

10. *Kopple J. D.* National Kidney Foundation K/DOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure // *Am. J. Kidney Dis.* — 2001. — № 37 (2). — P. 66—70.

## РЕЗЮМЕ

*А. А. Яковенко, А. Г. Кучер, А. Ш. Румянцев*

**Роль интерлейкина-8 в развитии «уремической недостаточности питания» у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение программным гемодиализом**

Выявлена взаимосвязь между повышением уровня интерлейкина-8 и «уремической недостаточностью питания» у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение хроническим гемодиализом. Показано, что увеличение длительности гемодиализной терапии сопровождается усилением признаков хронического воспаления. Повышение уровня IL-8 сыворотки крови может являться одним из патогенетических факторов, участвующих в развитии «уремической недостаточности питания»

у пациентов с терминальной почечной недостаточностью, получающих лечение хроническим гемодиализом.

**Ключевые слова:** недостаточность питания, интерлейкин-8, хроническое воспаление, гемодиализ.

## SUMMARY

*A. A. Yakovenko, A. G. Kucher, A. Sh. Rumyantsev*

**Interleukin-8 role in the development of «uremic malnutrition» in the patients with end-stage renal disease under chronic hemodialysis**

The increased level of interleukin-8 has been found to correlate with the uremic malnutrition in the patients with the end-stage renal failure. Increase of the period of hemodialysis is followed by more pronounced signs of chronic inflammation. The increased level of IL-8 in the serum may be taken as a pathogenic factor promoting «uremic malnutrition» in the end-stage renal failure patients on chronic hemodialysis.

**Key words:** malnutrition, interleukin-8, chronic inflammation, hemodialysis.

© Р. Ж. Избасаров, 2013 г.  
УДК 616.346.2-002-089.85

**Р. Ж. Избасаров**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРО- СКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; кафедра хирургии последипломного образования Казанского национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова Минздрава, г. Алматы, Республика Казахстан

Среди хирургических заболеваний, при которых требуется неотложное хирургическое лечение, острый аппендицит занимает лидирующее место. Актуальность данной проблемы обусловлена высоким уровнем заболеваемости — 4—6% [4, 5, 7]. На протяжении последних десятилетий летальность при данной патологии не снизилась, составляя 0,05—0,11%, а в некоторых регионах достигает 0,2—0,4% [6].

Среди больных, госпитализируемых с диагнозом «острый аппендицит», значительной части требуется проведение дифференциальной диагностики. Однако самые опытные специалисты далеко не всегда могут определить диагноз. Диагностические ошибки отмечаются в 12—30% случаев [2, 6]. Микроскопически неизмененный отросток удаляется до 50% случаев [1, 3]. В современной хирургии к диагностике этого заболевания предъявляются большие требования, так как при аппендэктомиях, выпол-

ненных в отсутствие показаний, отмечается целый ряд осложнений. По данным мировой литературы [8], около 40% всех случаев острой спаечной кишечной непроходимости связаны с перенесенной в прошлом аппендэктомией. Быстрое развитие деструктивных процессов в червеобразном отростке и возникновение осложнений обуславливают необходимость оказания экстренной хирургической помощи в полном объеме и в максимально ранние сроки от начала заболевания. Остается высоким процент послеоперационных гнойно-септических осложнений, значительно увеличивающих сроки лечения и являющихся причиной летальных исходов. По нашему мнению, решение затронутых проблем в диагностике и лечении острого аппендицита стало возможным после внедрения эндовидеохирургических технологий в хирургические клиники.

**Целью** нашего исследования явилось изучение возможностей эндовидеохирургической технологии в диагностике и лечении острого аппендицита.

За период 2010—2012 гг. в нашей клинике эндовидеохирургическая аппендэктомия выполнена у 597 больных с установленным клиническим диагнозом «острый аппендицит». Диагноз подтвержден на основании эндовидеохирургической диагностики, с неясной картиной заболевания, когда диагноз «острый аппендицит» вызывал определенные сомнения, было 35 больных (5,8%). Среди общего количества больных мужчин было 261 (43,7%), женщин — 336 (56,3%).

Температура тела при поступлении была ниже 37°C у 186 (31,1%) пациентов, в интервале 37—38°C — у 388 (64,9%), выше 38°C — у 23 (4,0%). В анализе

крови лейкоциты было ниже  $9 \times 10^9/\text{л}$  у 174 (29,1 %) пациентов, в интервале  $(9 - 15) \times 10^9/\text{л}$  — у 389 (65,1 %), выше  $15 \times 10^9/\text{л}$  — у 34 (5,8 %).

