

УДК 616.346.2-002.4-089.87-072.1

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ И ГАНГРЕНОЗНО-ПЕРФОРАТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ

А.Д. Кочкин¹, П.С. Зубеев², профессор, А.В. Козырин¹, В.И. Левин³,

¹ФМБА РФ, ФГУЗ КБ № 50, г. Саров, ²МЛТУ ГБ № 33, г. Н. Новгород, ³ЦРБ, г. Тейково

Аппендэктомия – одна из наиболее распространенных операций в экстренной хирургии. Острый аппендицит диагностируется у 1,5% населения. По данным А.А. Гринберга, среди пациентов, госпитализированных в хирургические стационары, 20–50% составляют больные с подозрением на острый аппендицит. При этом диагностические ошибки превосходят 25%, а летальность достигает 1%.

Внедрение эндоскопических методов оперативного лечения экстренной абдоминальной патологии является одной из актуальных тем современной хирургии. Лапароскопический доступ обеспечивает точную диагностику, возможность полноценной ревизии и санации брюшной полости, а также минимальную травматичность операции и косметический эффект; позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и потребность в анальгезии, сократить время пребывания в стационаре и сроки временной нетрудоспособности; предотвращает образование послеоперационных грыж.

Впервые аппендэктомия с применением лапароскопа выполнена De Kok в 1977 году. В настоящее время лапароскопическая аппендэктомия становится распространённой операцией не только за рубежом, но и в России. Тем не менее, у лапароскопической аппендэктомии всё ещё немало противников. Основные доводы последних сформулировал в своей статье И.В. Федоров ещё в 1995 году: «...традиционная аппендэктомия также является малотравматичным вмешательством, которое выполняется без рассечения мышц через небольшой разрез, сравнимый по размерам с троакарным проколом; лапароскопическая аппендэктомия требует общего обезболивания и более продолжительна, чем традиционная операция; лигатурный метод аппендэктомии многими хирургами считается ненадежным и опасным...». Кроме того, опыт лапароскопических операций при осложнённых формах острого аппендицита недостаточен. В связи с этим, нет единого мнения в отношении показаний и противопоказаний к лапароскопической аппендэктомии. Несмотря на сообщения о преимуществах лапароскопического доступа, гангренозный и гангренозно-перфоративный аппендицит в большинстве случаев рассценивается хирургами как противопоказание к лапароскопической операции или как показание к конверсии доступа.

Цель настоящего исследования. Изучить результаты лапароскопической аппендэктомии у больных с гангренозной и гангренозно-перфоративной формами острого аппендицита.

Материалы и методы. Основой настоящей работы является анализ результатов оперативного лечения 188 больных гангренозным и гангренозно-перфоративным аппендицитом

за период с 1996 по 2006 год. Группа исследования состоит из 98 пациентов, подвергнутых лапароскопической аппендэктомии (ЛА). Контрольную группу составили 90 больных, оперированных традиционно (ТА).

Основная группа исследования подразделена на подгруппу «А» – ЛА при гангренозном аппендиците (n=53), подгруппу «В» – ЛА при гангренозно-перфоративном аппендиците (n=31) и подгруппу «С» – конвертированная аппендэктомия (n=14). Контрольная группа подразделена на подгруппу «D» – ТА при гангренозном аппендиците (n=57) и подгруппу «Е» – ТА при гангренозно-перфоративном аппендиците (n=33). Группы однородны и сопоставимы по всем элементам сравнения.

Все лапароскопические операции выполнены лигатурным методом, без дезинфекции культи. Традиционные операции проводились по классической методике, с погружением культи отростка в кисетный шов после предварительной дезинфекции иодопираном.

Оценивались частота и структура послеоперационных осложнений, продолжительность операции и сроки пребывания в стационаре.

Результаты

Интраоперационные осложнения в группе ЛА возникли лишь однажды (1,19%), тогда как в контрольной группе – в шести (6,67%) наблюдениях ($p>0,01$).

Внутрибрюшные послеоперационные осложнения ЛА при гангренозном аппендиците отмечены у двух (3,77%) больных. В первом случае (1,89%) выявлен воспалительный инфильтрат правой подвздошной области, купированный консервативно. Во втором (1,89%) наблюдении, на седьмые сутки после операции диагностирована острая спаечная тонкокишечная непроходимость – повторная операция с последующим выздоровлением. В группе ТА при гангренозном аппендиците внутрибрюшные послеоперационные осложнения также зафиксированы дважды (3,51%). В первом случае (1,75%) вскрыт внутрибрюшной абсцесс правой подвздошной ямки. Во втором (1,75%) наблюдении, на пятые сутки после операции, диагностирована частичная тонкокишечная непроходимость, не потребовавшая повторной операции. Статистически достоверной разницы показателей интраабдоминальных послеоперационных осложнений ЛА и ТА при гангренозном аппендиците не выявлено ($p>0,01$).

