

7. Цфасман А.З. Железнодорожная клиническая медицина. Пульмонология. - М.: Астра-7, 2000. - 328 с.

8. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. - М.: Атмосфера, 2007. - 104 с.

9. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. - М.: Колор ИтСтудио, 2004. - 61 с.

10. Чучалин А.Г. Пульмонология в России и пути ее развития // Пульмонология. - 1998. - Т. 8, №4.

11. American Thoracic Society. Standart for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1995. - Vol. 152. - P. 177-190.

12. Celli B., MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS-position paper // Eur. Respir. J. - 2004. - Vol. 23. - P. 932-946.

13. Knaus W.A., Zimmerman J.E., Wagner D.P. et al. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. Crit Care Med. - 1981. - Vol. 9. - P. 591-597.

14. Matheson M.C., Benke G., Raven J. et al. Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary diseases // Torax. - 2005. - Vol. 60, №8. - 645 p.

15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. WHO, updated, 2006.

16. Wasson J.H., Sox H.C., Neff R.K. et al. Clinical prediction rules: applications and methodological standards // NEJM. - 1985. - Vol. 313. - P. 793-799.

Координаты для связи с автором: Хелимская Ирина Васильевна — доцент кафедры госпитальной терапии ДВГМУ, врач-пульмонолог высшей категории, тел.: 8-914-776-06-80, e-mail: irinavh@mail.ru



УДК 616.34 - 007.43 - 031 - 089.85

С.С. Святовец, Е.И. Кропачева, С.Н. Качалов

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Острый аппендицит (ОА) является самой частой ургентной хирургической патологией в мире [3, 12, 14]. На протяжении полутора веков экстренная операция является основным принципом хирургической тактики при ОА, так как развитие тяжелых осложнений может служить причиной летального исхода [4, 7, 11].

Количество операций по поводу острого аппендицита за последние 10-15 лет снизилось на 30-40%, но, тем не менее, эти оперативные вмешательства составляют от 20 до 40% от числа всех экстренных оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургических стационарах [8]. Настораживает тот факт, что летальность за последнее десятилетие не имеет тенденции к снижению и составляет в среднем по России 0,12%. Нередко это связано с поздней обращаемостью за медицинской помощью, поздней диагностикой и наличием тяжелой сопутствующей патологии [7, 9]. Частота послеоперационных осложнений, составляющая около 8-10%, также не может удовлетворить хирургов [7, 13].

При установлении диагноза острого аппендицита у хирурга возникает вопрос о способе выполнения операции. Хотя классическая аппендэктомия доступом по McBurney еще длительное время останется надежной альтернативой всем остальным, менее инвазивным методикам, появление в конце 80-х гг. лапароскопической

Резюме

Проанализированы данные литературы по проблеме диагностики и хирургического лечения острого аппендицита, а также его осложнений. Рассмотрены основные современные способы аппендэктомии.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, NOTES.

S.S. Svyatovets, E.I. Kropacheva, S.N. Kachalov

SERIOUSL PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS

Far East State Medical University, Khabarovsk

Summary

The authors have made the review of diagnostics and surgical treatment of acute appendicitis and its complications. Different types of appendectomy are analyzed.

Key words: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, NOTES.

аппендэктомии (ЛА) заставило пересмотреть основные принципы хирургии ОА [23, 24, 47].

До сих пор проводятся многочисленные исследования на предмет преимуществ и недостатков той или иной методики аппендэктомии. И у противников, и у сторонников ЛА имеются весомые доводы в пользу своих взглядов. Несомненным преимуществом ЛА является низкая травматичность методики [19, 40, 44]. Меньшая травматичность позволяет сократить длительность пребывания пациента в клинике и сроки нетрудоспособности, а значит, ускоряет возвращение пациента к его обычной жизни [19, 43, 49]. Наряду с этим имеются исследования, которые не выявляют значительного отличия в сроках нетрудоспособности для пациентов с ЛА и открытой аппендэктомией [22, 25, 34].

Разнородность публикуемых результатов относительно длительности госпитализации может быть вызвана разными факторами [36, 38, 46]. Кроме того, дальнейшие несоответствия могут явиться результатом разнообразной политики здравоохранения в различных странах. Так, D. Hebebrand (1994) из Германии сообщил о сроке пребывания в больнице — 5,3 дн. для ЛА и 7,6 дн. для ОА, D. Mutter и коллеги (1996) из Великобритании, Франции нашли 5,3 против 4,9 дн., а L. Minne (1997) из США — 1,1 для ЛА и 1,2 дн. для ОА.

