

ПЕРСПЕКТИВИ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Богачов Д. В., Марус І. В., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. В. В. Леонов

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Результати лікування хворих з гострим апендицитом залежать від багатьох причин: своєчасної та точної діагностики, правильно визначених показів до оперативного втручання, термінів їх виконання, адекватності вибору доступу в черевну порожнину та лікувальних заходів. Беззаперечно у 80% хворих з гострим апендицитом всі наведені причини враховуються при традиційній апендектомії. Але беззаперечно також є частота діагностичних помилок при гострому апендициті в 12-31%. В таких випадках видаляється незмінений червоподібний відросток без адекватної ревізії черевної порожнини. Летальність при гострому апендициті утримується на рівні 0,1-0,2% без тенденції до зниження. Недоліками класичної апендектомії вважаємо обмежену можливість ревізії та санації черевної порожнини, травматичність такої ревізії та пов'язані з нею спайкові післяопераційні ускладнення, можливі нагноєння операційної рани та утворення післяопераційних гриж, відносно довгий період непрацездатності у осіб фізичної праці. Цим пояснюється підвищений інтерес до лапароскопічної методики апендектомії, при якій відсутні перераховані недоліки.

Мета роботи: привернути увагу практикуючих лікарів до лікування найбільш поширеної гострої хірургічної патології – гострого апендициту, з використанням широких можливостей сучасних малоінвазивних відеоендохірургічних оперативних втручань, як менш травматичних і високоефективних.

Матеріали і методи: Для аналізу результатів лапароскопічної апендектомії використано клінічний матеріал хірургічних відділень лікарень Сум та Харкова. Спроба лапароскопічної апендектомії застосована у 42 пацієнта у віці від 17 до 73 років (середній вік 29,3 роки). Серед них було чоловіків 10 (23,8%) та 32 (76,2%) жінок. Лапароскопічну апендектомію вдалося виконати у 39 (92,9%) хворих, у 3 (7,1%) випадків перейшли до традиційного способу хірургічного лікування. Для обробки брижі червоподібного відростка використовували моно- та біполярну електрокоагуляцію з обов'язковим кліпуванням артерії. Куксу відростка, як правило, перев'язували однією лігатурою з наступною монокоагуляцією слизової оболонки без традиційної перитонізації кисетним швом. Гістологічно в 10 (23,8%) спостережень зафіксовано катаральний, в 28 (66,7%) - флегмонозний, та в 4 (9,5%) - гангренозний апендицит. Місцевий серозний перитоніт виявлено у 14 (33,3%), дифузний серозно-фібринозний у 4 (9,5%) лапароскопічно оперованих хворих. Перехід до лапаротомного типового доступу був зумовлений наявністю щільного апендикулярного інфільтрату. Тривалість лапароскопічної апендектомії коливалась від 35 до 95 хвилин та склала в середньому 65 хвилин. Ускладнень в післяопераційному періоді ми не спостерігали. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі склала 3,5 днів.

Висновки: Лапароскопічна апендектомія в переважній більшості хірургічних клінік нашої держави на сьогодні не отримала такого широкого застосування, як для прикладу лапароскопічна хлещистектомія. Перш за все це пов'язано з тим, що переваги лапароскопічної операції перед традиційною при видаленні червоподібного відростка не настільки вражаючі, як при видаленні жовчного міхура. До того ж, для неї необхідне дорогокоштуюче обладнання та деякі організаційні перевлаштування на місцях, які змогли би забезпечити можливість експлуатації ендовідеохірургічного обладнання цілодобово. Аналізуючи багаточисленні публікації в світовій медичній літературі та враховуючи власний досвід можна стверджувати про переваги лапароскопічного методу перед традиційним: легкий та комфортний перебіг післяопераційного періоду, відсутність больових відчуттів у 80-90% пацієнтів, короткий (16 годин – 72 години \approx 28 годин) період госпіталізації, швидке відновлення працездатності, значно зменшена кількість післяопераційних ускладнень, або вони відсутні зовсім.