

УДК 616.346.2-002-089: 616.381-072.1

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

*Н.В. Ташкинов, Б.М. Козут, Н.И. Бояринцев, И.Н. Стрельцова, Н.В. Куликова, А.Н. Паненков*

Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

**Ключевые слова:** острый аппендицит, лапароскопия, аппендэктомия.

Проведен сравнительный анализ результатов стандартной и оптимизированной тактики оперативного лечения острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка у 95 больных. В 1998–2002 гг. аппендэктомия через лапаротомный доступ, как правило, выполнялась без предшествующей лапароскопии. В группе с оптимизированной тактикой (2003–2011) выбор метода оперативного лечения осуществлялся в зависимости от варианта расположения аппендикса и наличия осложнений аппендицита, выявленных при лапароскопии. В качестве методов оптимизации использовалась лапароскопия, лапароскопическая и видеоассистированная аппендэктомия, а также послеоперационная санационная лапароскопия. Широкое применение оптимизированной тактики лечения позволило в 84,4% наблюдений установить правильный диагноз, уменьшить частоту срединных лапаротомий с 46,2 до 10,7% случаев, а также снизить частоту послеоперационных раневых осложнений с 23,1 до 8,9%.

По данным литературы, ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка наблюдается у 2,5–11,3% больных с острым аппендицитом [4, 5, 13], а летальность при этой локализации воспаленного аппендикса доходит до 1,2% [5]. Увеличение частоты осложнений и летальных исходов связано здесь с поздней диагностикой острого аппендицита, что нередко приводит к выполнению операции на стадии тяжелых осложнений (разлитой перитонит, периаппендикулярный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства и т.д.), а также с техническими трудностями аппендэктомии [5, 6, 10, 15].

В настоящее время наиболее распространенным доступом при оперативном лечении острого аппендицита является лапаротомный, однако в последнее десятилетие во многих клиниках страны стала широко применяться лапароскопическая аппендэктомия. Несмотря на большое количество работ, посвященных лапароскопической аппендэктомии, в литературе имеются лишь единичные исследования, свидетельствующие об успешном проведении данного вмешательства при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка [8, 11]. Многие эндохирурги при данной локализации отростка отказываются от лапароскопической аппендэктомии в пользу «открытого» вмешательства, особенно при осложненных формах острого аппендицита [1, 9, 12]. В то же время в литературе имеется большое количество работ, свидетельствующих о высокой эффективности лапароскопических вмешательств при перитоните, в том числе в послеоперационном периоде [2, 3, 7]. Все вышеизложенное

диктует необходимость более углубленного изучения различных аспектов оперативного лечения больных с острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

**Материал и методы.** Работа выполнена на базе хирургического отделения № 1 Городской клинической больницы № 11 г. Хабаровска. Исследование основано на анализе результатов лечения 95 больных острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка из 2823 пациентов, перенесших аппендэктомию с января 1998 по декабрь 2011 г.

Все больные с ретроперитонеальным расположением аппендикса условно разделены на две группы. В контрольную группу вошли 39 человек, оперированных с января 1998 по декабрь 2002 г. В этот период аппендэктомия выполнялась через лапаротомный доступ и, как правило, без предшествующей лапароскопии (последняя осуществлена в 7 случаях – 17,9%). Основную группу сформировали 56 пациентов, оперированных с января 2003 по декабрь 2011 г. В этой группе выбор оперативного доступа (лапаротомный, лапароскопический и видеоассистированный) осуществлялся в зависимости от варианта ретроперитонеального расположения червеобразного отростка и наличия осложнений острого аппендицита, выявленных при лапароскопии, а при некупируемом послеоперационном перитоните применялась лапароскопическая санация брюшной полости. В основной группе лапароскопия выполнена в 25 случаях – 44,6%.

В соответствии с принятым в клинике диагностическим алгоритмом при сомнении в диагнозе острого аппендицита больным выполнялось ультразвуковое исследование почек, матки, придатков, желчного пузыря и поджелудочной железы, а также лапароскопия.

В качестве критерия послеоперационных осложнений мы руководствовались рекомендациями Всероссийского съезда хирургов (Краснодар, 1995), где указано, что осложнения лапароскопических и хирургических вмешательств – это ухудшение состояния здоровья больного, что является прямым следствием операции, требует изменение хирургической тактики и сопровождается увеличением продолжительности лечения [14].