Важным вопросом при выборе методики аппендэктомии является время оперативного вмешательства, так как оно в значительной мере определяет безопасность методики для пациента и конечную стоимость лечения. Большинство исследователей указывают на большую продолжительность лапароскопической операции [28, 32, 40]. Особое влияние на длительность операции оказывает личный опыт оператора. Если открытая аппендэктомия во всем мире является первой операцией, которую осваивает начинающий хирург, то ЛА должна выполняться хирургом, имеющим опыт как открытых, так и эндоскопических вмешательств [6, 10]. Большинство авторов отмечают укорочение времени операции по мере набора опыта [1, 14, 18, 42]. Мировой опыт показывает, что количество инфекционных осложнений после ЛА выше в неопытных руках [5, 33].

Немаловажным фактом противников ЛА являются осложнения при использовании техники ЛА, основными из которых являются: раневая инфекция, внутрибрюшные абсцессы, кровотечение из поврежденных сосудов брыжеечки ЧО и брюшной стенки, ожог слепой кишки с формированием свищей, несостоятельность культи ЧО при соскальзывании лигатуры, подкожная эмфизема [2, 20, 21]. Частота конверсии при ЛА, по данным последних исследований, составляет от 1,14 до 7,7% [18, 31].

Если в случае неосложненного ОА вопрос выбора методики оперативного лечения понятен большинству практических хирургов, то при осложненном течении заболевания вопросов и разногласий еще очень много. По данным многочисленных исследований, у пациентов с перфоративным ОА риск осложнений возрастает с 12,7 до 24,5%, а летальность — с 0,7 до 4%. В случае возникновения флегмоны слепой кишки, требующей выполнения правосторонней гемиколэктомии, летальность достигает 12,6-43,7% [35, 37].

R.C. Frezee (1996) предостерегает от использования ЛА при осложненном ОА, так как частота осложнений увеличивается до 45%. D. Hale (1997) сообщает, что риск раневой инфекции возрастает с 1,8% при неосложненном ОА до 6,5% при перфоративном ОА. Перфорация ЧО уве-

личивает риск повторной лапаротомии на 260%. Наряду с этими утверждениями некоторые авторы не отмечают разницы в проценте послеоперационных осложнений при использовании ЛА у пациентов с деструктивным или неосложненным ОА [20].

Рассматривая вопросы осложненных случаев ОА, необходимо обратить внимание на гибридные методы аппендэктомии: аппендэктомия из мини-доступа, лапароскопически-ассистированная аппендэктомия. Эти методы, несомненно, имеют большое значение в хирургии ОА, так как позволяют выполнить минимально травматичное вмешательство в сложных клинических случаях. Авторы, имеющие опыт выполнения этих вмешательств, указывают на их безопасность, низкую экономическую стоимость, высокий косметический эффект [17, 30, 48].

Развитие науки и общественного сознания сопряжено с повышением уровня требований пациентов к эстетическому состоянию своего тела. ЛА привлекает хирургов тем, что даже в сравнении с аппендэктомией из мини-доступа, косметический эффект лапароскопической методики выше [19, 40, 44]. Однако даже тот высокий уровень косметического эффекта, который дала ЛА, не всегда достаточен на сегодняшний день. Это обстоятельство неизбежно приводит к поиску новых методов оперативных вмешательств.

Интеграция эндоскопов с ультразвуковыми сканерами позволила создать эхоэндоскопы, обеспечивающие возможность выполнения высококачественного эндоскопического ультразвукового исследования. Все это послужило поводом для оценки возможности использования гибкой эндоскопии при проведении хирургических вмешательств на органах брюшной полости [16]. Использование в качестве доступа к органам брюшной полости естественных отверстий организма или естественных рубцов (пупочное кольцо) позволяет достичь безупречного косметического результата. Новые тенденции послужили поводом для развития целого направления хирургии — эндоскопической транслуминальной хирургии с доступом через естественные отверстия (NOTES — Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery). Всемирный опыт гинекологов, выполняющих трансвагинальные вмешательства, продемонстрировал безопасность этого доступа: частота нагноений — около 0,001%, ректальных ран — 0,002 %, местного кровотечения — 0,2%. Положительные сравнения и с рисками, связанными с использованием троакаров в лапароскопической хирургии: 0,03-0,3% повреждений внутренних органов и сосудов; 0,7-1,8% — грыж в местах введения троакаров. Это причина, почему первая клиническая операция NOTES, холецистэктомия, была выполнена через трансвагинальный доступ [45, 50].

Все исследователи в мире отмечают, что существующие эндоскопические инструменты еще далеки от совершенства и не могут заменить лапароскопические, а технические моменты большинства операций еще находятся на стадиях разработки и внедрения. Однако NOTES-технологии являются самыми прогрессивными в современной хирургии [15, 29, 45, 50].

Выводы

1. Проблемы ранней диагностики и лечения ОА остаются актуальными всегда. На это указывает постоянное появление новых исследований и даже целых направлений в медицинской науке.

2. Практическому врачу необходимо постоянно следить, анализировать и, по возможности, внедрять новые методы лечения после обучения в ведущих медицинских учреждениях страны и мира.

