

Окончание таблицы 2

| Показатели             | Операции    |             |             |             |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                        | ЛС + ТА     | ЛС + ТА + Д | ЛА          | ЛС + ЛТ     |
| • мезогастральное, %   | 5           | 0           | 3           | 0           |
| • подпеченочное, %     | 4           | 0           | 1           | 6           |
| • МТ, %                | 13          | 16          | 17          | 44          |
| Средний диаметр ЧО, мм | 12 (10; 15) | 15 (10; 20) | 10 (10; 15) | 20 (20; 20) |

В 1-й группе операций в большинстве случаев были удалены флегмонозно измененные (ОФА) ЧО (86 %), расположенные в правой подвздошной области (типичное расположение) (36 %). Конверсия была обусловлена отсутствием технического обеспечения, отсутствием навыков лапароскопической аппендэктомии у оперирующего хирурга, анатомическими особенностями и необходимостью выполнения аппендэктомии врачом-интерном. Ретроцекальное расположение, медиальное — за илеоцекальным углом (ИЦУ), в мезогастррии, подпеченочное и в малом тазу (МТ) потребовало конверсии и расширения доступа для выполнения аппендэктомии в силу сложившихся технических сложностей. Во 2-й группе преимущественно были прооперированы пациенты с ОГАО (68 %), с ретроцекально расположенными ЧО (40 %). Типично расположенные и флегмонозно измененные ЧО, создавали условия для лапароскопической аппендэктомии. В некоторых случаях ретроцекальное расположение, расположение в области ИЦУ, МТ не стало препятствием для выполнения ЛА. Определяющим являлась стадия патологического процесса в ЧО и его диаметр, определяющий возможность его извлечения из брюшной полости через 10 мм троакар. В 4-й группе пациенты оперированы в основном по поводу ОГАО, при этом в большинстве случаев и практически в равной степени ЧО располагались в малом тазу либо типично.

#### **Выводы**

Применение лапароскопической техники в диагностике и лечении острого аппендицита играет значительную роль, позволяя минимизировать число аппендэктомий в катаральной стадии (ОКА) ЧО в сочетании с другими заболеваниями, подлежащих консервативному лечению.

При неосложненных острых аппендицитах с успехом может быть выполнена лапароскопическая аппендэктомия, что в дальнейшем имеет ряд преимуществ перед традиционной аппендэктомией: снижается длительность лечения пациента в отделении; относительное количество осложнений сопоставимо с количеством осложнений после конверсии и выполнения традиционной аппендэктомии, которые обусловлены в основном применением трех-лепесткового ранорасширителя для извлечения из брюшной полости ЧО; отмечается меньше риск развития спаечной болезни в дальнейшем, что особенно имеет значение для женщин фертильного возраста.

УДК 616.346.2-002.1-089

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*Адамович Д. М.<sup>1</sup>, Дундаров З. А.<sup>1</sup>, Хмылко А. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Пациенты с острым аппендицитом (ОА) составляют одну из частых хирургических urgentных нозологических заболеваний, без особой тенденции к снижению их числа.

Спектр выполняемых оперативных вмешательств при ОА, в зависимости от имеющейся клинической картины, разнообразен. Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), традиционная аппендэктомия (ТА), как правило, применяются у взрослых в неосложненных случаях. Осложненные формы ОА с развитием перитонита, требующие выполнения санации брюшной полости, обуславливают выполнение широкого лапаротомного доступа. У пациентов с осложненными формами ОА, по литературным данным, наблюдается и большее число осложнений.

### **Цель**

Представить результаты лечения ОА у взрослых пациентов.

