

ОФА+ПА и ОГПА ($p = 0,04$), ОГА и ОГПА ($p=0,04$). Отмечены значимые отличия по диаметру червеобразного отростка между ОКА и ОФА ($p = 0,0007$), ОКА и ОФА+ПА ($p = 0,0001$), ОКА и ОГА ($p=0,00008$), ОКА и ОГПА ($p = 0,005$).

Таблица 1 — Группы в соответствии с данными гистологического исследования

Морфологическая форма ОА	ОКА	ОФА	ОФА+ПА	ОГА	ОГПА
Кол-во, п	18	37	26	30	9
ИМТ	26(21;29)	26(21;31)	24(21;25)	24(22;29)	26(24;31)
Пол,% (м/ж)	44/56	65/35	46/54	53/47	33/67
Средний возраст, лет	36(22;54)	28(20;47)	30(21;55)	32(24;53)	54(52;65)
Срок от начала заболевания, часы	22(13;36)	14(9;22)	20(8;30)	25(16;39)	44(26;72)
Лейк, $\times 10^9/\text{л}$	11,5 (9,8;13,5)	14,9 (11,6;17,4)	15,5 (12,4;17,8)	14,3 (12,1;19,4)	13,2 (11,1;16,4)
Нв, г/л	142 (128;148)	144 (133;153)	135 (128;145)	139 (125;147)	124 (121;134)
Эр, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,67 (4,17;5,01)	4,79 (4,49;5,06)	4,62 (4,34;4,79)	4,69 (4,32;4,90)	4,36 (3,89;4,46)
Тр, $\times 10^9/\text{л}$	180 (147;263)	204 (157;248)	184 (139;222)	184 (145;212)	158 (149;198)
Длина, мм	80(60;80)	80(60;90)	70(60;90)	80(70;80)	70(70;80)
Диаметр, мм	9(7;10)	10(10;15)	15(10;15)	15(10;15)	15(10;20)

Выводы

При анализе результатов гистологического исследования наблюдается закономерное увеличение степени воспалительных изменений не только от длительности заболевания, но также и от возраста оперированных пациентов с острым аппендицитом.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, В. В. ЛИН,
В. И. БАТЮК, В. М. МАЙОРОВ, В. И. ЛЕОНЕНКО**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Из всех неотложных хирургических вмешательств на органах брюшной полости доля аппендэктомий составляет 20–50 %. Наряду с традиционной техникой операции в последнее стали активнее внедрять лапароскопические аппендэктомии (ЛА), имеющие у взрослых свои особенности. Частота развития осложнений после открытой аппендэктомии составляет 5,4–12,6 %, после ЛА — 0,2–8,3 % (С. Ф. Кириакиди, 2001, А. Ю. Некрасов, 2009).

Целью исследования явилась оценка результатов лечения острого аппендицита (ОА) лапароскопическим способом у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и протоколы 17 пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ и оперированных лапароскопически за период 01.01.2008 г. — 31.08.2014 г. Всем пациентам проведено обследование по стандартным протоколам. УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики было выполнено 16 пациентам.

Аппендэктомия выполнялась с обработкой культи отростка по методике F. Gotz (1987). После наложения пневмоперитонеума посредством иглы Вереша по средней линии над пупком вводился 5 мм троакара для видеолапароскопа. Под контролем лапароскопа в правой подвздошной области 10 мм троакара для инструментов, над лоном по средней линии 5 мм троакара для биполярного коагулятора. Аппендэктомия выполня-

лась антеградно поэтапной мобилизацией отростка до основания. На основание аппендикса накладывали петлю Редера (ПГА0). На расстоянии 10 мм от лигатуры отросток коагулировали. Пересечение отростка осуществляли на расстоянии 5 мм от лигатуры с расчетом, чтобы культя «раскрывалась» и обнажалась слизистая, которую после дополнительной электрокоагуляции дважды обрабатывалась 5 % спиртовым раствором йода. Извлечение отростка производили через 10 мм троакар. Брюшную полость санировали посредством ПХВ-трубки, введенной через 10 мм троакар или вакуум аспиратора. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, которые со 2–3 суток получали их «по требованию» 1–2 раза в сутки. Антибактериальная терапия (цефтриаксон) осуществлялась в течение 3–5 дней. В течение 2–5 суток пациенты находились на щадящей «бесшлаковой» диете.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение

Мужчин было 5 (29 %), женщин — 12 (71 %). Средний возраст пациентов составил 21 год (19;24). ИМТ составил 21 (19;21). Пациенты поступали в среднем через 13 часов (9;22) от начала заболевания. Позже суток поступило 2 пациентов (12 %).

Показатель лейкоцитоза составил в среднем $14,8 \times 10^9/\text{л}$ (12,4;19,3), уровень гемоглобина — 134 г/л (124;140), эритроциты — $4,55 \times 10^{12}/\text{л}$ (4,35;4,67), тромбоциты — $185 \times 10^9/\text{л}$ (162;240). На УЗИ в 44 % случаев выявлены эхоскопические признаки ОА.

На операции типичное расположение отростка было выявлено у 10 (59%), ретроцекальное — у 3 (18 %), в малом тазу — 4 (23 %) пациентов. Морфологически флегмонозная форма ОА диагностирована у 16 (94%) пациентов и гангренозная — у 1 (6 %). Длина червеобразного отростка в среднем составила 70 (60;80) мм, диаметр — 10 (10;10) мм, благодаря чему стало возможным его извлечение через «10 мм троакар», или с использованием 3-х лепесткового ранорасширителя. У 14 (82 %) пациентов имелся выпот в правой подвздошной области, который был взят на посев.

Сроки послеоперационного периода у пациентов составили 6 (5;7) суток. Осложнений после операций у наших пациентов не наблюдалось.

Выводы

Лапароскопическая аппендэктомия несомненно имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методиками: малая травматичность, косметичность, снижение сроков нахождения в стационаре и амбулаторного лечения после выписки из стационара, снижение частоты осложнений.

Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической методик аппендэктомии у пациентов различного возраста и наличия сопутствующей патологии, сроков от начала заболевания на больших выборках со временем определит показания к применению более эффективной методики в каждом конкретном случае.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, В. М. МАЙОРОВ,
В. И. БАТЮК, В. В. ЛИН, И. П. СУШКИН, Н. П. МЕЛЬНИКОВА**

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый аппендицит (ОА) — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в неотложной хирургии. Заболеваемость ОА составляет 4–5 случаев на 1000 человек насе-