

Винахід відноситься до медицини, а саме: до абдомінальної хірургії - розділу невідкладної медичної допомоги - і може бути використаний при лікуванні хворих на гострий апендицит.

Гострий апендицит займає перше місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і складає серед них 40-70%. Загальноприйнятим методом лікування його різних форм є виконання апендектомії - видалення червоподібного відростка. Операція виконується у 28-80% пацієнтів з гострими хірургічними абдомінальними захворюваннями.

Відсоток катаральної форми апендициту коливається від 12,9 до 60. Під час операції та у післяопераційному періоді зустрічаються різноманітні ускладнення, а летальність складає 0,34%. Це обумовлює розробку нових більш ефективних способів лікування катаральної форми гострого апендициту.

Відомий спосіб лікування катаральної форми гострого апендициту, що полягає у виконанні лапаротомії, апендектомії / Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М., Шалаев С.А., Ищенко Б.И. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей/ Под ред. Л.Н. Бисенкова, П.Н. Зубарева. - СПб.: Гиппократ, 2002. - С.319-326/.

Спільною суттєвою ознакою аналога та способу, що заявляється, є така:

- лікування проводиться хірургічним шляхом.

Однак спосіб-аналог є достатньо травматичним, тому що лапаротомія - розтин передньої черевної стінки - здійснюється шляхом широкого розсічення тканин, що у певній частині хворих призводить до розвитку післяопераційних ускладнень як зі сторони передньої черевної стінки: серома, розходження країв рани, запальний інфільтрат, нагноєння, гематома, кровотеча, евітерація кишечника, великого сальника та ін., так і зі сторони черевної порожнини: кровотеча, неспроможність кукси червоподібного відростка, абсцес, рання спайкова тонкокишкова непрохідність та ін. Мають місце екстраабдомінальні ускладнення: пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз вен тазу та нижніх кінцівок та ін. Анестезіологічне забезпечення може мати свої специфічні ускладнення - асфіксія, флебіт вен після пункції та ін. Зустрічаються ятрогенні пошкодження під час виконання операції, серед них - поранення тонкого кишечника, сечового міхура, сечовивідника, здухвинної артерії та ін.

У віддаленому періоді у частини хворих, як правило у молодому віці, розвивається спайкова хвороба, гостра спайкова непрохідність, післяопераційна грижа, нориці як лігатурні так і кишкові, у жінок - безпліддя за рахунок спайкового процесу, який запаює ампулярний кінець маткової труби. У 37,2% хворих зустрічається біль у животі, подібний до такого як до операції, а більшість почувається гірше, ніж пацієнти після видалення деструктивного апендициту.

Одні з ускладнень для їх ліквідації потребують невідкладної лапаротомії, інколи кількох, що значно збільшує хірургічну та анестезіологічну агресію, кількість та тяжкість подальших ускладнень, летальність. Інші ускладнення виликовують за допомогою консервативних методів. Але всі ці ускладнення у пацієнтів ведуть до значного збільшення витрат коштів на лікування, подовженню ліжко-дня, нерідко періоду реабілітації, погіршують якість життя, частина стає інвалідами.

З видаленням червоподібного відростка організм втрачає його функції: рецепторну, секреторну, інкреторну, моторну, імунну, вплив на діяльність шлунка, жовчного міхура, перистальтику кишечника, через гіпофіз на процеси росту організму. Хворі, що перенесли апендектомію, значно частіше хворіють на різні інфекції, рак ободочної кишки, рак жіночих органів, у них розвиваються різні патологічні стани органів, що вийшли з під контролю червоподібного відростка.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, що полягає у виконанні лапароскопічної апендектомії /Бараев Н.В., Мищенко Н.В. Диагностика и лечение острого не деструктивного аппендицита // Клиническая хирургия. - 1994. - С.60-63/.

Загальною суттєвою ознакою прототипу і способу, що заявляється, є така: виконання лапароскопії.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний, тому що виконується лапароскопічна апендектомія - видалення червоподібного відростка. Таким чином хворий втрачає орган - червоподібний відросток, а разом з ним і його функції: рецепторну, секреторну, інкреторну, імунну, вплив на діяльність шлунка, жовчного міхура, перистальтику кишечника, через гіпофіз на процеси росту організму. Пацієнти, що перенесли апендектомію, значно частіше хворіють на різні інфекції, рак ободової кишки, рак жіночих органів, у них розвиваються різні патологічні стани органів, що вийшли з під контролю червоподібного відростка. Таким чином якість життя стає значно гіршою.

