

УДК 616.346.2-002

*Н.Н. Милица, К.Н. Милица, С.Р. Вильданов***ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ***Запорожская медицинская академия последипломного образования*

В статье рассматриваются вопросы использования лапароскопии для лечения пациентов с болью в правой подвздошной области. Цель – повышение эффективности лечения пациентов с болью в правой подвздошной области. Материалом является анализ результатов 20 urgentных видеолапароскопических операций. Результаты: из 20 пациентов с болью в правой подвздошной области острый аппендицит был выявлен лишь в 9 случаях. Апоплексия кисты яичника – в 7 случаях. Выводы: лапароскопия является высокоэффективным методом для дифференцировки боли в правой подвздошной области, особенно у женщин. Лапароскопическая аппендектомия и операции на придатках матки – надежный и безопасный метод, позволяющий добиться хороших результатов лечения.

Ключевые слова: острый аппендицит, «активная» лапароскопия, лапароскопическая аппендектомия.

Воспаление червеобразного отростка является частой, но далеко не основной причиной боли в правой подвздошной области. Клиническую диагностику нельзя назвать совершенной, так как полиморфизм клинических признаков, разнообразие патологий, протекающих с псевдоаппендикулярным синдромом и охватывающих разные возрастные группы больных, нередко приводят к серьезным трудностям при постановке диагноза и в известной мере препятствуют улучшению прогноза заболевания [1].

Острый аппендицит возникает на протяжении жизни у 7% населения земного шара. Аппендэктомию переносит каждый десятый житель планеты. В результате гипердиагностики, то есть – напрасно, выполняется 30% подобных операций. У детей и женщин детородного возраста, из-за сложности дифференциальной диагностики, этот процент возрастает до 40-45%. Удаление неизменного червеобразного отростка оказалось не столь безобидным, как предполагали ранее. Например, у женщин – это одна из причин развития вторичного бесплодия из-за спаечного процесса, возникающего после операции в правой подвздошной ямке и полости малого таза.

Одним из главных достижений современной хирургии является ее малоинвазивное направление. Как показывают исследования, применение лапароскопических технологий в неотложной хирургии уменьшает на 30% сроки пребывания больных в стационаре, сокращает на треть число послеоперационных

осложнений и в 1,5 раза снижает общую летальность [2].

Цель работы – повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся болью в правой подвздошной области.

Материал и методы

Произведена оценка первых 20 выполненных диагностических видеолапароскопических операций при наличии боли в правой подвздошной области и неясном диагнозе. Вначале применялась «активная» лапароскопия с использованием 2 портов: через поперечный дугообразный разрез в нижней части пупочной ямки вводили троакар 10 мм.-камера, над лонном по средней линии под контролем лапароскопа – троакар 10мм.-манипулятор-граспер. С целью декомпрессии мочевого пузыря его катетеризировали. Для выполнения операции дополнительно вводили троакар 5 мм.

Результаты и обсуждение

В 11 случаях заболевание не связано с патологией червеобразного отростка. В 9 случаях диагностирован острый аппендицит.

Целесообразность выполнения лапароскопического вмешательства при неясном диагнозе с последующим переходом на лапароскопическую аппендэктомию, в случае подтверждения диагноза острого аппендицита, признается большинством хирургов [3, 4]. Преимущества лапароскопической аппендэктомии, применяемой в качестве альтернатив-

ной операции при неосложненном аппендиците, доказаны многими зарубежными и отечественными хирургами, однако большинство из них считают осложненные формы аппендицита противопоказанием к данной операции [5, 6]. Лишь для немногих хирургов преимущества лапароскопической аппендэктомии очевидны [4, 7]. Между тем совершенно ясно, что именно пациенты с осложненными формами аппендицита по причине тяжести состояния крайне нуждаются в менее инвазивных методах лечения.

