

Литературные ссылки

1. Гарелик, П.В., Жандаров, К.Н., Савицкий, С.Э. и др. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации. – Гродно, 2008. – 32 с.
2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. // N.Y.: Escom, 1990. – 1196 p.
3. Морфологические изменения в поджелудочной железе и аминокислотный дисбаланс при остром панкреатите / П.М. Ложко, Л.И. Нефёдов, И.Г. Жук, В.Ю. Смирнов, Е.М. Дорошенко, М.Н. Курбат // Здоровоохранение. – 1997. – № 2. – С. 17–19.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЭКТОМИЙ

*Колешко С.В., Цилиндзь И.Т., Польшинский А.А.,
Амиев Р.В., Филипович А.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) – наиболее распространённое хирургическое заболевание в мире. За последнее десятилетие лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) становится всё более популярной за счёт более точной диагностики заболевания, лёгкого течения послеоперационного периода, сокращения сроков пребывания в стационаре, раннего восстановления трудоспособности, а также хорошего косметического результата после операции [1]. Тем не менее, остаётся открытым вопрос, какой вид аппендэктомии предпочесть [2].

Цель исследования: проанализировать и обобщить результаты лечения пациентов с острым аппендицитом.

Материалы и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 349 пациентов с ОА, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2010 по 2011 годы. Возраст пациентов был от 16 до 73 лет, женщин было 178 (51,3%), мужчин – 171 (48,7%). В качестве критерия формы аппендицита были использованы заключения гистологических исследований.

Результаты. За два года в клинике из всех 3144 операций по поводу различной хирургической патологии было проведено 349 (11,1%) операций по поводу ОА. Из них ЛА была произведена в 234 (67,1%) случаях, что от общего числа лапароскопических операций (1281) составило 18,3%. Открытым способом было прооперированно 115 (33%) пациентов. По поводу катарального аппендицита было выполнено 24 (20,9%) операции, из них в одном случае ОА сочетался с наличием дивертикула Меккеля, а одна пациентка была во 2-м триместре беременности. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 72 (62,6%) пациентов, из них 2 пациентки были на поздних сроках беременности. По поводу острого гангренозного аппендицита было прооперированно 19 пациентов, что составило 16,5% от общего числа пациентов, прооперированных открытым способом. Из них в 7 (36,8%) случаях была выявлена перфорация червеобразного отростка, осложненная наличием местного перитонита – 3 случая, диффузного перитонита – 2 случая, разлитого перитонита – 1 случай и в одном случае аппендикс располагался ретроцекально ретроперитонеально и осложнялся наличием ретроцекального абсцесса. Из осложнений после аппендэктомии из лапаротомного доступа мы наблюдали: нагноение послеоперационной раны – 5 пациентов (4,4%), у 2 пациентов (1,8%) – абсцесс брюшной полости, у 1 (0,9%) – ранняя спаечная кишечная непроходимость, что сопоставимо с данными других авторов [3]. Основной причиной выбора в пользу открытой аппендэктомии являлись: недостаточная профессиональная подготовка хирурга, спаечный процесс в малом тазу и правой подвздошной ямке, позднее поступление пациента в стационар с наличием клиники перитонита, сочетание клиники ОА с беременностью поздних сроков, а также наличие общих противопоказаний к лапароскопии (острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, обструктивные заболевания легких и др.). Лапароскопическим способом было прооперировано 234 пациента, что составило 67,1% от всех аппендэктомий. Острый катаральный аппендицит был выявлен у 49 (20,9%) пациентов, из них у 5 (10,2%) пациентов пришлось перейти на открытую аппендэктомию из-за выраженного спаечного процесса в малом тазу (1 случай), отсутствия рабочего пространства из-за ожирения 3 степени (1), ретроцекального ретроперито-

неального расположения аппендикса (3). Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован в 162 (69,2%) случаях. При этом конверсия была осуществлена у 11 (6,8%) пациентов в связи с ретроцекальным ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка – 8 случаев, расположением отростка в рыхлом инфильтрате – 2 случая, и в одном случае ОА сочетался с терминальным илеитом. Острый гангренозный аппендицит был выявлен в 23 случаях, что от общего числа лапароскопических аппендэктомий составило 9,8%. При данной патологии к переходу на открытую аппендэктомию пришлось прибегнуть в 14 (60,9%) случаях. Причиной конверсии явились: ретроцекальное ретроперитонеальное расположение отростка – 5 случаев, перфоративный аппендицит с перитонитом (5), расположение верхушки отростка в тазовом инфильтрате (1), спаечный процесс в подвздошной ямке (1), вскрывшийся аппендикулярный абсцесс (1), подпеченочное расположение аппендикса (1). При наличии аппендикулярного перитонита мы считали возможным закончить операцию лапароскопическим способом только тогда, когда имелась возможность обеспечить адекватную санацию брюшной полости. Переход от ЛА к открытой аппендектомии был осуществлен в 30 случаях, что составило 12,8%. Из осложнений после ЛА мы наблюдали инфильтрат правой подвздошной ямки – у 5 (2,1%) пациентов, которые после проведения консервативного лечения выздоровели.

Заключение. Таким образом, учитывая минимальную травматизацию брюшной стенки и полости, минимальный контакт инфицированного материала с тканями брюшной стенки и, следовательно, уменьшение риска раневых осложнений, возможность ограничиться диагностической лапароскопией или выполнить лапароскопическое вмешательство при обнаружении другой патологии, хорошую переносимость, хорошие косметические результаты, раннюю реабилитацию, малую вероятность спаечного процесса в брюшной полости, ЛА можно с полным правом считать эффективным и перспективным методом лечения ОА.

Литературные ссылки

1. Тимошин, А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. – М.:

Триада-Х, 2003. – 216 с.

2. Дронов, А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт) /А.Ф. Дронов, В.И. Котлобовский, И.В. Поддубный // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 16–20.

3. Николаев, Н.Е. Основные причины до- и послеоперационных осложнений острого аппендицита / Н.Е. Николаев, Н.Я. Бовтюк, И.Б. Потенко // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. №1. – С. 112–117.

ЗАПУЩЕННЫЕ ФОРМЫ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

Колоцей В.Н., Кринец О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь,
Центральный госпиталь провинции Бие, г. Куито, Ангола

Актуальность. Инвагинация является самым часто встречаемым видом приобретенной кишечной непроходимости, составляющей 70–80 % всех видов кишечной непроходимости у детей. Особенно часто заболевание встречается в азиатских странах, Австралии, Африке. В большинстве случаев причины неизвестны. Считают, что предрасполагающими факторами могут быть высокая подвижность слепой кишки, мезаденит, полипы и другие доброкачественные опухоли стенки кишки, геморрагическая пурпура, кишечные инфекции и другие. Несмотря на немалое число клинических исследований и публикаций об этом серьезном для детского возраста заболевании, существуют все еще нерешенные проблемы, касающиеся этиопатогенеза, клинических симптомов и частоты их проявления, методов лечения и его результатов.

Цель работы: презентация трех запущенных случаев инвагинации, лечившихся в хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие.

Материалы и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2009–2012 гг. проходили лечение 3 пациента с крайне запущенной формой илеоцекальной инвагинации. Это были дети в возрасте от 5 месяцев до 1 года и 8 месяцев. Сроки от момента забо-