

Литературные ссылки

1. Оценка изменений слизистой оболочки желчных протоков и состава желчи при остром холангите / А.П. Седов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 22–27.

2. Рыбачков, В.В. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, Е.Н. Кабанов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 28–32.

3. Столин, А.В. Значение признаков системного воспалительного ответа в диагностике и лечении гнойного холангита / А.В. Столин, Е.В. Нишневич, М.И. Прудков // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 16–21.

4. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo Guidelines / K. Wada et al. // Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007. – Vol. 14. № 1. – P. 52–58.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Амельченя О.А., Рычагов Г.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. На сегодняшний день лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является хорошей альтернативой традиционной операции (ТАЭ). Однако продолжается дискуссия о целесообразности применения лапароскопии во время беременности.

Цель исследования. Сравнить результаты ЛАЭ и ТАЭ у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 64 ТАЭ и 27 ЛАЭ у беременных, госпитализированных в 3 ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска. В таблице представлен выбор способа аппендэктомии в зависимости от триместра беременности.

Вид операции	Триместр беременности			Итого
	I	II	III	
ТАЭ	17	39	8	64
ЛАЭ	10	17	не было	27

Преобладание ТАЭ связано с относительно недавним внедрением ЛАЭ у беременных в нашей клинике и отсутствием навыка этой операции у ряда хирургов.

Результаты. У всех прооперированных беременных червеобразный отросток имел типичное расположение. Существует мнение, что по мере увеличения срока беременности происходит смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка [1, 2, 3]. Однако имеются публикации, в которых авторы утверждают, что зависимости между сроком беременности и расположением червеобразного отростка нет. Атипичное расположение встречается с той же частотой, что и у небеременных женщин [4, 5].

Необходимо отметить, что существуют трудности в интерпретации эндоскопической картины острого аппендицита. Это связано с проблемой визуализации червеобразного отростка при вариантах его расположения, а также сложностью оценки его макроскопических изменений, а именно, вторичных, что наиболее часто наблюдается во время беременности. При сопоставлении макроскопической лапароскопической картины формы острого аппендицита у пациентов, которым была выполнена ЛАЭ, и гистологического описания удаленного червеобразного отростка, соответствие было выявлено у 24 (88,89%) пациенток.

При изучении ближайших результатов лечения установлено, что после ТАЭ выполнялась релапаротомия по поводу послеоперационного перитонита – 3,13%, свищ слепой кишки вследствие несостоятельности культи червеобразного отростка наблюдался у 1,56%, у 6,25% пациенток развились осложнения со стороны послеоперационной раны (нагноение раны, лигатурный свищ). После ЛАЭ подобных осложнений не выявлено.

С целью оценки течения послеоперационного периода был проведен телефонный опрос всех женщин, которым выполнялась ТАЭ и ЛАЭ.

После проведения ЛАЭ 5 (18,52%) женщин отмечали наличие длительного болевого синдрома (около месяца) в местах проколов брюшной стенки. Рецидив боли в правой подвздошной области у прооперированных больных не наблюдался.

8 (29,63%) беременных женщин были госпитализированы в позднем послеоперационном периоде в акушерско-гинекологические отделения в связи с возникшей угрозой прерывания беременности. Во II триместре беременности были 6 (75%) женщин и 2 (25%) – в I.

Родоразрешение проведено естественным путём у 20 (74,07%) женщин, у 7 (25,93%) выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям.

Анализ результатов ТАЭ показал, что 28 (43,75%) женщин отмечали наличие длительного болевого синдрома (более месяца) в области послеоперационной раны. Рецидив боли в правой подвздошной области выявлен у 14 (21,88%) женщин. 42 (65,63%) женщины оценили состояние рубца как крайне не-удовлетворительное.

20 (31,25%) беременных женщин были госпитализированы в позднем послеоперационном периоде в акушерско-гинекологические отделения в связи с возникшей угрозой прерывания беременности. Во II триместре беременности были 12 (18,75%) женщин, в III – 8 (12,5%).

Родоразрешение проведено естественным путём у 45 (70,31%) женщин, у 19 (29,69%) выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям.

При сравнении показателей качества жизни по опроснику Sf-36 определяется статистически значимое снижение показателей физического здоровья у беременных после ТАЭ в сравнении с ЛАЭ на всех периодах наблюдения ($p < 0,05$). Но не выявлено аналогичной закономерности по показателям психического здоровья ($p > 0,05$).

Заключение. Выполнение ЛАЭ у беременных является приоритетным по сравнению с ТАЭ, так как позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

Литературные ссылки

1. Кригер, А.Г., Федоров, А.В., Воскресенский, П.К., Дронов, А.Ф. Острый аппендицит. – М: Медпрактика-М. – 2002. – 244 с.
2. Савельев, В.С., Абакумов, М.М., Бакулева, Л.П. и др. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М: Медицина. – 1986. – 608 с.
3. Шевчук, М.Г., Хохоля, В.П., Шевчук, И.М. Аппендицит у женщин. – Киев: Здоров'я. – 1992. – 144 с.
4. Charles A., Popkin B.A., Lopez P.P. et al. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. Am J Surg 2002; 183:1: 20–22.
5. Hodjati H, Kazerooni T. Location of the appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. Int J Gynaecol Obstet. – 2003; 81:3: 245–247.