

Лапароскопическая аппендэктомия при остром аппендиците

В.П. Кочуков, А.А. Ложкевич, Е.Г. Островерхова

ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УД Президента РФ,
Московский государственный медико-стоматологический университет

Проведен анализ лапароскопических аппендэктомий за период 2009–2010 гг. В диагностике острого аппендицита, помимо клиничко-лабораторных данных, большое значение придается УЗИ брюшной полости и мониторингу лапароскопии. Подробно описана техника ретроградной аппендэктомии с использованием эндолигатур. Отмечено, что лапароскопическая аппендэктомия значительно сокращает пребывание в стационаре, способствует скорейшей реабилитации больных.

Ключевые слова: лапароскопическая аппендэктомия, эндолигатура.

The authors have analyzed results of laparoscopic appendectomies performed in 2009–2010. A special role in the diagnostics of acute appendicitis belongs to ultrasound examination of the abdominal cavity and to monitoring laparoscopy in addition to standard clinical and lab investigations. A technique of retrograde appendectomy with endoligatures is described in details. It is underlined that laparoscopic appendectomy considerably reduces terms of hospitalization and promotes more rapid rehabilitation of operated patients.

Key words: laparoscopic appendectomy, endoligatures.

Зрелость хирурга определяется его способностью даже малым вмешательством спасти жизнь больного.

И. Литман

Острый аппендицит в настоящее время является самым распространенным хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Его частота составляет 22,8 на 10 000 населения.

Летальность при остром аппендиците составляет 0,1–0,2% при выполнении оперативных вмешательств, при отказе больного от операции летальность возрастает до 10% [1, 3–5].

К сожалению, несмотря на применение современных методов диагностики, включая УЗИ брюшной полости, лапароскопию, количество удаленных неизменных червеобразных отростков, подтвержденных при гистологическом исследовании, составляет от 17 до 47% [2].

Прошло почти 30 лет после того, как в 1983 г. гинеколог Semm из Кильского университета (Германия) впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию, однако до сих пор внедрение лапароскопической аппендэктомии в России проходит тернистый путь, приобретая как ярых сторонников, так и противников.

Внедрение лапароскопической аппендэктомии сопряжено со многими нерешенными вопросами как технического, тактического, так и административного характера.

Очевидные преимущества лапароскопического доступа в плановой хирургии не являются столь бесспорными при экстренной хирургической патологии.

В литературе приводятся противоречивые данные о показаниях и противопоказаниях к диагностической и лечебной лапароскопии при подозрении на острый аппендицит.

На сегодняшний день нет единых стандартов диагностики и лечения острого аппендицита с применением лапароскопии. Некоторые исследователи считают, что преимущества лапароскопического метода аппендэктомии перед «традиционной» операцией не так ярко выражены, как, например, при остром холецистите. Однако, по мнению других авторов, использование лапароскопии

позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений в 2–4 раза по сравнению с «традиционной» аппендэктомией из доступа по Дьяконову – Волковичу (с 16,2 до 8,1–4,1%) [2, 6].

Как ярые сторонники внедрения лапароскопических операций в экстренную хирургию, мы считаем, что необходимо решить следующие задачи: 1) достаточно качественное оснащение лечебных учреждений эндоскопической аппаратурой; 2) подготовка хирургической бригады (с возможным привлечением со стороны подготовленных специалистов), опыт показывает, что «выращивание» собственных специалистов высокочрезвычайно и тупиковый путь; 3) обязательное соблюдение принципов этапного освоения и внедрения лапароскопических операций.

Все вышеперечисленное будет недостаточным, если не сказать, что колоссальную роль играет изменение мышления коллектива лечебного учреждения.

Материалы и методы

За период 2008–2010 гг. лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 87 больных. Возраст пациентов колебался от 15 до 64 лет. Мужчин было 47 (54%), женщин – 40 (46%).

Диагноз острого аппендицита ставили на основании анамнеза больного, клиничко-лабораторных данных, кроме того, в последние годы широко стали использовать при остром аппендиците УЗИ брюшной полости, которое позволяло прежде всего определить наличие жидкости в брюшной полости, наличие инфильтрата в правой подвздошной области, непосредственно червеобразный отросток, его размеры и признаки воспаления.