Определяющими показаниями к операции были те же, что и для аппендэктомии, выполняемой традиционным способом. Мы также выделили общие и местные противопоказания к ее проведению. Общие: выраженная легочно-сердечная недостаточность, нарушения свертывающей системы крови. Местные: плотный аппендикулярный инфильтрат, разлитой перитонит, выраженные явления тифлита, выраженный парез кишечника, требующий декомпрессии, беременность средних и поздних сроков; выраженное ожирение IV ст., выраженный спаечный процесс.

Оперативное лечение больных с острым аппендицитом начинали с диагностической лапароскопии, позволяющей избежать неоправданной аппендэктомии, при которой проводили тщательную ревизию органов брюшной полости, определяли состояние, расположение червеобразного отростка и показания к операции.

В наших наблюдениях у 92 (15,4 %) больных диагностирован перитонит аппендикулярного происхождения, местный — 56 (60,9 %), а у 36 (39,1 %) — распространенная форма. По характеру выпота: серозная — в 75 (81,5 %), серозно-фибринозная — в 13 (14,2 %) и гнойная форма — в 4 (4,3 %) случаях.

В 172 (28,8 %) случаях нам удалось визуализировать измененный червеобразный отросток без применения дополнительных приемов. В 265 (45,7 %) случаях измененный отросток был прикрыт салником, в 160 (25,5 %) случаях — петлями подвздошной кишки, а также располагался ретроцекально в 214 (36,9 %) случаях. Осмотр начинали с манипуляций операционным столом, максимально отклоняя его в разные стороны, а также дополнительно вводили инструменты и добивались некоторого смещения внутренних органов.

Диагностика измененного червеобразного отростка основывалась только на осмотре органа. При катаральной форме морфологические изменения распространяются только на подслизистый и слизистый слой, макроскопические изменения бывают минимальны. Внешние проявления его можно объективно оценить только с помощью следующего приема. Отросток, полностью выведенный в поле зрения, приподнимаем инструментом, подведенным под его среднюю часть. При наличии отека он не свешивается с инструмента, а сохраняет горизонтальное положение. При лапароскопии в 16 (2,6 %) случаях была выявлена катаральная форма воспаления. Флегмонозная форма острого аппендицита была установлена у 468 (78,4 %) больных, при этом из них в 3-х случаях — с перфорации червеобразного отростка. Гангренозная форма острого аппендицита была выявлена в 113 (19 %) случаях, при

этом из них у 4-х заболевание осложнилось перфорацией и перитонитом.

При выполнении операции нам приходилось использовать 2 способа аппендэктомии: ретроградную и антеградную. При этом у 501 (83,9 %) пациента выполнена антеградная аппендэктомия и у 96 (16,1 %) больных — ретроградная аппендэктомия.

У 565 (94,6 %) больных операцию выполнили лигатурным способом обработки культи. В области основания отростков при подвижности брыжейки ее «фенестрировали» диссектором. В создавшееся окно проводили нить (викрил, полисорб), формировали экстракорпоральный узел (петля Редера), после чего брыжейку пересекали.

В случае деформации, резкой отечности брыжейки ее обрабатывали поэтапным накладыванием титановых клипс. Методом выбора обработки основания червеобразного отростка считаем лигатурный способ. Сформированную эндопетлю вводили в брюшную полость, в ее просвет проводили зажим, которым захватывали червеобразный отросток, петлю отпускали на область основания и затягивали с отступом 2 — 3 мм выше уровня слепой кишки.

Таким же способом проводили и затягивали вторую эндопетлю. Третьей петлей с отступом 5 — 7 мм от двух наложенных ранее перевязывали удаляемый червеобразный отросток. При этом нить не пересекали, а использовали в дальнейшем для подтягивания и извлечения препарата из брюшной полости. Пересечение червеобразного отростка во всех случаях осуществляли эндоножницами, приблизительно на  $\frac{5}{6}$  окружности, после чего при подтягивании его становится доступной для обработки слизистая оболочка культи. Культю отростка обрабатываем йоданатом.

У 6 (1,0 %) больных предпринималась попытка удаления червеобразного отростка, которая не была осуществлена и завершилась открытой операцией. Причиной этому были технические трудности при остановке кровотечения из брыжейки у 2-х больных, невозможность мобилизации червеобразного отростка у 3-х, из-за его деформации и выраженных воспалительных изменений в окружающих тканях и органах, у 1-го больного — невозможность выполнения адекватной санации с диффузным перитонитом.

При широких основаниях червеобразного отростка в 17 (2,9 %) случаях при выполнении оперативного вмешательства использовали эндоклипатор, и клипсы накладывали навстречу друг другу.

В 15 (2,5 %) случаях нам приходилось применить аппараты Endo GIA — 30 фирмы *Auto Suture*. Применение сшивающего аппарата в основном было связано: 1) с необходимостью сократить время операции при тяжелой сопутствующей патологии — в 7 (46,6 %) случаях; 2) с наличием деструктивных изменений червеобразного отростка, когда необхо-

димо произвести резекцию купола слепой кишки — в 8 (53,4 %) случаях. Недостатком использования такой методики является более высокая стоимость операции.