### **Материал и методы исследования**

Изучены истории болезни 1074 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 УГОКБ с диагнозом «острый аппендицит». Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica» 10.0. Результаты выражали в виде М (25; 75) %.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

За период 01.01.2014 г. – 31.12.2018 г. было госпитализировано 1074 пациента с ОА. При поступлении пациенты были осмотрены дежурным хирургом, выполнены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ), УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка (ЧО), его расположения и дифференциальной диагностики (с острой урологической и гинекологической патологии) – было выполнено 922 (85,8 %) пациентам, в 51 % случаев были установлены эхоскопические признаки патологии ЧО. Мужчин было 597 (55,6 %), женщин — 477 (44,4 %). Средний возраст пациентов составил 32 (22; 50) года. ИМТ составил 25 (22; 29). Пациенты поступали в среднем через 18 (10; 30) часов от начала заболевания. Позже 24 часов поступило 311 (28,9 %) пациентов, из них до поступления были осмотрены медработниками — 36 (11,6 %) пациентов, 9 (25 %) из которых отказались от госпитализации и повторно обратились позже 24 часов. При поступлении уровень лейкоцитов в анализе крови составил в среднем  $14,2 \times 10^9/\text{л}$  (11; 17), гемоглобина — 138 г/л (126; 148), эритроцитов —  $4,56 \times 10^{12}/\text{л}$  (4,17; 4,92), тромбоцитов —  $183 \times 10^9/\text{л}$  (149; 225).

Оперировано было 1072 пациента, двое пациентов получили консервативное ведение (с клинической картиной плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования). После выписки им было рекомендовано в последующем плановое оперативное лечение. Были выполнены следующие операции и разделены на группы: 1) традиционная (открытая) аппендэктомия (ТА), 2) ТА + дренирование брюшной полости (ТА + Д), 3) диагностическая лапароскопия + ТА (ЛС + ТА), 4) ЛС + ТА, дренирование брюшной полости (ЛС + ТА + Д), 5) лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), 6) ЛС, лапаротомия (ЛС + ЛТ), 7) лапаротомия (ЛТ) (таблица 1).

Таблица 1 — Оперативные вмешательства у пациентов с ОА

| Показатели                    | Операции             |                      |                      |                      |                  |                    |                      |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------|--------------------|----------------------|
|                               | ТА<br>(1)            | ТА + Д<br>(2)        | ЛС + ТА<br>(3)       | ЛС + ТА + Д<br>(4)   | ЛА<br>(5)        | ЛС + ЛТ<br>(6)     | ЛТ<br>(7)            |
| Кол-во, n = 1072              | n = 549              | n = 96               | n = 165              | n = 25               | n = 196          | n = 16             | n = 25               |
| Возраст                       | 32 (23; 51)          | 50 (37; 63)          | 31 (23; 45)          | 44 (28; 56)          | 24 (19; 31)      | 54 (26; 61)        | 52 (24; 68)          |
| Пол м/ж, %                    | 62/38                | 57/43                | 51/49                | 52/48                | 41/59            | 44/56              | 60/40                |
| ИМТ                           | 25 (23; 29)          | 28 (24; 31)          | 25 (22; 30)          | 27 (24; 31)          | 22 (20; 25)      | 26 (21; 35)        | 24 (21; 27)          |
| Сроки заболевания             | 17 (10; 26)          | 48 (26; 90)          | 16 (8; 23)           | 47 (26; 72)          | 12 (6; 19)       | 44 (25; 60)        | 50 (23; 72)          |
| Позже 24 ч, (%)               | 24                   | 77                   | 25                   | 76                   | 10               | 63                 | 68                   |
| Лейк., $\times 10^9/\text{л}$ | 14,2<br>(10,9; 16,6) | 15,4<br>(12,5; 18,6) | 13,3<br>(10,1; 15,5) | 15,1<br>(13,4; 16,6) | 14<br>(11,3; 17) | 15<br>(10,6; 17,5) | 15,6<br>(13,3; 19,3) |

