

Амельченя О.А., Рычагов Г.П.

Республика Беларусь, г. Минск

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Способ выполнения видеолапароскопии у беременных с острым аппендицитом

С развитием хирургии стало очевидным, что лапароскопические операции, в том числе и аппендэктомия, являются хорошей альтернативой открытым операциям, в том числе и у беременных.

Цель данного исследования: усовершенствовать способ выполнения видеолапароскопии у беременных с острым аппендицитом.

Материалы и методы. На базе 3 ГКБ г. Минска 52 беременным в период с 2004 по 2009гг была выполнена диагностическая лапароскопия (ДВЛС), по поводу подозрения на острый аппендицит, из них 12 (23,1%) в последующем проведена лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ). Количество женщин в I триместре беременности составило 14 (26,9%), 33 (63,5%) – во II, 5 (9,6%) – в III. Средний возраст беременных составил $23,5 \pm 0,37$.

Выполнение ДВЛС и ЛАЭ осуществлялось по разработанной нами методике. Видеолапароскопия выполняется под общей анестезией. Во время видеолапароскопии поддерживается пневмоперитонеум углекислым газом с внутрибрюшным давлением не более 10-12 мм.рт.ст.

Создание карбоксиперитонеума, осуществляется «закрытой» методикой, при помощи иглы Вереша с предложенным нами фиксатором. Фиксатор, состоящий из полый трубочки и диска, проводится через иглу Вереша и затем закрепляется на ней с помощью винта (рис 1). Место закрепления фиксатора определяется до операции с помощью УЗИ, на котором измеряется толщина передней брюшной стенки у беременных и определяется уровень стояния дна матки. Таким образом предотвращается прохождение иглы глубоко в брюшную полость и минимизируется риск повреждения беременной матки и других

органов брюшной полости, кроме того создается дополнительная опора для движений руки хирурга при проведении иглы.

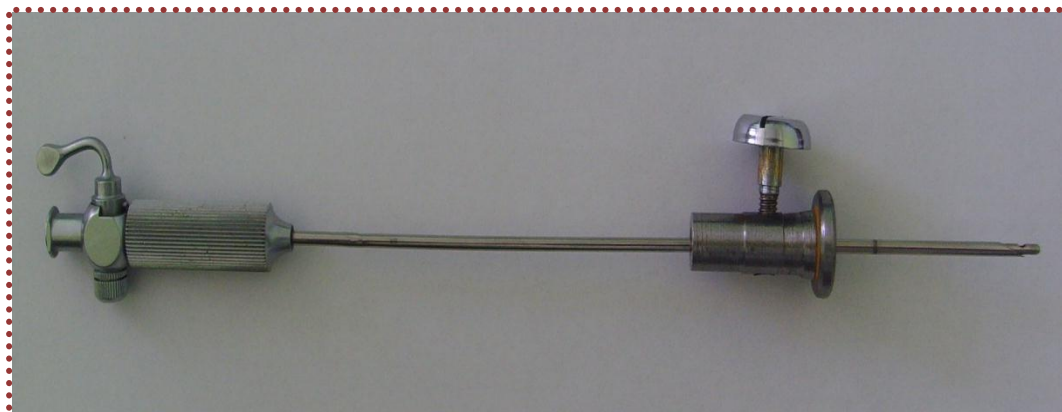


Рисунок 1 – Фиксатор на игле Вереша

После наложения карбоксиперитонеума в брюшную полость вводится первый троакар с фиксатором (имеющий аналогичную с фиксатором для иглы Вереша конструкцию). Принцип определения положения фиксатора на троакаре такой же, как для иглы Вереша (рис 2). Троакар устанавливается над пупком на 2-3 см выше дна матки.

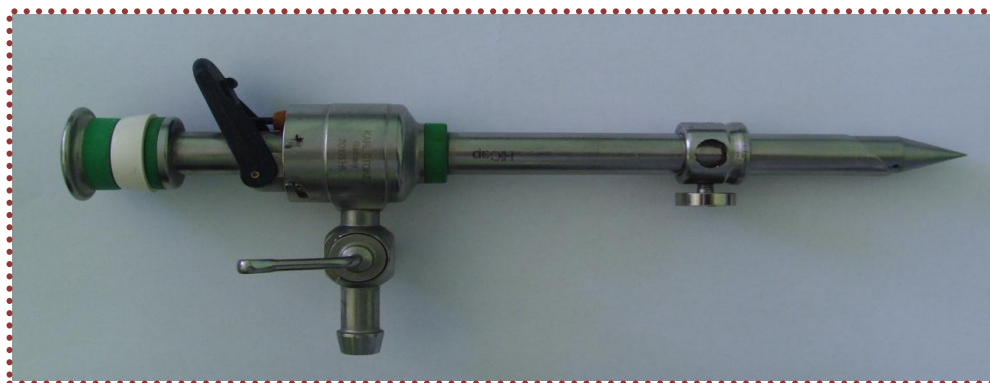


Рисунок 2 – Фиксатор на троакаре

Для оптимального осмотра брюшной полости используется лапароскоп с угловой оптикой (30°) и диаметром 10мм. Вначале проводится обзорный осмотр органов брюшной полости. Оценивается количество и характер выпота, состояние брюшины, купола слепой кишки, прилежащих органов и изменения в червеобразном отростке.

Поскольку полностью визуализировать червеобразный отросток только за счет изменения положения пациента на операционном столе удается редко, то

при выполнении ДВЛС вводится второй троакар. Для снижения риска повреждения органов брюшной полости и удобства работы хирурга мы разработали троакар длиной 55 мм (рис 3). Длины данного троакара достаточно для проведения видеолапароскопии у большинства беременных. В основу определения его длины легли данные о толщине передней брюшной стенки у беременных на УЗИ. Её значения колебались в пределах от 10 до 36 мм, средний показатель составил $19,47 \text{ мм} \pm 5,5 \text{ мм}$.

