

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ

А.Д. Кочкин, Федеральное медико-биологическое агентство России, ФГУЗ КБ № 50, г. Саров

Контактная информация: Кочкин Алексей Дмитриевич - раб. тел.: (83130) 6 03 92, e-mail: kochman@bk.ru

Целью исследования явилось проведение анализа результатов лапароскопической аппендэктомии при формах деструктивного аппендицита, осложнённого развитием аппендикулярного абсцесса. Общий показатель осложнений лапароскопической аппендэктомии, выполненной в условиях аппендикулярного абсцесса, составил 10%, что не превышает подобного показателя традиционного вмешательства. Медиана сроков стационарного лечения больных после лапароскопической аппендэктомии составила 10 койко-дней. Первый опыт в условиях аппендикулярного абсцесса продемонстрировал перспективность метода, а также его эффективность и безопасность.

Ключевые слова: лапароскопическая аппендэктомия при аппендикулярном абсцессе.

The aim of our study is to conduct a retrospective analysis of the outcome of laparoscopic appendectomy in patients with destructive appendicitis complicated by appendiceal abscess. Total rate of postoperative complications is 10%. Hospital stay was 10 days. According to our data LA is an efficacious and safe therapy in cases of destructive appendicitis complicated by appendiceal abscess.

Key words: laparoscopic appendectomy in case of appendiceal abscess

Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) прочно заняла место «золотого стандарта» в лечении неосложнённых форм острого аппендицита. Однако роль лапароскопического доступа в лечении деструктивного аппендицита, осложнённого аппендикулярным абсцессом, до сих пор не определена [1].

В классических случаях аппендикулярный абсцесс является исходом аппендикулярного инфильтрата. Общепринятой хирургической тактикой в подобной ситуации является антибактериальная терапия с динамическим наблюдением и, при необходимости, пункционное дренирование гнойника или отсроченная аппендэктомия [2,3].

Однако по данным В.К. Гостищева, аппендикулярный абсцесс может сформироваться в первые часы или дни заболевания, когда местный гнойный перитонит ограничивается фибринными спайками. В таких случаях абсцесс является находкой при аппендэктомии. Опорожнение и дренирование его производят через операционный разрез [4]. R.E. Andersson и M.G. Petzold, проведя мета-анализ в системе MedLine, продемонстрировали схожие результаты: аппендикулярный абсцесс выявляется интраоперационно у четырёх пациентов из ста оперированных по поводу острого аппендицита [3].

Цель настоящей работы заключалась в ретроспективном анализе результатов лапароскопической аппендэктомии, выполненной в условиях аппендикулярного абсцесса.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 43 пациентов, подвергнутых ЛА в связи с деструктивным аппендицитом, осложнённым аппендикулярным абсцессом, за период с 1995 по сентябрь 2008 г. Все пациенты оперированы в экстренном порядке с клиникой острого аппендицита; аппендикулярный абсцесс явился интраоперационной находкой. Ограничений по возрасту, полу, массе тела или каких-либо других не было. Все операции выполнены из стандартного доступа, лигатурным методом, на отечественном оборудовании.

Оценивали частоту и структуру послеоперационных осложнений, а также процент конверсии доступа, продолжительность операции и стационарного лечения больных. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке на персональном компьютере с помощью программного обеспечения «Statistica 6.0». В связи с ненормальным распределением результатов статистический анализ проводился методами непараметрической статистики – данные представлены в виде медианы и 25-75-перцентилей (Me[25p;75p]). Анализ

