Н.Д., Тушинский К.С.

УДК: 616.37-002.4:616.9:613.25:616.34-008.87-07

Милица Н.Н., Солдусова В.В., Постоленко Н.Д., Тушинский К.С.

Кафедра хирургии и проктологии ГУ "ЗМАПО МЗ Украины" (б. Винтера, 20, г. Запорожье, Украина, 69096)

СПЕКТР МИКРОФЛОРЫ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Резюме. Проведено исследование микрофлоры гнойного очага у 27 больных с тяжелым инфицированным панкреанекрозом имеющих различную степень ожирения. Исследования показали, что степень ожирения предопределяет степень тяжести инфицированного панкреанекроза. Выявлена связь между характером микрофлоры и степенью тяжести панкреанекроза. Для пациентов с высоким индексом тяжести панкреанекроза характерно преобладание грамположительной микрофлоры с высокой степенью вирулентности.

Ключевые слова: панкреанекроз, микрофлора, степень ожирения, грамположительная флора, грамотрицательная флора.

Введение

Деструктивный панкреатит традиционно считается одной из самых сложных проблем в хирургии из-за высокой летальности, которая составляет 25-80% [7]. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5% до 15%, при деструктивных формах составляет 24-60%, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [3, 7, 8].

Среди этиологических факторов продолжают доминировать алкоголизм, ожирение, нарушения питания [4, 5, 8].

Клинические исследования показывают, что пациенты, имеющие избыточную массу тела, предрасположены к тяжелому и осложненному течению острого панкреатита, характеризуются более длительным периодом госпитализации, а ожирение является способствующим фактором развития и тяжести течения острого панкреатита [1, 2].

Риск развития тяжелого острого панкреатита коррелирует со степенью ожирения. Развитие панкреанекроза и инфекционных осложнений острого панкреатита отмечено у 17,6% больных с ожирением, в то время как у больных без ожирения панкреанекроз и гнойные осложнения встречались только в 6% случаев [2, 6, 9]. У больных с ИМТ > 30 кг/м² более часто наблюдалось тяжелое течение острого панкреатита, в 36,8% случаев имели место гнойные осложнения [9].

Таким образом, ожирение в качестве прогностического фактора предрасполагает к развитию системных и местных осложнений, что в обязательном порядке должно учитываться в клинической практике для оценки

степени тяжести и течения острого панкреатита [1, 9].

Целью работы является изучение спектра микрофлоры инфицированного панкреанекроза в зависимости от площади поражения поджелудочной железы.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, которые при госпитализации в стационар уже имели тяжелый инфицированный панкреанекроз, подтвержденный ультразвуковым исследованием и КТ-органов брюшной полости. Длительность болезни, согласно анамнеза, составляла 14,1±2,2 суток. Клинический материал включает 27 больных с тяжелым инфицированным панкреанекрозом.

Степень ожирения определяли на основании расчета индекса массы тела (ИМТ) по Кеттле: ожирение I степени (ИМТ<28,5) диагностировано у 9 пациентов (33,3%); II степень (ИМТ<35,0) встречалась у 10 больных (37,0%); III степень ожирения (ИМТ<40,0) имело 6 пациентов (22,2%) и у 2-х пациентов (7,5%) ИМТ превышал 40,0, что соответствовало IV степени ожирения.

Согласно индексу тяжести по Бальтазару (балл по КТ-индексу + балл площади некроза железы), выделили следующие группы больных:

I группа - 12 больных с индексом тяжести по Бальтазару в 6 баллов

(Е (4 балла) + некроз железы не превышает 30% от всей площади (2 балла) = 6);

II группа - 9 пациентов с индексом тяжести в 8 баллов (Е (4) + некроз железы превышает 30% но не бо-