Не зважаючи, що лапароскопічна апендектомія є малотравматичною операцією, під час її виконання зустрічаються інтраопераційні ускладнення у 3-19% хворих: кровотеча з оточини червоподібного відростка, відрив останнього, пошкодження кишечника, субсерозна гематома та ін. Частота конверсії - перехід до лапаротомії широким травматичним доступом - коливається від 1 до 27% і найчастіше її виконують при атипичному розташуванні червоподібного відростка, значних зрощеннях, ятрогенних пошкодженнях органів, а також для ліквідації ряду інтраопераційних ускладнень. Втім після конверсії також можливий розвиток ускладнень як зі сторони передньої черевної стінки, так і зі сторони черевної порожнини. Анестезіологічне забезпечення може мати свої специфічні ускладнення -асфіксія, флебіт вен після пункції та катетеризації, тромбоз вен та ін.

Частота післяопераційних ускладнень лапароскопічної апендектомії складає 3-13%. Серед них ускладнення зі сторони рани - нагноєння, інфільтрат, зі сторони черевної порожнини - інфільтрат, абсцес, кровотеча, екстраабдомінальні - пневмонія, дисковидні ателектази та ін. У віддаленому періоді зустрічаються нориці, післяопераційні грижі, повернення больового синдрому, спайкова хвороба, гостра спайкова непрохідність, безпліддя жінок.

Для ліквідації деяких ускладнень у 1,2-3,2% хворих використовують повторні операції, у т.ч. релапароскопію, при виконанні яких є ризик виникнення додаткових найрізноманітніших ускладнень, тому що втручання виконуються у значно гірших місцевих умовах.

Ці негативні наслідки лапароскопічної апендектомії збільшують вартість лікування пацієнтів у хірургічній клініці, ліжко-день; період реабілітації, значно погіршується якість життя. Не ліквідована летальність після виконання лапароскопічної апендектомії, що складає 0,4%.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування катаральної форми гострого апендициту шляхом малоінвазивного лапароскопічного втручання - введення лікарських засобів у оточину червоподібного відростка, що забезпечить збільшення ефективності лікування, зворотний розвиток запального процесу у червоподібному відростку та збереже його від видалення з його фізіологічними функціями, необхідними для організму людини. У загальному контексті лікування гострого апендициту це зменшить число апендектомій, ускладнень, летальність, скоротить терміни лікування у хірургічній клініці, збереже якість життя.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування катаральної форми гострого апендициту, який полягає у проведенні лапароскопічного втручання новим є те, що червоподібний відросток зберігають та під очереvinу його оточини вводять розчин новокаїну, спазмолітик, антигістамінний препарат, антибіотик.

Причинно - наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються та технічним результатом, полягає у наступному: точна діагностика катаральної форми гострого апендициту поєднується з лікувальними можливостями метода. Лікарські препарати, що вводять місцево під очереvinу оточини червоподібного відростка, швидко всмоктуються у нього в максимальній концентрації та комплексно проявляють свою лікувальну дію (знеболювання, розширення судин та збільшення міграції лейкоцитів, лімфоцитів, макрофагів у зону гострого запалення для більш швидкого його усунення, зняття сенсibiliзації, припинення росту та розвитку певних груп мікроорганізмів). Вказане приводить до зворотнього розвитку катаральної форми гострого апендициту та одужанню хворого. Залишаються збереженими червоподібний відросток та його вкрай важливі різноманітні функції.