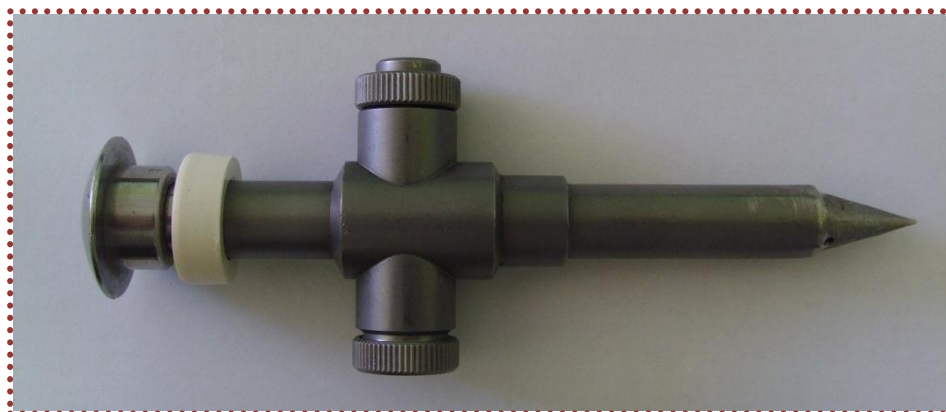


Рисунок 3– Короткий троакар

Через этот троакар, вводится манипулятор (как правило, лапароскопический зажим), которым можно не только отвести прядь большого сальника или петли тонкой кишки для визуализации аппендикса, но произвести щадящую инструментальную пальпацию отростка.

При переходе на ЛАЭ доступ в брюшную полость расширяется еще за счет одного короткого троакара. Используются 5- и 10-миллиметровые троакары. Место введения дополнительных троакаров определяется в зависимости от размера матки. Первый короткий троакар устанавливается в правой подвздошной или боковой области по среднеключичной линии; второй – в левой подвздошной или боковой области также по среднеключичной линии.

Операционный стол для лучшей визуализации правой подвздошной области наклоняется на левый бок (положение Дюранта), а угол наклона в положении Тренделенбурга устанавливается не более 15° . В отличие от традиционного расположения операционной бригады при ЛАЭ применяется следующее: оператор и ассистент находятся с левой стороны от пациента:

оператор – в области туловища, ассистент – головы пациента; видеолапароскопическая стойка устанавливается с правой стороны, напротив оперирующего хирурга.

Перед аппендэктомией, с целью уменьшения распространения микробной флоры, удаляется выпот из брюшной полости.

При выполнении аппендэктомии мы использовали биполярную электрохирургическую установку (аппарат Ligasure), которая обладает рядом преимуществ: обеспечивает надежный гемостаз, возможность не только коагулировать, но и рассекать ткани без смены инструментов, оказывает минимальное термическое воздействие на окружающие ткани, осуществляет дезинфекцию зоны пересечения червеобразного отростка, уменьшает время операции.

С помощью биполярной электрохирургической установки пересекается брыжейка отростка. На его основание накладывается две эндопетли, причем непосредственно одна над другой, для предотвращения образования инфицированной замкнутой полости. После этого аппендикс пересекается также с помощью биполярной электрохирургической установки дистальнее места расположения эндопетель. Культия отростка дополнительно ничем больше не обрабатывалась.

Для профилактики раневой инфекции червеобразный отросток удаляется через 10-миллиметровый троакар. После его извлечения брюшная полость санится с помощью антисептика с последующей его аспирацией. При необходимости операция заканчивается постановкой дренажа в область малого таза или к зоне аппендэктомии.

Результаты и обсуждение. После проведения диагностической лапароскопии у 25 (54,3%) беременных диагноз острого аппендицита был исключен. В I триместре беременности было 7 (28%) женщин, во II – 15 (60%) и в III – 3 (12%). Таким образом, в 54,3% случаев удалось избежать напрасно выполненной аппендэктомии. У пациенток были диагностированы: кишечная колика - 18 (72%), острый мезаденит - 2 (8%), киста желтого тела правого

яичника - 2 (8%), миома матки - 1 (4%), обострение двустороннего аднексита - 1 (4%), разрыв кисты правой маточной трубы - 1 (4%). Повреждения органов брюшной полости и матки при проведении лапароскопии не было. Фетальные потери после выполнения лапароскопии отсутствовали. Также не наблюдалось осложнений со стороны операционной раны и все пациенты были удовлетворены косметическим результатом. Активизация в первые сутки после аппендэктомии осуществлена у 12 (100%) пациентов.

Необходимо отметить, что существуют трудности в интерпретации эндоскопической картины острого аппендицита. При сопоставлении макроскопической лапароскопической картины формы острого аппендицита у пациентов, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия, и гистологического описания, удаленного червеобразного отростка, соответствие было выявлено у 7 (77,8%) пациентов.

Выводы. Предложенный способ выполнения лапароскопии позволяет улучшить результаты диагностики и оперативного лечения острого аппендицита у беременных, повысить качество медицинской и социальной реабилитации больных.

Видеолапароскопия является наиболее важным методом диагностики острого аппендицита у беременных, также она из диагностической может перейти в лечебную. Однако поскольку лапароскопия это инвазивный метод диагностики, применяться она должна в особо трудных диагностических случаях, когда клиническая картина остается неясной.