

УДК 616.346.2-002-036.11-072.1

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА

Никоненко А. С., Децьк Д. А., Головкин Н. Г., Клименко А. В., Гайдаржи Е. И., Русанов И. В. ЗГМУ, КУ «ЗОКБ»

Острый аппендицит занимает одно из ведущих мест в структуре острой хирургической патологии. Стандартные способы лечения могут приводить к развитию разного рода осложнений, как со стороны послеоперационной раны, так и как осложнения послеоперационного периода – формирование рубцовых грыж, развитие спаечной болезни. С развитием эндоскопических методов лечения, стала широко внедряться лапароскопическая аппендэктомия, позволяющая минимизировать операционную травму, значительно снизить количество осложнений.

В клинике госпитальной хирургии ЗГМУ на базе отделения хирургии ЗОКБ с 2010 года для лечения острого аппендицита стала применяться лапароскопическая аппендэктомия. За этот период выполнено 42 лапароскопии по поводу различных форм острого аппендицита. Было прооперировано 25(60%) женщин и 17(40%) мужчин. Возраст пациентов от 19 до 71 года, в среднем $33,28 \pm 12,26$ лет. Катаральный аппендицит был у 13(31%) больных, флегмонозный аппендицит у 18(43%), гангренозный – у 8(19%), гангренозно-перфоративный – у 3(7%) больных. У 12(28%) аппендицит сопровождался перитонитом – у 7(58%) местным серозным перитонитом, у 3(25%) – местный гнойный перитонит, у 2(17%) – сформированный периаппендикулярный абсцесс с местным гнойным перитонитом.

Операция выполнялась под общим обезболиванием с ИВЛ из 3-х троакарного доступа. Использовались 2–10 мм и один – 5 мм троакар. У 2(5%) больных с гангренозно-перфоративными формами и сформированными периаппендикулярными абсцессами после попытки мобилизации и выделения слепой кишки с червеобразным отростком выполнена конверсия из-за невозможности разделения сращений и визуализации аппендикса. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. У 3(7%) червеобразный отросток рас-

полагался ретроцекально, ретроперитонеально, что потребовало мобилизации слепой кишки. Во всех случаях брыжейка отростка была коагулирована хуком или граспером с коагуляцией. Во всех случаях был достигнут стойкий гемостаз. У 17(42%) для формирования культи использовали метод клипирования при помощи клипс 8 и 12 мм. В 23(58%) основание перевязывали дважды петлей Рёдера. После отсечения отростка, слизистая на культе коагулировалась. Отросток извлекался из брюшной полости либо через 10 мм троакар при простых формах, либо с помощью полиэтиленового контейнера в нашей модификации. Во всех случаях брюшная полость дренировалась – 1 дренажем на сутки при простых формах и 2–4 дренажа при осложненном течении на срок от 3 до 6 суток. Время оперативного вмешательства от 15 до 90 минут, в среднем $33,12 \pm 18,97$ минут.

В послеоперационном периоде отмечено одно осложнение в виде нагноения троакарной раны. Это осложнение было на этапе освоения методики, когда отросток извлекался через троакар и протягивался через рану. Нагноение купировано в течение 9 суток консервативными методами. Других осложнений отмечено не было.

Сроки пребывания в стационаре от 2 до 8 суток, в среднем $4,02 \pm 1,37$ суток. Активизация больных начиналась с первых суток после операции. Болевой синдром был значительно меньше, чем при обычном способе лечения. Анальгетики использовались в течение от 1 до 3 суток.

Внедрение и широкое использование лапароскопической аппендэктомии в клинической практике позволило значительно снизить риск развития послеоперационных осложнений, снизить количество лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, уменьшить пребывание в стационаре, уменьшить время реабилитации в послеоперационном периоде, улучшить косметический результат операции.