Л и т е р а т у р а

1. Абдуллаев Э.Г. Опыт применения лапароскопической технологии в лечении деструктивного аппендицита // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №4. - С. 33-34.

2. Васильев А.Ф., Братчиков Е.В., Березницкий А.П. Осложнения лапароскопической аппендэктомии // Эндоскопическая хирургия. - 2006. - №2. - С. 24-26.

3. Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №3. - С. 16-19.

4. Иоскевич Н.Н. Практ. руководство по клинической хирургии. - Минск: Вышейша школа, 2001. - С. 21.

5. Козырин А.В., Дуданов И.П., Соболев В.Е. Конверсии при лапароскопической аппендэктомии // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 37-39.

6. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №4. - С. 40-42.

7. Кригер А.Г., Федоров А.Ф., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. - М.: Медпрактика, 2002. - 260 с.

8. Кукош М.В., Измайлов С.Г., Гречко Г.Н. и др. Сложные и нерешенные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы: мат-лы науч.-практ. конф. хирургов РФ. - СПб., 2004. - С. 64-68.

9. Мазурик М.Ф., Насонов П.И., Бескорвайный А.М. Причины летальных исходов при остром аппендиците // Клиническая хирургия. - 1990. - №14. - С. 18-19.

10. Нишанов Х.Т., Исонтурдиев У.И., Яриев А.Р. и др. Выбор хирургической тактики при остром аппендиците // Эндоскопическая хирургия. - 2003. - №6. - С. 12-15.

11. Османов А.О., Масуев К.А., Меджидов Р.Т. Неотложная хирургия органов брюшной полости: учеб. пос. - Махачкала, 2003. - С. 8-12.

12. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. Эффективность лапароскопической технологии в лечении острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. - 1995. - №2-3. - С. 24-28.

13. Седов В.М., Туркина Н.В., Богомолов М.С. Острый аппендицит. - СПб., 1997. - 44 с.

14. Ситников В.Н., Галин В.А., Турбин М.В. и др. Лапароскопическая аппендэктомия // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №5. - С. 34-36.

15. Старков Ю.Г., Шишин К.В., Федоров А.А. и др. Транслюминальная (трансвагинальная) холецистэктомия: первый опыт // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 112-113.

16. Старков Ю.Г., Шишин К.В., Солодинина Е.Н. и др. Лапароскопические операции с использованием гибких эндоскопов - новая концепция развития малоинвазивной хирургии // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 134-136.

17. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю., Будинский А.Н. и др. Варианты аппендэктомий через малые доступы при различной распространенности поражения отростка // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 86-87.

18. Abdullah Ali., Michael A.J., Moser. Recent experience with laparoscopic appendectomy in a Canadian

teaching centre Can // J Surgery. - 2008. - Vol. 51, №3. - P. 48-51.

19. Attwood S., Hill A.D., Murphe P.O. et al. Prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy // Surgery. - 1992. - Vol. 2, №3. - P. 497-507.

20. Ball C.G., Kortbeek J.B., Kirkpatrick A.W. et al. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis // Surgery Endoscopic. - 2004. - Vol. 74, №12. - P. 969-973.

21. Beldi G., Muggli K., Heibling C. et al. Laparoscopic appendectomy using endoloops: a prospective, randomized trial // Surgery Endoscopic. - 2004. - Vol. 72, №11. - P. 749-750.

22. Frazee R.C., Roberts J.W., Symmonds R.E. et al. A prospective randomized trial comparing open versus laparoscopic appendectomy // Ann Surg. - 1994. - Vol. 219, №10. - P. 728-731.

23. Gangal M.H. Laparoscopic appendectomy // Endoscopy. - 1987. - Vol. 19, №1. - P. 127-129.

24. Gotz F., Pier A., Bacher C. Modified laparoscopic appendectomy in surgery // Surgery Endoscopy. - 1990. - Vol. 45, №1. - P. 6-9.

25. Hansen J.B., Smithers B.M., Schache D. et al. Laparoscopic versus open appendectomy: prospective randomized trial // World J Surg. - 1996. - Vol. 20, №11. - P. 17-21.

26. Hale Douglas A., Molloy Mark, Pearl Richard H. et al. Appendectomy. A Contemporary Appraisal // Annals of Surgery. - 1997. - Vol. 225, №3. - P. 252-261.

27. Hebebrand D., Troidl H., Spangenberg W. et al. Laparoscopic or classical appendectomy? A prospective randomized study // Chirurg. - 1994. - Vol. 65, №12. - P. 112-120.

28. Hellberg A., Rudberg C., Kullman E. et al. Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open appendectomy // Br J Surg. - 1999. - Vol. 86, №1. - P. 48-53.