корреляционных взаимоотношений проводился по критерию Спирмена. В качестве вероятности ошибки применялась величина $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Медиана продолжительности лапароскопической аппендэктомии в условиях аппендикулярного абсцесса составила 80 (60; 110) минут: первый опыт ЛА занял 170 минут операционного времени, тогда как последняя операция – 40 минут. Конверсия доступа потребовалась у 13 из 43 оперированных пациентов (30%). Причиной описанных конверсий являлись аппендикулярные инфильтраты, не поддавшиеся безопасному разделению лапароскопически и перфорации в собственно основании червеобразного отростка. Сопоставимые показатели продемонстрировали в своём исследовании N. Pokala и S. Sadhasivam: ЛА заняла в среднем $100,5 \pm 36,2$ минуты; из 43 пациентов, подвергнутых ЛА в связи с осложнённым аппендицитом, у 8 возникла необходимость в конверсии доступа, что составило 18,6%. Однако авторы провели общий анализ лечения пациентов с осложнённым аппендицитом, без выделения группы больных с аппендикулярным абсцессом [5]. Как правило, по мере накопления «лапароскопического опыта», количество конверсий прогрессивно уменьшается. Подобную тенденцию отмечают многие хирурги: В.Н. Ситников с соавторами в своей статье продемонстрировали уменьшение показателей конверсий доступа ЛА при остром неосложнённом аппендиците с 14,8% в 1994 году, до 1% в 2001 году [6]. Однако в нашем наблюдении процент конверсии в динамике сохраняется стабильно высоким: за период с 1995 по 2004 гг. конверсия доступа осуществлена у 9 из 24 больных, тогда как с 2005 по 2008 г. – у 4 из девятнадцати. При корреляционном анализе причин перехода на «открытую» операцию установлена прямая зависимость между частотой конверсии и оперирующим хирургом ($r=0,4$, $p=0,001$). Так, у одних хирургов показатель конверсии доступа при осложнённом аппендиците составляет 100%, тогда как у других – около 1%. Хирургическая тактика при обнаруженном во время лапароскопии аппендикулярном абсцессе не определена, поэтому многие хирурги расценивают подобную форму осложнённого аппендицита абсолютным показанием к конверсии доступа.

Летальных исходов не было. Двум пациентам выполнялись программные релапароскопии на следующие сутки после ЛА по поводу перфоративного аппендицита, осложнённого аппендикулярным абсцессом и распространённым гнойным перитонитом.

Интраоперационных осложнений не зафиксировано. Отмечались технические трудности при выполнении операции в условиях воспалительного инфильтрата и аппендикулярного абсцесса. При анализе послеоперационного периода пациентов раневых осложнений зафиксировано не было. Внутрибрюшные послеоперационные осложнения ЛА отмечены у 3 больных из 30, оперированных лапароскопически (10%). У всех пациентов, на пятые и шестые сутки послеоперационного периода отмечено развитие воспалительных

инфильтратов правой подвздошной ямки. Все инфильтраты купированы консервативно. Схожие результаты получили N. Pokala и S. Sadhasivam: из 43 пациентов, оперированных лапароскопически в связи с осложнённым аппендицитом (без выделения группы больных с аппендикулярным абсцессом), у 6 возникли внутрибрюшные послеоперационные осложнения, что составило 14% [5].

Таким образом, в нашем исследовании общий показатель осложнений лапароскопической аппендэктомии, выполненной в условиях аппендикулярного абсцесса, составил 10%, что не превышает подобного показателя традиционного вмешательства. Так, по данным S. Eriksson, N. Pokala, и C.V. Brown, общие показатели послеоперационных осложнений «открытой» аппендэктомии при тех же условиях составили 10%, 34%, и 58% соответственно [5, 7, 8].

Медиана сроков стационарного лечения больных, подвергнутых ЛА в условиях аппендикулярного абсцесса, в нашем исследовании составила 10 [8;11] койко-дней. В свою очередь стандарт лечения больных по программе ОМС Нижегородской области регламентирует сроки стационарного пребывания пациентов с осложнёнными формами аппендицита в интервале 14-17 дней.

В случае аппендикулярного абсцесса важным моментом является особенность техники операции. На наш взгляд, наиболее эргономичной является следующая расстановка: ассистент, как и хирург, располагается слева от пациента, монитор – напротив. Доступ осуществляется в следующих местах: лапароскоп в области пупка, рабочие троакары – в левой подвздошной области и над лоном. При необходимости дополнительный порт вводится в правое подреберье. После ревизии брюшной полости тщательно аспирируется выпот.