Рассматривая технические аспекты лапароскопической аппендэктомии, нельзя обойти молчанием вопрос о способе обработки культи червеобразного отростка, что является основным техническим моментом операции. Известный детский хирург проф. А.И. Ленюшкин [8] еще в 1960 г. в эксперименте убедительно доказал, что культя аппендикса при лигатурном методе постепенно самостоятельно погружается в слепую кишку.

Средняя длительность лапароскопической операции составила около 60 минут. Интраоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационный период характеризовался стабильным течением с отсутствием потребности в наркотическом обезболивании. Все пациенты на следующие после операции сутки активны и начали принимать жидкую пищу. Хирургических осложнений не отмечено ни в одном случае. Операционные раны во всех случаях зажили первичным натяжением. Все больные выписаны в сроки 3-5 дней после операции.

Широкое использование лапароскопии позволяет полностью исключить напрасные аппендэктомии, которые производятся при неизменном червеобразном отростке и так называемом «катаральном» аппендиците [4, 9].

Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционной: а) меньшая инвазивность, что способствует раннему восстановлению общего самочувствия, двигательной активности, аппетита, функции кишечника; б) значительное уменьшение количества применяемых в послеоперационном периоде анальгетиков; в) меньшая частота послеоперационных осложнений; г) высокая частота выявления сопутствующих

заболеваний органов брюшной полости; д) отличный косметический эффект [4].

Диагностическая лапароскопия, предшествующая аппендэктомии, позволяет полноценно осмотреть брюшную полость, и, при отсутствии изменений в аппендиксе, выявить и ликвидировать другое заболевание (разрыв или перекрут кисты яичника, внематочную беременность, апоплексию яичника и др.) [2].

Электрохирургическая техника в эндогинекологии проявляет себя во всей своей красоте и изяществе, начиная от нежного рассечения плоскостных спаек и заканчивая надежной коагуляцией маточной артерии [10].

Лапароскопический доступ практически исключает нагноение раны, расхождение ее краев, кровотечение, эвентрацию и развитие других осложнений. Минимальная площадь повреждения брюшины сводит к минимуму условия для возникновения спаечных послеоперационных осложнений [4].

Главное отличие видеолапароскопических от традиционных вмешательств, выполненных посредством лапаротомии, состоит в том, что при одинаковом объеме основного этапа операции реабилитация больных наступает гораздо быстрее [10]. Это объясняется, прежде всего, малой степенью аэрации брюшной полости и минимальным контактом рук хирурга с органами и тканями брюшной полости. Проведенные J. M. Garbut et al. [11] и R. Golub et al. [12] проспективные рандомизированные исследования в плане преимущества лапароскопических операций показали уменьшение количества послеоперационных осложнений и сокращения сроков нахождения больных в стационаре.

Выводы

1. «Активная» лапароскопия является высокоэффективной в дифференциальной диагностике заболеваний, сопровождающихся болью в правой подвздошной области, особенно у женщин. Методика дает возможность избежать диагностических ошибок.

2. Лапароскопическая аппендэктомия и операции на придатках матки – надежный и безопасный метод, позволяющий добиться хороших результатов лечения.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ В ПРАВІЙ КЛУБОВІЙ ОБЛАСТІ. МЕТА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ В ПРАВІЙ КЛУБОВІЙ ОБЛАСТІ. МАТЕРІАЛОМ Є АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ 20 УРГЕНТНИХ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ. РЕЗУЛЬТАТИ: З 20 ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ В ПРАВІЙ КЛУБОВІЙ ОБЛАСТІ ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ БУВ ВИЯВЛЕНИЙ ЛИШЕ В 9 ВИПАДКАХ. ВИВОДИ: ЛАПАРОСКОПІЯ Є ВИСОКОЕФЕКТИВНИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ БОЛЮ В ПРАВІЙ КЛУБОВІЙ ОБЛАСТІ, ОСОБЛИВО У ЖІНОК. ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ І ОПЕРАЦІЇ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ – НАДІЙНИЙ І БЕЗПЕЧНИЙ МЕТОД, ЩО ДОЗВОЛЯЄ ДОБИТИСЯ ДОБРИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ.