Наиболее достоверным инвазивным способом диагностики острого аппендицита является мониторинг лапароскопии. Почему именно мониторинг, если иногда используется обычная лапароскопия под местной анестезией, осмотр «глазом» через лапароскоп.

Так как недостатки такого исследования налицо, только мониторинг лапароскопии под наркозом позволяет достаточно точно поставить или отвергнуть диагноз острого аппендицита и исключить другую патологию органов брюшной полости. Введение допол-

нительных троакаров позволяет детально осмотреть все отделы брюшной полости.

Кроме того, именно мониторная лапароскопия под наркозом при наличии признаков острого аппендицита позволяет перейти к лапароскопической аппендэктомии.

Выделение червеобразного отростка из спаек производили крючком с использованием монополярной коагуляции, при обработке брыжейки отростка использовали клипирование и чаще эндопетли с узлом Roeder. Культю отростка лигировали эндопетлей дважды, редко перевязывали ручным интракорпоральным узлом. Клипирование культы отростка никогда не производили, считаем этот способ ненадежным, прежде всего вследствие миграции клипс. Во всех случаях использовали лигатурный способ обработки культы червеобразного отростка как наиболее доступный, простой и надежный.

Результаты и обсуждение

Из 87 больных с острым аппендицитом у 9 (10,3%) пациентов была катаральная форма, у 7 (8,9%) – гангренозная, у 71 (81,6%) – флегмонозный аппендицит. Больные оперированы через 3–4 ч с момента поступления. Количество лейкоцитов у оперированных больных колебалось от 9,5 до 18,2 тыс/мкл. Чувствительность УЗИ брюшной полости при остром аппендиците составила 76,5% (рис. 1).

При проведении обзорной лапароскопии брюшную полость последовательно осматривали против часовой стрелки, начиная с желудка, затем двенадцатиперстную кишку, печень, желчный пузырь и ободочную кишку, ее восходящий отдел, слепую кишку и непосредственно червеобразный отросток. При измененном отростке обязательно завершали осмотр тонкой и толстой кишки, а у женщин – органов малого таза (матка, придатки), особенно обращали внимание на сигмовидную кишку с целью исключения дивертикулита, опухоли сигмовидной кишки, осмотр заканчивали левым поддиафрагмальным пространством.

Необходимо отметить, что при ретроцекальном расположении червеобразного отростка особое внимание обращали на косвенные признаки: гиперемия и отек купола слепой кишки, париетальной брюшины. В случае забрюшинного расположения отростка производили мобилизацию слепой кишки, начиная от купола и про-

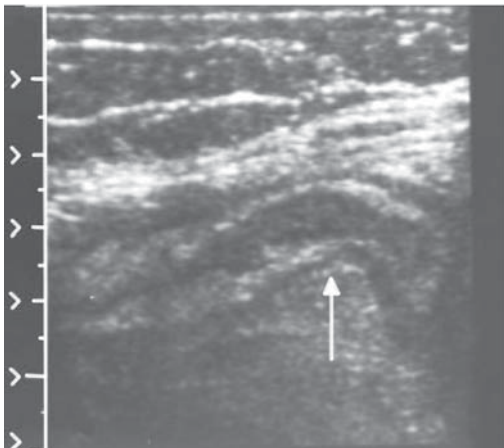


Рис. 1. Увеличение диаметра отростка до 1–1,5 см, эхонегативные включения парааппендикулярно (стрелка).

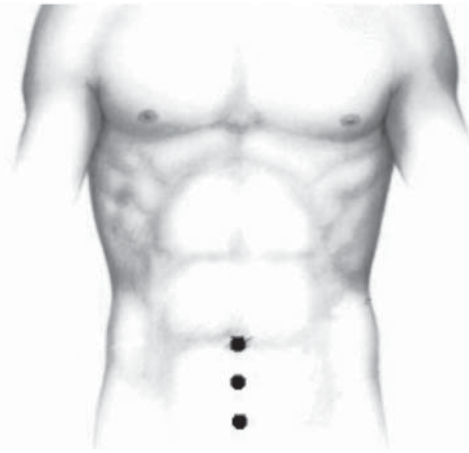


Рис. 2. Точки введения троакаров при лапароскопической аппендэктомии.