Цим виключається необхідність апендектомії лапароскопічним чи лапаротомним доступом з можливою низкою різноманітних інтраопераційних ускладнень, конверсії, як для ліквідації вказаних ускладнень, так і при неможливості завершення лапароскопічної апендектомії при атиповому розташуванні червоподібного відростка чи значних зрощеннях. Викликається можливість прогресуючого розвитку катаральної форми гострого апендициту та перехід його у деструктивні форми з різними ускладненнями - інфільтрат, абсцес, перитоніт, пілефлебіт та ін., що потребують невідкладної, але значно запізненої операції - апендектомії травматичним широким серединним лапаротомним доступом, якому притаманні різні ускладнення як зі сторони післяопераційної рани, так і зі сторони черевної порожнини. Відпадає необхідність у апендектомії в дуже важких технічних умовах, що є надто складним з високою можливістю розвитку специфічних ускладнень. Не потрібна травматична санація черевної порожнини з можливими ятрогенними пошкодженнями, застосування численних дренажів, що вводять через багато отворів передньої черевної стінки з розширенням хірургічної агресії. Відсутні повторні лапаротомії, великі матеріальні затрати, ускладнення у майбутньому, довгі терміни лікування у хірургічній клініці. Збережена висока косметичність та хороша якість життя. Ліквідована летальність.

Спосіб здійснюється таким чином. У лівій здухвинній ділянці у черевну порожнину вводимо багатофункціональний маніпулятор через гільзу троакара та інсуфлюємо 3л кисню. У лівій нижній точці Калька вводимо лапароскоп. Використовуючи поліпозиційний огляд, частіше з поворотом на лівий бік у положенні Тренделенбурга та маніпулятори, після зміщення великого сальника, петель кишечника виводимо у поле зору червоподібний відросток. Встановлюємо діагноз "Гострий апендицит, катаральна форма" та можливість виконання лікувальної лапароскопії, виключивши перед цим інші гострі хірургічні та гінекологічні захворювання абдомінальних органів. Проколюємо передню черевну стінку тонкою голкою і під контролем лапароскопа проводимо голку далі, проколюючи очереvinу оточини червоподібного відростка, не пошкоджуючи судин. Струйно шприцем вводимо лікарські препарати: 10мл 0,25% розчину новокаїну + 2мл но-шпи + 2мл 1% розчину дімедролу + 80мл гентаміцину. Голку видаляємо та, впевнившись у відсутності кровотечі з місця проколу, дренажуємо черевну порожнину. Видаляємо лапароскоп, кисень, гільзи. Накладаємо шви на рани.

Приклад. Х-ра О., 22 років госпіталізована у хірургічну клініку зі скаргами на тупий біль у правій здухвинній ділянці живота. Захворіла 11 годин тому з появи незначного болю у вказаній вище ділянці, який не вщухав. Доставлена машиною швидкої медичної допомоги з діагнозом "Гострий апендицит?". Загальний стан задовільний. Шкіра та слизові оболонки звичайного кольору. Пульс 80 ударів у 1 хвилину. АТ 120/80мм.рт.ст. Температура тіла 36,7°C. Серце - тони ритмічні. Легені - дихання везикулярне. Язик вологий, по краю білий наліт. Передня черевна стінка приймає участь у акті дихання. Живіт м'який, незначний біль у правій здухвинній ділянці. Симптом Роздольського, Ровзинга, Ситковського сумнівні. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Перистальтика кишечника задовільна. Пальцеве обстеження прямої кишки не виявило патології. ЕР- 4млн. 300тис., НВ - 140г/л., Л. - 9,2x10/л. п-8%, с-67%, л-20%, м-5%. ШЗЕ-4мм/год. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Діагноз при вступі "Гострий апендицит?". Оглянута гінекологом - патологію виключено. Лапароскопія. Випіт у черевній порожнині відсутній. Червоподібний відросток довжиною 8 см незначно потовщений, помірно гіперемований, субсерозні судини розширені, розташований медіальніше від сліпої кишки. Парієтальна очереvinна звичайного кольору. Інші органи черевної порожнини та малого тазу без патологічних змін. Лапароскопічний діагноз "Гострий апендицит, катаральна форма". Під очереvinу оточини червоподібного відростка тонкою голкою, що проведена через передню черевну стінку, струйно введено 10мл 0,25% розчину новокаїну + 2мл но-шпи + 2мл 1% дімедрола + 80мг гентаміцину. Голка видалена. У черевну порожнину введений дренаж. Потім видалені газ, лапароскоп, маніпулятор, гільзи. Шви на рани. Стан хворої нормалізувався. Контрольний аналіз крові та сечі без патологічних змін. На 2 добу видалений дренаж із черевної порожнини та хвора виписана у задовільному стані для закінчення лікування у хірурга поліклініки.