

resections // Am J Surg. – 2010. – Vol. 199, № 2. – P. 263-265.

9. Rahbari N.N., Knebel P., Diener M.K. Current practice of abdominal wall closure in elective surgery – Is there any consensus? // BMC Surg. – 2009. – Vol. 9 – P. 8.

10. Riou J.P., Cohen J.R., Johnson H. Jr. Factors influencing wound dehiscence // Am J Surg. – 1992. – Vol. 163. – P. 324-330.

Координаты для связи с авторами: *Ташкинов Николай Владимирович* – д-р мед. наук, профессор, проректор по научной и инновационной работе ДВГМУ, тел. +7-962-222-72-68, e-mail: taschkinov@mail.ru; *Куликова Наталья Александровна* – аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ДВГМУ; *Когут Борис Михайлович* – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; *Бельмач Виталий Павлович* – заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы № 11, тел. +7-962-500-54-75; *Панёнков Андрей Николаевич* – аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ДВГМУ.



УДК 617.434.5:616.381-072.1

А.Н. Панёнков¹, Н.И. Бояринцев¹, Б.М. Когут¹, А.В. Сучков², А.Б. Галиев²

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОМ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ВОСПАЛЕННОГО ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;

²КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11», 680015, ул. Аксенова, 41, тел. 8-(4212)-53-61-15, e-mail: ehd2052@yandex.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье приведен анализ ближайших результатов лечения 132 больных острым аппендицитом при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. В ретроспективное исследование включено 3 802 пациентов, перенесших аппендэктомию за период с 1996 по 2012 год в хирургическом отделении ГКБ № 11 г. Хабаровска. В статье приводится алгоритм выбора оптимального оперативного доступа в случаях ретроцекального ретроперитонеального расположения воспаленного червеобразного отростка, главным элементом которого является расширение показаний к диагностической и лечебной лапароскопии. Применение предложенного алгоритма выбора оперативного доступа позволило статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшить частоту выполнения аппендэктомии через срединную лапаротомию с 36,2 % до 11,1 % случаев и статистически значимо ($p < 0,05$) снизить частоту раневых осложнений с 23,1 % в контрольной группе до 8,9 % – в основной.

Ключевые слова: острый аппендицит, ретроперитонеальное расположение, лапароскопия, аппендэктомия.

A.N. Panyonkov¹, N.I. Boyarintsev¹, B.M. Kogut¹, A.V. Suchkov², A.B. Galiev²

LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN CASES OF RETROCAECAL RETROPERITONEAL APPENDICITIS

¹Far Eastern State Medical University;

²Hospital № 11, Khabarovsk

Summary

Retroperitoneal appendicitis treatment outcomes are presented in the article. 132 cases of retroperitoneal appendicitis are included in the retrospective analysis of 3 802 appendectomies performed from 1996 to 2012 in Khabarovsk city hospital № 11. In conclusion, the algorithm of operative method chosen in retroperitoneal appendicitis cases is presented. The main part of the algorithm is laparoscopy, applied as a diagnostic and treatment manipulation. The algorithm provides decreasing of middle laparotomy incisions from 36,2 % to 11,1 % and postoperative complications from 23,1 % to 8,9 %.

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

Широкое распространение лапароскопической техники в urgentной хирургии постепенно приводит к расширению показаний и сужению противопоказаний к лапароскопической и видеоассистированной аппендэктомии. В некоторых клиниках процент лапароскопической аппендэктомии достигает 91 % [6, 7].

Имеется достаточно большое количество публикаций о положительных ближайших результатах лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците, осложненном периаппендикулярным абсцессом и разлитым перитонитом [8, 10]. В то же время, имеются лишь единичные исследования, посвященные аппендэктомии при атипичном расположении, в частности, при ретроперитонеальной локализации воспаленного червеобразного отростка [1, 9, 12, 13]. Ретроцекальное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка наблюдается у 2,5-11,3 % больных с острым аппендицитом [2, 4, 10], а летальность при этой локализации, по данным некоторых авторов, достигает 1,2 % [4].

Ретроцекальный ретроперитонеальный аппендицит в периодических изданиях фигурирует, в основном, в описании клинических случаев с тяжелыми хирургическими осложнениями в виде воспалительных заболеваний правой почки, забрюшинных абсцессов и флегмон [1, 12, 13]. В англоязычной литературе ретроперитонеальный аппендицит редко выделяют в отдельный вариант расположения отростка, зачастую, не отделяя его от ретроцекального расположения [11].

Технически выполнение лапароскопической аппендэктомии в большинстве случаев атипичного расположения червеобразного отростка не представляет больших сложностей. Напротив, при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка, как правило, наблюдаются значительные технические трудности, нередко приводящие к переходу на лапаротомию [3, 5, 10].

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

Целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Материалы и методы

Исследование основано на ретроспективном анализе результатов лечения 132 (3,47 %) больных с острым аппендицитом при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка из 3 802 пациентов, перенесших аппендэктомию за период времени с января 1996 по декабрь 2012 года в ГКБ № 11 г. Хабаровска. Все больные были разделены на две группы.

Основную группу составили 63 пациента, прооперированных с января 2003 по декабрь 2012 года. В этой группе больных выбор оперативного доступа осуществлялся в зависимости от варианта ретроперитонеального расположения червеобразного отростка и наличия осложнений острого аппендицита, выяв-

ленных при лапароскопии согласно разработанному в клинике алгоритму (рисунок). При некупируемом послеоперационном перитоните применялась лапароскопическая санация брюшной полости, во всех случаях позволившая завершить лечение без перехода на лапаротомию.