М.М. Милиця, К.М. Милиця, С.Р. Вільданов

У статті розглядаються питання використання лапароскопії для лікування пацієнтів з болем в правій клубовій області. Мета підвищення ефективності лікування пацієнтів з болем в правій клубовій області. Матеріалом є аналіз результатів 20 ургентних відеолапароскопічних операцій. Результати: з 20 пацієнтів з болем в правій клубовій області гострий апендицит був виявлений лише в 9 випадках. Висновки: лапароскопія є високоефективним методом для диференціювання болю в правій клубовій області, особливо у жінок. Лапароскопічна апендектомія і операції на придатках матки – надійний і безпечний метод, що дозволяє добитися добрих результатів лікування.

Ключові слова: гострий апендицит, „активна” лапароскопія, лапароскопічна апендектомія.

DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH PAIN IN RAIGHT ILIAC AREA

N.N. Militsa, K.N. Militsa, S.R. Vildanov

In article questions of use of a laparoscopy for treatment of patients with a pain in right iliac area are considered. Aim increase of efficiency of treatment of patients with a pain in right iliac area. Material is the analysis of results 20 urgent laparoscopy operations. Results: from 20 patients with a pain in right iliac area the acute appendicitis has been revealed only in 9 cases. Conclusions: the laparoscopy is a highly effective method for a pain differentiation in right iliac area, especially at women. Laparoscopic appendectomy and operations on uterus appendages – the reliable and safe method, allowing to achieve good results of treatment.

Key words: an acute appendicitis, „an active“ laparoscopy, laparoscopic appendectomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пронин В.О. Патология червеобразного отростка и аппендектомия. / В.О. Пронин, В.В. Бойко – Х.: СІМ, 2007. – С. 8.
2. Конверсия при лапароскопических операциях // А. Касумьян, А.Ю. Некрасов, Б.А. Покусаев и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 4. – С. 30.
3. Interval appendectomy for perforated appendicitis in children. / A.J. Bufo, R.S. Shah, M.H. Li et al. // J Laparoendosc Adv Surg Tech. – 1998 (submitted).
4. Дронов А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт) / А.Ф. Дронов, В.И. Котловский, И.В. Поддубный // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 16-20.
5. Fingerhut A. Laparoscopic versus open appendectomy: time to decide. / A. Fingerhut, B. Millat, F. Borine // Wld J Surg. – 1999. – Vol. 23, № 8. – P. 835-845.
6. Laparoscopic appendectomy in children. / L.B. Martin, W.S. William, B.S. Shankar Laksman et al. // Semin Laparoscop Surg. – 1998. – Vol. 5, № 1. – P. 14-18.
7. Randomized sing-blinded trial of laparoscopic versus open appendectomy in children: effects on postoperative analgesia. / C. Lejus, Delile et al. // Anesthesiology. – 1996. – Vol. 84, № 4. – P. 801-806.
8. Ленишкин А.И. Методика обработки культи червеобразного отростка при аппендэктомии у детей / А.И. Ленишкин: Автореф. дис ... канд. мед.наук. – М.: 1961.
9. Дронов А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия у детей. / А.Ф. Дронов, В.И. Котловский, И.В. Поддубный // Серия «Новые медицинские технологии»: – Вып. 3. – М., 1998.
10. Бронштейн А.С. Лапароскопическая хирургия. Состояние проблемы и собственный опыт / А.С. Бронштейн, О.Э. Луцевич, В.Л. Ривкин // Междунар. мед. журн. – 1998. – № 3. – С. 203-207.
11. Intraabdominal abscess after laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis / S.L. Krisher, A. Browne, A. Dibbins et al. // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136, № 4. – P. 438-441.
12. Jackson S.D. Diode-pumped fiber lasers: A new clinical tool? / S.D. Jackson, A. Lauto // Lasers Surg. Med. – 2002. – Vol. 30, № 3. – P. 184-190.

Стаття надійшла 28.02.2011