**Результаты исследования.** Полное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка встретилось в 29 случаях, неполное – в 66. Лапароскопия, проведенная в 11 случаях при полном ретроперитонеальном и в 21 случае при неполном ретроперитонеальном расположении аппендикса, позволила установить

Таблица 1

Методы операций у больных с острым ретроперитонеальным аппендицитом

Операция	Контрольная группа		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Срединная лапаротомия, аппендэктомия	18	46,1	6	10,7
Аппендэктомия через косой переменный разрез	19	48,7	38	67,9
Видеоассистированная аппендэктомия	1	2,6	5	8,9
Лапароскопическая аппендэктомия	1	2,6	7	12,5
<i>Всего:</i>	39	100,0	56	100,0

Таблица 2

Частота местных осложнений у больных с острым ретроперитонеальным аппендицитом

Группа	Осложнения			
	со стороны раны		со стороны брюшной полости	
	абс.	%	абс.	%
Контрольная	9	23,1	4	10,2
Основная	5	8,9	4	7,1

диагноз в 8 и 19 случаях соответственно. Сомнения в диагнозе возникли в 5 наблюдениях (15,6%): у 2 больных с неполным ретроперитонеальным расположением отростка видимая часть отростка была не изменена; у 3 больных с полным ретроперитонеальным расположением отростка отсутствовали признаки воспаления в области предполагаемой локализации аппендикса. Во всех 5 случаях была проведена срединная лапаротомия с рассечением заднего листка париетальной брюшины и выделением отростка.

В 4 наблюдениях в основной группе после аппендэктомии сохранялись явления местного перитонита, что потребовало лапароскопии и санации брюшной полости с хорошим эффектом в ближайшем послеоперационном периоде.

Широкое применение лапароскопии позволило значительно уменьшить травматичность вмешательств за счет уменьшения частоты срединных лапаротомий (табл. 1). Также использование оптимизированной хирургической тактики позволило значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений (табл. 2).

**Обсуждение полученных данных.** При сравнительной оценке эффективности различных тактических подходов в лечении острого аппендицита с ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка мы учитывали травматичность оперативных вмешательств и частоту раневых и внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

На основании проведенного исследования можно заключить, что информативность лапароскопии в

диагностике острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка превышает 80%. Расширение показаний к лапароскопическим и видеоассистированным операциям позволяет значительно уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значительно уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений. Лапароскопия в сочетании с санацией брюшной полости является эффективным компонентом в комплексном лечении некупируемого послеоперационного перитонита.

#### Литература

1. Борисов А.Е., Левин Л.А. Лапароскопическая аппендэктомия // *Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства*. СПб.: Янус, 2002. С. 63–75.
2. Бояринцев Н.И., Николаев Е.В., Ташикин Н.В. и др. Современное лечение послеоперационных абдоминальных осложнений // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2004. № 4. С. 37–38.
3. Вишневская А.Н., Стегний К.В., Раповка В.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2011. № 1. С. 34–36.
4. Дунаева Т.В., Захаров Д.В., Уханов А.П. и др. Сравнительный анализ клинического, ультразвукового и интраоперационного обследования у больных с острым аппендицитом с атипичным расположением червеобразного отростка // *Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского*. 2011. Т. 6, № 1. С. 144.
5. Корота В.Р. Острый аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2005. 220 с.
6. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит // М.: Медпрактика, 2002. 244 с.
7. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С. и др. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Хирургия*. 2003. № 8. С. 19–23.
8. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Синьков А.А. и др. Лечение деструктивных форм острого аппендицита в хирургической клинике // *Эндоскопическая хирургия*. 2006. № 2. С. 77.
9. Оловянный В.Е., Кислов В.А., Попов В.В. Является ли лапароскопическая аппендэктомия легковыволнимым и безопасным вмешательством // *Эндоскопическая хирургия*. 2009. № 1. С. 157–158.
10. Савельев В.С., Петухов В.А., Савчук Б.Д. Острый аппендицит // *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева*. М.: Триада-Х, 2005. С. 153–208.
11. Сажин А.В., Коджоглян А.А., Мосин С.В. и др. Концепция малоинвазивной хирургии острого аппендицита // *Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского*. 2011. Т. 6, № 1. С. 45–46.
12. Сажин В.П., Федоров А.В., Сажин А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 450 с.
13. Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Глузский С.А., Балалыкин А.С. Видеолапароскопия при атипичных формах острого аппендицита и его осложнениях // *Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского*. 2011. Т. 6, № 1. С. 119.
14. Яблоков Е.Г. VIII съезд хирургов России // *Хирургия*. 1996. № 3. С. 79–80.
15. Willharm A. Gras F, Muckley T, Hofmann G. Necrotizing fasciitis after "banal" back pain. An unusual course of a retrocecal appendicitis and its sequelae // *Chirurg*. 2010. Vol. 81. No. 5. P. 472–476.

Поступила в редакцию 25.05.2012.