Окончание таблицы 1

| Показатели              | Операции             |                      |                      |                      |                     |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
|                         | ТА<br>(1)            | ТА + Д<br>(2)        | ЛС + ТА<br>(3)       | ЛС + ТА + Д<br>(4)   | ЛА<br>(5)           | ЛС + ЛТ<br>(6)       | ЛТ<br>(7)            |
| Нв, г/л                 | 141<br>(129; 151)    | 134<br>(120; 142)    | 133<br>(121; 145)    | 136<br>(122; 149)    | 136<br>(124; 147)   | 128<br>(119; 156)    | 139<br>(123; 145)    |
| Эр., $\times 10^{12}/л$ | 4,64<br>(4,28; 4,98) | 4,39<br>(4,01; 4,69) | 4,55<br>(4,04; 4,81) | 4,36<br>(3,94; 4,93) | 4,54<br>(4,16; 4,9) | 4,41<br>(4,07; 4,98) | 4,48<br>(3,98; 5,04) |
| Тр., $\times 10^9/л$    | 178<br>(144; 220)    | 190<br>(158; 229)    | 176<br>(145; 229)    | 182<br>(151; 225)    | 191<br>(159; 233)   | 176<br>(149; 213)    | 187<br>(156; 251)    |
| К-д                     | 7<br>(6; 8)          | 14<br>(11; 18)       | 7<br>(7; 8)          | 14<br>(9; 17)        | 6<br>(5; 7)         | 13<br>(10; 20)       | 14<br>(11; 22)       |
| Осложнения, %           | 31<br>(5,6 %)        | 10<br>(10,4 %)       | 6<br>(3,6 %)         | 2<br>(8 %)           | 8<br>(4,1 %)        | 0                    | 1<br>(4 %)           |

В послеоперационном периоде осложнения развились у 58 (5,3 %) пациентов.

В 1-й группе (31 пациент) были следующие осложнения: у 1 — инфильтрат послеоперационной раны, пролеченный консервативно; у 14 — была вскрыта серома послеоперационной раны, у 14 — опорожнена гематома послеоперационной раны; у 1 — развилась послеоперационная острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), у 1 — внутрибрюшное кровотечение, что потребовало повторной операции.

Во 2-й группе (10 пациентов): у 4 — ОСКН, у 1 — ОСКН и последующей эвентрации с разрывом спайками тонкой кишки, у 2 — образовался толстокишечный свищ, который хорошо поддавался консервативному лечению; у 1 — опорожнена гематома и у 1 — вскрыта раневая серома, в месте, где ранее стоял трубчатый дренаж из брюшной полости; у 1 пациентки при забрюшинном расположении ОА развилась флегмона забрюшинного пространства, потребовавшая в последующем оперативного лечения.

В 3-й группе (6 человек): у 4 пациентов была вскрыта гематома раны, у 1 — оперирована серома и у 1 в раннем периоде развилась ОСКН, что потребовало оперативного лечения.

В 4-й группе (2 человека): были оперированы по поводу ОСКН.

В 5-й группе (8 осложнений в области раны в правой подвздошной области): у 4 пациентов развился инфильтрат, пролеченный консервативно, у 2 — опорожнена гематома и у 1 — серома послеоперационной раны, в 1 случае была вскрыта гематома брюшной полости.

В 7-й группе осложнение развились у одного пациента: на 7 сутки — эвентрация и разрыв тонкой кишки, фиксированной спайками по линии лапаротомной раны, последующий послеоперационный период был с положительной динамикой.

### **Выводы**

В большинстве случаев пациентам выполнялась аппендэктомия открытым способом — 60 %. У 37 % пациентов операция начата с лапароскопии, при этом, из них у 49 % пациентов выполнена лапароскопическая аппендэктомия, у 47 % была конверсия и произведена традиционная аппендэктомия в т. ч. с дренированием брюшной полости, у 4 % пациентов выставлены показания для лапаротомии.

Послеоперационные осложнения развились у 58 (5,3 %) пациентов. Наибольшее количество осложнений было отмечено в группе после традиционной аппендэктомии с дренированием брюшной полости (10,4 %).