

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Э.Г. и др. // Вест. эндоск. – 2001. – №4. – С. 22-25.
2. Антропова Н.В., Шулуток А.М. // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 45-48.
3. Борисов А.Е. // Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии. – М., 1999. – С. 27-30.
4. Галлингер Ю.И. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. – 1994. – № 4. – С. 77-81.
5. Гальперин Э.И. // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 5-7.
6. Емельянов С. И. // Современные проблемы хирургической гепатологии. – М., 1996. – С. 43-44.
7. Карпенкова В. И. // Анн. науч. центра хирургии. – 1997. – № 6. – С. 14-18.
8. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин А.В., Наумов И.А. // Герниология. – 2004. – № 1. – С. 11-15.
9. Gislason H., Gronbech J.E., Soreide O. // Eur. J. Surg. – 1995. – V. 161, No. 5. – P. 349-354.
10. Nyhus L.M., Condon R.E., eds. Hernia, ed 4. – Philadelphia, 1995. – 615 p.

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

А.Н. Долгушкин, П.А. Журавлев
Люберецкая районная больница № 2

Стремясь к малой травматичности и скорейшей послеоперационной реабилитации больных, мы в своей практике все чаще используем малоинвазивные хирургические вмешательства, с применением лапароскопической техники.

В Люберецкой районной больнице № 2 лапароскопическая аппендэктомия применяется с октября 2002 г. В основу освоения этой операции положена уже внедренная в отделении диагностическая лапароскопия, которая, на наш взгляд, является завершающим этапом в установлении диагноза острой хирургической патологии. С течением времени от диагностики мы перешли к лечению основной ургентной патологии с помощью лапароскопических методик (острый холецистит, острый панкреатит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острая спаечная кишечная непроходимость, острые гинекологические страдания и т.п.).

В настоящей работе освещается опыт лечения больных с острым аппендицитом с октября 2002 г. по 2006 г. За это время общее число оперированных больных составило 419, из которых традиционным способом было выполнено 199 операций (47,4%). Лапароскопическая аппендэктомия проведена в 220 случаях (53 %) у больных от 18 до 78 лет.

По мере накопления опыта число конверсий уменьшалось. Благодаря внедрению лапароскопической диагностики, так называемых бесполезных аппендэктомий в настоящее время нет. Катаральные формы острого аппендицита были выявлены при гистологическом исследовании у больных, оперированных традиционным способом.

Увеличивается число лапароскопических аппендэктомий при гангренозных, неперфоративных формах аппендицита, которые, по нашему мнению, не всегда являются противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии (см. таблицу).

В условиях распространенного перитонита мы переходим на открытую операцию. Однако в одном случае мы выполнили лапароскопическую аппендэктомию с последующими санационными релапароскопиями; исход был благоприятным.

Аппендэктомия открытым способом с обработкой культи червеобразного отростка обычным способом выполнялась с помощью видеоассистированной операции. Лапароскопическая мобилизация отростка, рассечение спаек, санация брюшной полости позволяют минимизировать операционную травматичность при традиционном этапе вмешательства, сократить продолжительность операции, что, безусловно, благоприятно сказывалось на послеоперационном периоде.

Соотношение традиционно выполненных и лапароскопических аппендэктомий

Операции	Диагноз	2002 г., начиная с октября	2003	2004	2005	2006
Традиционная аппендэктомия	Катаральный аппендицит	6 (22%)	3 (5,4%)	1 (4%)	2 (7%)	2 (1,8%)
	Флегмонозный аппендицит	15 (55,6%)	35 (64%)	17 (60%)	18 (64%)	25 (35,2%)
	Гангренозный аппендицит	6 (22,2%)	17 (31%)	10 (36%)	8 (29%)	34 (59%)
Лапароскопическая аппендэктомия	Катаральный аппендицит	-	-	-	-	-
	Флегмонозный аппендицит	2 (100%)	38 (90%)	51 (89%)	59 (84,2%)	41 (60%)
	Гангренозный аппендицит	-	4 (10%)	6 (10,4%)	10 (14%)	5 (40%)
	Хронический аппендицит	-	-	1 (1,7%)	1 (1,4%)	2
Конверсии		-	13 (24,5%)	3 (5%)	2 (2,7%)	-
Всего		29	97	86	98	109

Все лапароскопические аппендэктомии были выполнены из трех доступов, с использованием двух 10-миллиметровых троакаров и одного 5-миллиметрового. Размещая их всегда в постоянных точках: в параумбиликальной области, в правой и левой подвздошной области. Мобилизация и поэтапное пересечение брыжейки выполняли с использованием биполярной электродиатермокоагуляции. Основание червеобразного отростка всегда клипировали.

Летальных исходов не было. Интраоперационных осложнений во время операций не наблюдалось. Из осложнений лапароскопической аппендэктомии в послеоперационном периоде зафиксирован инфильтрат брюшной полости в двух случаях, один из которых послужил причиной ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, потребовавшей повторного хирургического вмешательства. У двух пациентов послеоперационный период осложнился образованием абсцесса в правой подвздошной области. В одном наблюдении это привело к несостоятельности культи аппендикса, и больной был повторно оперирован традиционным способом с благоприятным исходом. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил 3,1.

Лапароскопическая аппендэктомия представляется операцией выбора у больных с острым аппендицитом не только из-за хороших непосредственных результатов, но и из-за отсутствия в дальнейшем послеоперационных грыж и, вероятно, спаечной болезни. Эта операция особенно показана при сроке от начала заболевания не более 48 часов, у женщин детородного возраста, а также при подтверждении диагноза во время диагностической лапароскопии.