Алгоритм выбора оперативного доступа при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка

В контрольную группу вошли 69 больных, прооперированных с января 1996 по декабрь 2002 года. В этот период времени при оперативном лечении острого аппендицита с ретроцекальным ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка применялась аппендэктомия через срединный лапаротомный доступ или косой переменный разрез, как правило, без предшествующей лапароскопии.

Результаты и обсуждение

Полное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка встретилось в 28 случаях, неполное – в 104. Выполнение лапароскопии позволило установить диагноз острого аппендицита у 38 (88,4 %) больных. У 4 пациентов осмотреть червеобразный отросток в ходе диагностической лапароскопии оказалось невозможным ввиду его полного ретроперитонеального расположения, при этом вторичные изменения в правой подвздошной ямке не позволили исключить наличие острого аппендицита.

Выполнение диагностической лапароскопии также позволяет уточнить выраженность патологических изменений со стороны червеобразного отростка, его расположение в ретроперитонеальном пространстве, наличие осложнений, а также выбрать оптимальный оперативный доступ.

Широкое применение лапароскопии позволило статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшить травматичность вмешательств за счет уменьшения частоты проведения аппендэктомии через срединную лапаротомию с 36,2 % в контрольной группе до 11,1 % случаев – в основной. При анализе частоты раневых послеоперационных осложнений наблюдалось их снижение с 23,1 % в контрольной группе до 8,9 % – в основной ($p < 0,05$). В основной группе летальных исходов не было, в контрольной группе летальность составила 1,4 % (1 пациент).

Выводы

Показаниями к лапароскопической аппендэктомии при ретроцекальном ретроперитонеальном располо-

жении червеобразного отростка является неполное ретроцекальное ретроперитонеальное его положение и отсутствие осложнений острого аппендицита.

Абсолютным противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка является наличие плотного аппендикулярного инфильтрата и забрюшинной флегмоны. Относительным противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии

является полное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка.

Применение предложенного алгоритма позволило статистически значимо ($p < 0,05$) уменьшить частоту проведения аппендэктомии через срединную лапаротомию с 36,2 % до 11,1 % случаев и статистически значимо ($p < 0,05$) снизить частоту раневых осложнений с 23,1 % в контрольной группе до 8,9 % – в основной.

Литература

1. Бахарева Е.В. Острый гнойно-деструктивный пиелонефрит, карбункул правой почки как редкое осложнение гангренозно-перфоративного аппендицита // Хирургия. – 2000, № 5. – С. 42.
2. Дунаева Т.В., Захаров Д.В., Уханов А. П. Сравнительный анализ клинического, ультразвукового и интраоперационного обследования у больных с острым аппендицитом с атипичным расположением червеобразного отростка // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 144.
3. Козырин А.В., Дуданов И. П., Соболев В.Е. Конверсии при лапароскопической аппендэктомии // Эндоскопическая хирургия. Научные труды XII Всероссийского съезда эндоскопических хирургов (Москва 18-20 февраля 2009 года). – Москва, 2009. – Т. 15, № 1. – С. 71.
4. Корита В.Р. Острый аппендицит при атипичном расположении червеобразного отростка. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2005. – 220 с.
5. Оловянный В.Е., Кислов В.А., Попов В.В. Является ли лапароскопическая аппендэктомия легко выполнимым и безопасным вмешательством? // Эндоскопическая хирургия. Научные труды XII Всероссийского съезда эндоскопических хирургов (Москва 18-20 февраля 2009 года). – Москва, 2009. – Т. 15, № 1. – С. 157.
6. Сажин А.В., Коджоглян А.А., Мосин С.В. и др. Концепция малоинвазивной хирургии острого аппендицита // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 148.
7. Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Богиев К.В. и др. Лапароскопическая аппендэктомия // Эндоскопическая хирургия. Научные труды XII Всероссийского съезда эндоскопических хирургов (Москва 18-20 февраля 2009 года). – Москва, 2009. – Т. 15, № 1. – С. 85.
8. Стойко Ю.М., Левчук А.Л., Богиев К.В. Роль и место лапароскопической аппендэктомии в экстренной хирургии органов брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. Научные труды XII Всероссийского съезда эндоскопических хирургов (Москва 18-20 февраля 2009 года). – Москва, 2009. – Т. 15, № 1. – С. 101.
9. Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И., Когут Б.М. Пути улучшения результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2012, № 4. – С. 61-62.
10. Чурсин В.В., Клевцевич А.В., Глузский С.А. Видеолапароскопия при атипичных формах острого аппендицита и его осложнениях // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 119.
11. Diana M., Paroz A., Demartines N., Schafer M. Retroperitoneal abscess with concomitant hepatic portal venous gas and rectal perforation: a rare triad of complications of acute appendicitis. A case report // World Journal of Emergency Surgery. – 2010. – Vol. 5, № 3. – P. 84-86.
12. Haytham M. A., Kaafarani, Julian D' Achille. Non-trocar related major retroperitoneal bleeding during laparoscopic appendectomy // World Journal of Emergency Surgery. – 2010. – Vol. 9, № 6. – P. 45-49.
13. Ishigami K., Khanna G., Samuel I., Dahmouh L., Sato Y. Gas-forming abdominal wall abscess: unusual manifestation of perforated retroperitoneal appendicitis extending through the superior lumbar triangle // Emergency Radiology. – 2004. – Vol. 10. – P. 207.

Координаты для связи с авторами: Панёнков Андрей Николаевич – аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС ДВГМУ, тел. +7-924-104-23-27, e-mail: morbus@list.ru; Бояринцев Николай Иванович – профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ФПК и ППС ДВГМУ; Когут Борис Михайлович – заведующий кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии ДВГМУ; Сучков Александр Васильевич – врач-ординатор хирургического отделения № 1 ГКБ № 11 г. Хабаровска; Галиев Александр Борисович – заведующий хирургическим отделением № 2 ГКБ № 11 г. Хабаровска.