29. Kalloo A.N., Jagannath S.B., Kantsevov S.V. Flexible transgastric peritoneoscopy: a novel approach to diagnostic and therapeutic interventions // Gastrointest Endosc. - 2004. - Vol. 60, №4. - P. 114-117.

30. Katkhouda N., Mason R., Mavor E. Laparoscopic finger-assisted technique (Fingeroscopy) for treatment of complicated appendicitis // Journal American Coll Surgery. - 1999. - Vol. 189, №1. - P. 131-133.

31. Katkhouda N., Mason R., Towfigh S. et al. Laparoscopic Versus Open Appendectomy A Prospective Randomized Double-Blind Study // Annals of Surgery. - 2005. - Vol. 242, №3. - P. 109-112.

32. Kazemier G., de Zeeuw G.R., Lange J.F. et al. Laparoscopic vs open appendectomy. A randomized clinical trial // Surg Endosc. - 1997. - Vol. 11, №3. - P. 336-340.

33. Kingler A., Henle K. P., Beller S. et al. Laparoscopic appendectomy does not change the incidence of postoperative infection complications // American Journal of Surgery. - 1998. - Vol. 23, №3. - P. 232-235.

34. Kum C.K., Ngoi S.S., Goh P.M. et al. Randomized controlled trial comparing laparoscopic and open appendectomy // Br J Surg. - 1993. - Vol. 80, №9. - P. 1599-1600.

35. Lemieur T.P., Rodriguez J.L., Jacobs D.M. et al. Wound management in perforated appendicitis // Am Surg. - 1999. - Vol. 65, №4. - P. 439-443.

36. Lord R.V., Sloane D.R. Early discharge after open appendicectomy // Aust. N. Z. J. Surg. - 1996. - Vol. 66, №6. - P. 361-365.
37. Margenthaler J., Longo W., Virgo K. Risk Factors for Adverse Outcomes After the Surgical Treatment of Appendicitis in Adults // Annals of Surgery. - 2003. - Vol. 238, №1. - P. 131-135.
38. Millat B., Fingerhut A., Gignoux M. et al. Factors associated with early discharge after inguinal hernia repair in 500 consecutive unselected patients. French Associations for Surgical Research // Br. J. Surg. - 1993. - Vol. 80, №3. - P. 1158-1160.
39. Mirme L., Varner D., Burnell A. et al. Laparoscopic vs open appendectomy. Prospective randomized study of outcomes // Arch Surg. - 1997. - Vol. 132, №7. - P. 708-711.
40. Moberg A.C., Montgomery A. Appendicitis: laparoscopic versus conventional operation. A study and review of the literature // Surg Laparosc Endosc. - 1997. - Vol. 57, №5. - P. 459-463.
41. Mutter D., Vix M., Bui A. et al. Laparoscopy not recommended for routine appendectomy in men: results of a prospective randomized study // Surgery. - 1996. - Vol. 120, №4. - P. 71-74.
42. Noble H., Gallagher P., Campbell W.B. Who is doing laparoscopic appendectomies and who taught them? // Annals Royal College of Surgeon of England. - 2003. - Vol. 85, №3. - P. 331-333.
43. Nowzaradan Y., Westmoreland J., McCarver C.T. et al. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: indications and current use // J. Laparoendosc. Surg. - 1991. - Vol. 1, №2. - P. 247-257.
44. Pedersen A.G., Petersen O.B., Wara P. et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendicectomy // Br. J. Surg. - 2001. - Vol. 88, №8. - P. 200-205.
45. Piskun G., Rajpal S. Transumbilical laparoscopic cholecystectomy utilizes no incisions outside the umbilicus // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech A. - 1999. - Vol. 9, №5. - P. 361-364.
46. Ramesh S., Galland R.B. Early discharge from hospital after open appendicectomy // Br. J. Surg. - 1993. - Vol. 80, №3. - P. 1192-1193.
47. Semm K., Endoscopic Appendectomy // Endoscopy. - 1983. - Vol. 15, №2. - P. 59-64.
48. Valla J., Ordorica-Flores R.M., Steyaert H. et al. Umbilical one puncture laparoscopic-assisted appendectomy in children // Surg Endosc. - 1999. - Vol. 13, №1. - P. 83-85.
49. Vallina V.L., Velasco J.M., McCulloch C.S. Laparoscopic versus conventional appendectomy // Ann. Surg. - 1993. - Vol. 110, №2. - P. 685-692.
50. Zhu J.F. Scarless endoscopic surgery: NOTES or TUES // Surg. Endosc. - 2007. - Vol. 21, №4. - P. 1898-1899.

Координаты для связи с авторами: *Святовец Сергей Сергеевич* — аспирант кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 980-240. e-mail: css-80@ Rambler.ru; *Кропачева Елена Ивановна* — доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 980-519; *Качалов Сергей Николаевич* — канд. мед. наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета ДВГМУ, тел.: 980-517.