Интраабдоминальные послеоперационные осложнения ЛА при гангренозно-перфоративном аппендиците отмечены у 3 (9,68%) больных. Дважды (6,45%) отмечались послеоперационные воспалительные инфильтраты, купированные

консервативно. В одном случае (3,23%) имела место ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, потребовавшая повторной операции. В группе ТА внутрибрюшные послеоперационные осложнения зафиксированы у пяти пациентов (15,15%). Дважды (9,09%) у пациентов подгруппы возникала подкожная эвентрация; трижды (6,06%) вскрывались абсцессы брюшной полости. Статистически достоверной разницы показателей интраабдоминальных послеоперационных осложнений ЛА и ТА при гангренозно-перфоративном аппендиците не выявлено ($p>0,01$).

Раневые послеоперационные осложнения ЛА при гангренозном аппендиците не зафиксированы. В группе ТА раневые послеоперационные осложнения отмечены у шести пациентов (10,53%). Разница полученных показателей статистически достоверна ($p=0,015$).

Раневые послеоперационные осложнения ЛА при гангренозно-перфоративном аппендиците не зафиксированы. В группе ТА раневые послеоперационные осложнения отмечены у пяти пациентов (15,15%). Разница полученных показателей статистически достоверна ($p=0,024$).

В соответствии с полученными результатами, в основной группе интраабдоминальные послеоперационные осложнения отмечены у пяти (5,95%) больных из 84, оперированных лапароскопически. В контрольной группе подобные осложнения зафиксированы у семи (7,78%) пациентов. Статистически достоверной разницы между показателями частоты возникновения в послеоперационном периоде внутрибрюшных осложнений лапароскопической и традиционной операции не выявлено ($p>0,05$). В свою очередь, из 84 пациентов основной группы, оперированных лапароскопически, раневые послеоперационные осложнения не зафиксированы ни у одного больного. В контрольной группе подобные осложнения зафиксированы у одиннадцати (12,22%) больных. Различие полученных показателей статистически достоверно ($p=0,0008$).

Таким образом, из 84 больных основной группы, оперированных лапароскопически, общие инфекционные послеоперационные осложнения зафиксированы у пяти пациентов (5,95%), тогда как в контрольной группе послеоперационные осложнения зафиксированы у восемнадцати (20%) больных. Различие полученных показателей статистически достоверно ($p=0,009$).

Средняя продолжительность ЛА при гангренозном аппендиците составила 60 (45–75) минут: от 15 до 110 минут. При этом средняя продолжительность ТА составила 50 (40–60) минут: от 20 до 90 минут. Различие полученных показателей статистически достоверно ($p=0,004$).

При гангренозно-перфоративном аппендиците ЛА продолжалась от 40 до 170 минут, в среднем – 80 (60–105) минут. Тогда как традиционная операция – 70 (55–85) минут: от 25 до 220 минут. Различие полученных показателей статистически недостоверно ($p=0,31$).

В соответствии с полученными результатами, медиана продолжительности лапароскопической операции в основной группе составила 70 (50–920) минут, тогда как в контрольной группе – 55 (40–70) минут. Различие полученных показателей статистически достоверно ($p=0,005$).

Средняя продолжительность стационарного лечения после лапароскопической аппендэктомии при гангренозном аппендиците составила 7 (6–10) дней: от 3 до 23 дней. При этом средняя продолжительность стационарного лечения после традиционной операции составила 10 (6–10) дней: от 5 до 35 дней ($p=0,43$).

При гангренозно-перфоративном аппендиците продолжительность стационарного лечения после ЛА составила 10 (7–12) дней: от 5 до 18 дней. Тогда как средняя продолжительность стационарного лечения после традиционной аппендэктомии составила 12 (10–18) дней: от 10 до 55 дней ($p=0,004$).

В соответствии с полученными результатами, средняя продолжительность стационарного лечения после ЛА в основной группе составила 9 (7–10) дней, тогда как в контрольной группе – 10 (7–12) дней. Различие полученных показателей статистически достоверно ($p=0,01$).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности лапароскопической аппендэктомии при гангренозном и гангренозно-перфоративном аппендиците. Несмотря на то что лапароскопическая операция занимает более продолжительное время (в среднем на 15 минут), необходимое для подключения и настройки оборудования, минимально инвазивный доступ обеспечивает значительное уменьшение количества послеоперационных осложнений и сокращение сроков пребывания больных в стационаре по сравнению с традиционной методикой.

МА