Отсеченный червеобразный отросток извлекали через троакары у 315 (54,4 %) больных. У 264 (43,6 %) больных червеобразный отросток извлечен в контейнере из брюшной полости. Завершая операцию, проводили санацию, удаление экссудата, дренирование брюшной полости. Дренажи подводили в полость малого таза или подвздошную ямку.

Осложнения в послеоперационном периоде имели место у 29 (4,9 %) больных: инфицирование области троакарных ран — у 12 (2,0 %), абсцессы брюшной полости — у 9 (1,5 %), гематомы передней брюшной стенки — у 5 (0,8 %), внутрибрюшное кровотечение у 1 (0,2 %), образование грыжи в области введения троакара — в 2 (0,4 %) случаях. Летальных исходов не было.

При изучении показателей пребывания больных в стационаре выявлено, что средняя продолжительность пребывания в стационаре больных, перенесших эндовидеохирургическую аппендэктомию, составила 4,0 койко-дня. Минимальная продолжительность пребывания в стационаре — 2 койко-дня, а максимальная — 6 суток.

На основании имеющегося клинического опыта следует отметить необходимость широкого внедрения в хирургическую практику метода эндовидеохирургической аппендэктомии, эффективно в диагностике и лечении острого аппендицита. Значительно улучшая результаты лечения, сокращая сроки лечения и нетрудоспособности, этот вид оперативного пособия должен стать альтернативным методом лечения больных острым аппендицитом.

## ВЫВОДЫ

1. Малоинвазивные оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургической технологии являются эффективным, безопасным, патогенетически обоснованным способом лечения и диагностики при острых заболеваниях органов брюшной полости.

2. Эндовидеохирургическое вмешательство, выполняемое при остром аппендиците, позволяет эффективно, с высокой степенью вероятности верифицировать диагноз, избежать проведения необоснованного оперативного вмешательства, а также приводит к качественному изменению оперативного приема.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. — М., 1996. — С. 125–130.
2. Бараев Т. М. Роль лапароскопии в реализации берегательной тактики при остром аппендиците // Эндоскоп. хирургия. — 2000. — № 3. — С. 8–10.
3. Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Блинников О. И. Гипердиагностика острого аппендицита у детей // Хирургия. — 1989. — № 11. — С. 16–19.
4. Кригер А. Г., Черватенко А. М., Фаллер Э. Р. и др. Лапароскопическое лечение острого аппендицита // Эндоскоп. хирургия. — 1995. — № 2–3. — С. 34–36.
5. Сегов В. М., Стрижелецкий В. В., Рутенбург Г. М. и др. Эффективность лапароскопической технологии в лечении острого аппендицита // Эндоскоп. хирургия. — 1995. — № 2–3. — С. 24–27.
6. Стрижелецкий В. В. Эффективность и технология лапароскопической аппендэктомии в лечении больных острым аппендицитом: автореф. дис...канд. мед. наук. — СПб., 1995. — 159 с.
7. Baker A. Laparoscopic appendectomy — a trainees experience // N. Z. Med. J. — 1999. — P. 208–211.
8. Schtek M., Krahenhub L., Schneider et al. Acute appendicitis: standard treatment and the role of laparoscopic surgery // Acta Chir. Austr. — 1997. — № 6. — P. 360–363.

## РЕЗЮМЕ

*Р. Ж. Избасаров*

**Хирургическое лечение острого аппендицита с применением лапароскопических технологий**

Целью исследования было изучение эффективности эндовидеохирургического вмешательства у 597 больных с диагнозом «острый аппендицит». Применение эндовидеохирургической технологии позволило во всех случаях уточнить диагноз, форму и локализацию аппендицита, наличие перитонита и установить возможность проведения адекватного малоинвазивного оперативного вмешательства. Благодаря этому значительно сократился диагностический этап, частота осложнений и послеоперационный койко-день.

**Ключевые слова:** эндовидеохирургические технологии, острый аппендицит, малоинвазивные оперативные вмешательства.

## SUMMARY

*R. Zh. Izbassarov*

**Surgical treatment of acute appendicitis with laparoscopic technologies**

The aim of the work was to study the effectiveness of the Computer Assisted Surgical Intervention in 597 patients with the diagnosis of acute appendicitis. The use of the Computer Assisted Surgery technology allowed in all cases to refine the diagnosis, to visualize the shape and location of the appendix, the presence of peritonitis, and the possibility of an adequate minimally invasive surgery. This greatly reduced the diagnostic phase, frequency of complications, and postoperative hospital period.

**Key words:** the Computer Assisted Surgery technology, perforated gastroduodenal ulcer, minimally invasive surgery.