**METHODS OF IMPROVING RESULTS OF SURGERY ON ACUTE APPENDICITIS IN CASE OF RETROPERITONEAL LOCATION OF VERMIFORM APPENDIX**

*N.V. Tashkinov, B.M. Kogut, N.I. Boyarintsev, I.N. Streltsova, N.V. Kulikova, A.N. Panenkov*

*Far Eastern State Medical University (35 Muravyov Amursky St. Khabarovsk 680000 Russia)*

**Summary** – The paper provides comparative analysis of the results of standard and optimized approach to performing surgery on acute appendicitis with retroperitoneal location of the vermiform appendix in 95 patients. In 1998–2002 the appendectomies through the laparotomy incision were performed, as a rule, without previously performed

laparoscopy. With respect to the patients group with the optimized approach (2003–2011) the method of surgery was chosen, depending on the location of the appendix and the appendicitis-associated complications detected during the laparoscopy. The laparoscopy, laparoscopic and video-assisted appendectomy and post-operative sanitation laparoscopy were used as methods of optimization. The wide application of the optimized approach allowed in 84.4% of cases to accurately diagnose, decrease the frequency of median laparotomies from 46.2 to 10.7% of cases, and reduce the frequency of post-operative wound complications from 23.1 to 8.9%.

**Key words:** *acute appendicitis, laparoscopy, appendectomy.*

*Pacific Medical Journal, 2012, No. 4, p. 65–67.*

УДК [616.24-007.271-036.12:616.12-009.72]-07

**ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА И СОСТОЯНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ЕЕ СОЧЕТАНИИ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

*О.В. Голотина<sup>1</sup>, В.А. Невзорова<sup>1</sup>, О.И. Шекунова<sup>1</sup>, Е.А. Кочеткова<sup>1</sup>, Р. Кесслер<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

<sup>2</sup> Университет им. Луи Пастера (4 rue Blaise Pascal F-67070 Strasbourg Cedex, Франция)

**Ключевые слова:** *хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, газометрия крови.*

У 54 пациентов с изолированной хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и у 49 пациентов с ХОБЛ, ассоциированной со стабильной стенокардией, проведен анализ легочной гемодинамики и газового состава артериальной крови, а также эхокардиография с доплерографией. Показано, что степень легочной гипертензии зависит только от стадии ХОБЛ. Наличие сочетанной кардиопульмональной патологии резко повышает риск сердечно-сосудистых осложнений и ухудшает прогноз для данной категории больных.

Сердечно-сосудистая патология занимает ведущее место среди причин нетрудоспособности и смертности у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) независимо от ее стадии [3]. Диагностика сердечно-сосудистой патологии при ХОБЛ представляет определенные сложности вследствие нетипичной и малоинформативной клинической симптоматики и трудностей в выполнении инструментальных исследований [1]. Одним из типичных сердечно-сосудистых осложнений при ХОБЛ является повышение давления в системе легочной артерии, которое влияет на продолжительность жизни пациентов и прогноз заболевания [4]. В то же время состояние легочной гемодинамики при сочетанной кардиопульмональной патологии является предметом дискуссии. Остается неясным вопрос влияния ишемической болезни сердца (ИБС) на показатели давления в легочной артерии [5]. Как известно, ХОБЛ сопровождается нарушением вентилиционно-перфузионных соотношений, что может приводить к артериальной гипоксемии и гиперкапнии, ухудшать кислородное обеспечение миокарда и снижать компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы [2].

Цель исследования: проанализировать состояние легочной гемодинамики и газового состава крови при ХОБЛ, ассоциированной со стабильной стенокардией напряжения.

**Материал и методы.** Исследование проведено в отделении физиологии и функциональной диагностики органов дыхания университетской больницы г. Страсбурга (Франция) и в отделении пульмонологии и кардиологии Городской клинической больницы № 1 г. Владивостока. За 2006–2008 гг. обследовано 103 пациента (61 мужчина и 42 женщины) в возрасте 52,4±5,7 года с изолированной ХОБЛ II, III и IV стадий и с ХОБЛ, ассоциированной с ИБС (стабильной стенокардией напряжения II функционального класса.

При формулировке диагноза ХОБЛ использовались рекомендации международной программы GOLD (2008) [9]. Оценка тяжести патологии легких проводилась согласно критериям Европейского респираторного общества, основанным на снижении функциональных показателей проходимости дыхательных путей. Диагностика ИБС осуществлялась согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов (2009) и МКБ-10. Критериями исключения явились ассоциированные состояния в виде цереброваскулярных заболеваний (инсульты, транзиторная ишемическая атака), инфаркт миокарда, коронарная реваскуляризация, сахарный диабет, вторичные артериальные гипертензии, другая тяжелая соматическая патология.

Пациенты были условно разделены на две группы: 1-я группа – 54 человека с изолированной ХОБЛ; 2-я группа – 49 человек с ХОБЛ и стабильной стенокардией напряжения II функционального класса.

В качестве контроля использованы результаты обследования 20 здоровых некурящих добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту.

Голотина Ольга Васильевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии, функциональной и ультразвуковой диагностики ФПК и ППС ВГМУ; e-mail: golotina\_olga@mail.ru