ходя вверх, мобилизовали восходящий отдел толстой кишки, иногда червеобразный отросток располагался в подпеченочном пространстве.

При завершении обзорной лапароскопии, которая осуществлялась через 10-миллиметровый доступ в верхней точке Калька, и верификации диагноза острого аппендицита мы дополнительно устанавливали два других порта диаметром 10 мм в мезогастрии справа по среднеключичной линии (на уровне пупка) и диаметром 5 мм по средней линии, на 3 см ниже пупка (рис. 2). Иногда в сложных случаях вводили дополнительно троакар диаметром 5 мм в правой подвздошной области, что позволяло по окончании операции производить через этот доступ дренирование малого таза. Этот доступ использовали для тракции червеобразного отростка и при перевязывании культы отростка ручным интракорпоральным узлом, а в последнее время в связи с использованием эндолигатур мы от дополнительного доступа отказались.

Использование трех троакарных доступов позволяло нам адекватно произвести аппендэктомию и дренирование брюшной полости. С.И. Емельянов [8] рекомендует при выполнении лапароскопической аппендэктомии следующие доступы: троакар диаметром 10 мм в области пупка, два троакара диаметром 5 мм по средней линии ниже пупка.

А.Г. Кригер и соавт. [7] рекомендуют вводить 5 троакаров, 10-миллиметровый в области пупка, 10 (12)-мил-

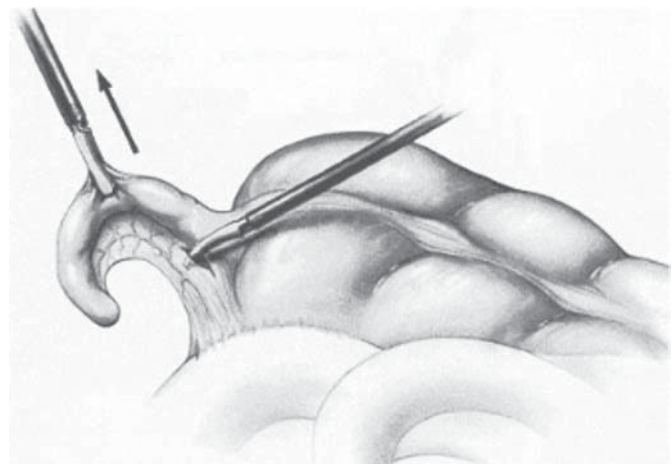


Рис. 3. Проведение лигатуры через отверстие в брыжейке червеобразного отростка.

лиметровый троакар в мезогастрии справа по среднеключичной линии и 5-миллиметровые троакары в обеих подвздошных областях.

Лапароскопическую аппендэктомию выполняли антеградным и ретроградным способами. При ретроградном варианте у основания отростка диссектором прорезывали «окошко», достаточное для введения эндоклипатора (рис. 3), накладывали по 2 клипсы на уходящую и остающуюся части культи отростка, пересекали между клипсами.

Затем на остающуюся часть культи отростка накладывали эндопетлю и затягивали узлом Roeder позади наложенных клипс, вторую эндопетлю накладывали рядом. Клипсы снимали и культю отростка обрабатывали крючком с использованием монополярной коагуляции.

Следующим этапом накладывали на брыжейку отростка эндолигатуру и лигировали, иногда использовали две лигатуры, а в ряде случаев при пересечении брыжейки после лигирования на выделенную аппендикулярную артерию накладывали клипсы. Клипсы с уходящей части отростка не снимали, после лигирования культи отростка и брыжейки червеобразный отросток помещали в контейнер и извлекали через 10-миллиметровый доступ в мезогастрии справа.

Во всех случаях производили забор материала на флору и чувствительность к антибиотикам. Операцию заканчивали санацией и всегда дренированием брюшной полости. Для санации использовали от 100 до 400 мл 0,5% раствора хлоргексидина. Необходимо отметить, что, несмотря на отграниченный и в 5 случаях диффузный характер перитонита, интра- и послеоперационных осложнений не отмечено.

