

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневич

20.09.2011 г.

Регистрационный № 026-0411

**СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
У БЕРЕМЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ РАЗРАБОТЧИК:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

О.А. Амельчя, д-р мед. наук, проф. Г.П. Рычагов, д-р мед. наук, проф.

С.А. Алексеев д-р мед. наук, проф. О.А. Пересада

Минск 2011

Проблема хирургического лечения острого аппендицита у беременных — одна из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии. Связано это в первую очередь с тем, что острый аппендицит является наиболее частой хирургической проблемой во время беременности, а также с трудностями диагностики острого аппендицита ввиду физиологических и анатомических изменений, происходящих в организме беременной женщины, что может привести к поздней диагностике данного заболевания и как следствие стать причиной развития осложнений. Кроме того, до конца не решен вопрос о способах оперативного лечения в зависимости от срока беременности. Вопросы хирургического лечения острого аппендицита у беременных на современном этапе имеют большое практическое и социальное значение.

На протяжении последних десятилетий стала понятной необходимость использования видеолапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных. Приоритетными направлениями в современной хирургии острого аппендицита являются его своевременная диагностика, предотвращение напрасно выполненной аппендэктомии, снижение объема операционной травмы, а также снижение количества осложнений после операции, основным из которых является угроза выкидыша и преждевременных родов. Также летальность беременных от аппендицита остается выше, чем у небеременных женщин. Из всех хирургических заболеваний острый аппендицит служит наиболее частой причиной фетальных потерь.

Предлагаемый метод может быть использован в условиях хирургических отделений врачами-хирургами для выполнения диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии у беременных.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Метод предназначен для использования в экстренной хирургии при диагностике острого аппендицита у беременных в трудных клинических случаях, а также для хирургического лечения беременных с острым аппендицитом, в различные trimestры.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Метод не имеет абсолютных противопоказаний. Относительные: отсутствие у хирурга достаточного практического опыта видеолапароскопических операций, а так же необходимого оборудования.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ**

Для лечения указанным методом требуются аппарат ультразвуковой диагностики, позволяющий получить информацию о состоянии органов брюшной полости, беременной матки и толщине передней брюшной стенки. Видеохирургическое оборудование, включающее лапароскопическую стойку,

иглу Вереша, разработанные нами фиксаторы для иглы Вереша и троакара, укороченные троакары, биполярная электрохирургическая установка (по типу аппарата Ligasure), лапароскопические инструменты, а также оснащение операционных общехирургических стационаров.

### **ЦЕЛИ ПРЕДЛАГАЕМОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ**

1. Дифференциальная диагностика острого аппендицита.
2. Уменьшение объема операционной травмы.
3. Профилактика риска выкидышей и преждевременных родов.
4. Профилактика повреждения органов брюшной полости и матки.

### **ОПИСАНИЕ МЕТОДА**

Лапароскопия выполняется под общей анестезией. Операционный стол для лучшей визуализации правой подвздошной области наклоняется на левый бок и угол наклона в положение Тренделенбурга устанавливается не более 15°. В отличие от традиционного расположения операционной бригады при лапароскопической аппендэктомии применяется следующее: оператор и ассистент находятся с правой стороны от пациента: оператор — в области туловища, ассистент — головы пациента; видеолапароскопическая стойка устанавливается с левой стороны, напротив оперирующего хирурга (рац. предложение № 1710 от 19.05.2010).

Во время лапароскопии создается 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. Место закрепления фиксатора определяется до операции с помощью УЗ-исследования, 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 (рац. предложение № 1730 от 24.12.2010).

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 и для иглы Вереша (рац. предложение №1731 от 24.12.2010). Троакар устанавливается над пупком на 2–3 см выше дна матки. Для оптимального осмотра брюшной полости используется лапароскоп с угловой оптикой (30°) и диаметром 10 мм. 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 диагностической лапароскопии вводится второй троакар. Для снижения риска повреждения органов брюшной полости и удобства работы хирурга мы разработали троакар длиной 55 мм. Длины данного троакара достаточно для проведения видеолапароскопии у большинства беременных (рац. предложение № 1723 от 29.10.2010).

Через этот троакар вводят манипулятор (как правило, лапароскопический зажим), которым можно не только отвести прядь большого сальника или петли тонкой кишки для визуализации аппендикса, но и произвести инструментальную пальпацию отростка. При переходе на лапароскопическую аппендэктомию доступ в брюшную полость расширяют 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. Перед аппендэктомией с целью уменьшения распространения микробной флоры удаляется выпот из брюшной полости, который направляется на микробиологическое исследование.

При аппендэктомии используется биполярная электрохирургическая установка, 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, сокращает время операции.

С помощью биполярной электрохирургической установки пересекается брыжейка отростка. На его основание накладываются две эндоплетки, причем непосредственно одна над другой, для предотвращения образования инфицированной замкнутой полости. После этого червеобразный отросток пересекается также с помощью биполярной электрохирургической установки дистальнее места расположения эндоплетки. При отсутствии аппарата Ligasure возможно использование других аппаратов для электротермокоагуляции с последующей антимикробной обработкой слизистой культи аппендикса химическими антисептиками.

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 операцию заканчивают постановкой дренажа в область малого таза или к зоне аппендэктомии.