Для улучшения обзора за счет смещения тонкой кишки в сторону от зоны операции мы поворачиваем операционный стол влево. Воспалительный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс изменяют нормальные анатомические соотношения органов, чем затрудняют ориентацию в операционной зоне. В подобных ситуациях первоочередной задачей следует считать выделение основания червеобразного отростка, после чего появляется возможность диссекции вдоль его стенки или выполнения ретроградной аппендэктомии. Для обеспечения подвижности инфильтрата мобилизуем купол слепой кишки, рассекая париетальную брюшину по линии Toldt. При разделении инфильтрата мы используем приём Metzenbaum: вдоль визуализированного участка стенки червеобразного отростка или кишки проводится сомкнутый диссектор; разведением браншей последнего инфильтрированные ткани раздвигаются. При вскрытии абсцесса во время разделения инфильтрата необходимо аспирировать гной и продолжить мобилизацию червеобразного отростка. Петли кишечника должны, по возможности, препарироваться тупо, тогда как для жировой ткани это не принципиально. Так, прядь большого сальника, окутывающая аппендикс, может быть безопасно монополярно коагулирована, резецирована и удалена вместе с отростком без разделения.

Обработку культи червеобразного отростка мы осуществляем исключительно лигатурным способом: клипсой или нитью. Выбор зависит от пристрастий оперирующего хирурга. Однако при широком основании отростка клипсы приходится накладывать навстречу друг другу, что не всегда удобно, поэтому проще и быстрее произвести лигирование. Какая-либо дезинфекция слизистой культи (коагуляция или обработка йодопионом) нами не применяется.

После удаления червеобразного отростка зона операции промывается физиологическим раствором и дренируется трубкой после аспирации выпота. Дренаж устанавливается через один из троакарных проколов и удаляется на вторые-третьи сутки.

В нашем исследовании необходимости в тампонировании брюшной полости не возникало, так как во всех операциях достигали уверенного гемостаза, удаления червеобразного отростка и некротизированных тканей, а обнаруженные интраоперационно аппендикулярные абсцессы не имели сформированной полости.

Заключение. В связи с недостаточным опытом лапароскопических операций при осложненном аппендиците нет единого мнения в отношении показаний и противопоказаний к ЛА в условиях аппендикулярного абсцесса. Затронутая тема требует дальнейшего изучения. Однако первый опыт продемонстри-

ровал перспективность метода, а также его эффективность и безопасность. По результатам нашего исследования использование лапароскопического доступа в лечении деструктивного аппендицита, осложнённого развитием аппендикулярного абсцесса, позволяет снизить общее количество послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания больных в стационаре.



ЛИТЕРАТУРА

1. Yau K.K. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. W.T. Siu, C.N. Tang, G.P. Yang, M.K. Li. *J Am Coll Surg.*; 2007; Jul; 205. Vol. 1: 60-65.
2. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией В.С. Савельева. М.: Трида-Х; 2006; 640 с.
3. Andersson R.E. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or flegmon: a systematic review and meta-analysis. M.G. Petzold. *Ann Surg.*; 2007; Nov. 246; Vol. 5: 741-748.
4. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1996. с. 416.
5. Pokala N. Complicated appendicitis – is the laparoscopic approach appropriate? A comparative study with open approach: outcome in a community hospital setting. S. Sadhasivam, R.P. Kiran, V. Parithivel. *Am Surg.*; 2007; Aug; 73; Vol. 8: 737-741.
6. Лапароскопическая аппендэктомия. Под ред. В.Н. Ситников [и др.]. Эндоскопическая Хирургия 2002; 5: 23-25.
7. Eriksson S. Interval appendicectomy: a retrospective study. *J. Styrod. Eur J Surg.*; 1998; Oct; 164; Vol. 10: 771-774.
8. Brown C.V. Appendiceal abscess: immediate operation or percutaneous drainage? M. Abrishami, M. Muller, G.C. Velmahos. *Am Surg.*; 2003; Oct; 69; Vol. 10: 829-832.