У 10 больных при ретроперитонеальном и ретроцекальном расположении червеобразного отростка мы использовали вскрытие париетального листка брюшины по правому боковому каналу, измененный червеобразный отросток удаляли лапароскопическим способом. Ни в одном случае не потребовалась конверсия. В 5 наблюдениях мы оперировали деструктивный аппендицит с распространенным перитонитом, выполнены полностью лапароскопическая аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. В этих случаях потребовалась постановка двух дополнительных портов. Осложнений в этих наблюдениях мы не наблюдали. Небольшой собственный опыт выполнения подобных лапароскопических вмешательств позволяет нам высказать точку зрения, что в опытных руках данная операция оправдана и должна выполняться строго по показаниям. При этом следует иметь в виду, что лапароскопическая операция не самоцель, а способ оперирования, и всегда помнить о возможном своевременном переходе на традиционную методику оперирования. Продолжительность лапароскопической аппендэктомии в среднем составила 40 мин.

В послеоперационном периоде в течение суток больные получали ненаркотические анальгетики, проводилась антибактериальная терапия, профилактика тромбозов осложнений по показаниям. Выписка больных производилась на 4–5-е сутки, швы снимались амбулаторно, исключение составили больные с распространенным перитонитом, которые были выписаны на 8–9-е сутки.

При лапароскопической аппендэктомии мы наблюдали одно осложнение, кровотечение по дренажу через

10-миллиметровый троакар, у больного на фоне длительного приема тромболитических препаратов. У данного больного выполнена ревизия послеоперационной раны без выявления источника кровотечения. При сравнении сроков госпитализации при традиционной и лапароскопической аппендэктомии необходимо отметить, что при лапароскопической аппендэктомии сроки были сокращены (с 7,8 до 4,5 сут соответственно).

Использование «лигатурного» способа обработки культи червеобразного отростка с наложением, как правило, двух эндопетель либо лигирование с формированием интракорпорального узла ни в одном случае не приводило к несостоятельности культи отростка.

На основании собственного опыта мы считаем целесообразным для профилактики несостоятельности культи отростка использовать две эндолигатуры, этот способ наиболее удобен и прост, а также значительно сокращает время операции и не требует введения дополнительного троакара.

Данный способ позволил нам избежать осложнений во время операции, а также в послеоперационном периоде.

Таким образом, с целью ранней диагностики послеоперационных осложнений лапароскопическая аппендэктомия должна всегда заканчиваться дренированием брюшной полости. Наиболее оптимальным способом обработки культи червеобразного отростка считаем «лигатурный» с использованием двух эндолигатур.

Лапароскопическая аппендэктомия позволила сократить сроки реабилитации в послеоперационном периоде.

Литература

1. Луцевич Э.В., Галямов Э.А., Праздников Э.Н. и др. *Возможности эндохирургии в лечении деструктивных форм острого аппендицита. Здравоохр. Башкортостана.* — 2004. — Т. 3. — С. 65–66.
2. Цуканов Ю.Т., Матвеев Е.В., Трубаева А.В., Будинский А.Н. *Варианты эндоскопической хирургии острого аппендицита в БСМП. Эндоскопическая хирургия.* — 2006. — Т. 2. — С. 148.
3. Васильев А.Ф., Братчиков Е.В., Березницкий А.П. *Осложнения лапароскопической аппендэктомии. Эндоскопическая хирургия.* — 2006. — Т. 2. — С. 27.
4. Тарасенко С.В., Кочуков В.П. *Избранные лекции по госпитальной хирургии. Рязань.* — 2007. — 154 с.
5. Ярцев П.А., Ермолов А.С., Пахомова Г.В. и др. *Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита. Хирургия.* — 2010. — 4. — С. 21–25.
6. Хатьков И.Е., Ходос И.Е., Панкратов А.А., Жданов А.В. *Методология внедрения малоинвазивных технологий в экстренную хирургию. Эндоскопическая хирургия N 5, С. 57–59.*
7. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. *Острый аппендицит. М. Медпрактика.* — М. — 2002. — 244 с.
8. Емельянов С.И. *Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии. Медицинское информационное агентство.* — 2004. — 216 с.