

У пациентов после лапароскопии, открытой аппендэктомии у 2 пациентов опорожнена гематома послеоперационной раны и в последующем консервативное лечение; 1 пациент оперирован по поводу РОСКН.

После лапароскопии, открытой аппендэктомии и дренирования брюшной полости у двух пациентов развилась РОСКН. После лапароскопической аппендэктомии у 1 пациента развился инфильтрат послеоперационной раны, пролеченный консервативно. У 1 пациента после лапаротомии в раннем послеоперационном периоде развилась эвентрация с разрывом тонкой кишки, что привело к очередной операции.

Среди лиц, госпитализированных после 24 часов, послеоперационные осложнения развились у 26 (8,4 %) пациентов, и у 38,5 % из них это потребовало оперативного лечения. У пациентов, госпитализированных в срок до 24 часов, осложнения развились у 32 (4,2 %) пациентов, выполнение последующих операций — у 6,3 % из них.

#### **Выводы**

Пациенты с острым аппендицитом и поздними сроками обращения составили треть от числа оперированных (28,9 %).

Преобладающее большинство из них (94 %) были пациенты с деструктивными формами острого аппендицита, среди которых преобладали мужчины.

У трети пациентов (29,6 %) операция была завершена дренированием брюшной полости, в 8,8 % случаях — аппендэктомия была выполнена из лапаротомного доступа.

Послеоперационный период у пациентов с поздними сроками госпитализации сопровождался более высоким процентом осложнений — 8,4 %, что в 38,5 % случаев потребовало очередного хирургического вмешательства.

**УДК 616.346.2-002.1-089**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ**

*Адамович Д. М.<sup>1</sup>, Дундаров З. А.<sup>1</sup>, Филатов А. А.<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**

Острый аппендицит (ОА) является одной из частых нозологий в структуре экстренной хирургической патологии. Несмотря на характерную клиническую картину, у ряда пациентов имеется ее стертая форма, маскирующая ОА под иную патологию органов брюшной полости, гинекологические или урологические заболевания, что требует проведения инструментальной диагностики. В ряде случаев при выполнении УЗИ удается выявить эхоскопические признаки патологически измененного червеобразного отростка (ЧО), однако в ряде случаев для скрининга приходится прибегать к лапароскопическому исследованию.

#### **Цель**

Изучить результаты применения лапароскопической техники (ЛТ) в диагностике и лечении ОА у взрослых пациентов.

#### **Материал и методы исследования**

Изучены ретроспективно медицинские карты 1074 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 УГОКБ с диагнозом «острый аппендицит». ЛТ для лечения была применена у 402 пациентов. 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. в отделение был госпитализирован 1074 пациент с ОА.

Операция была начата лапароскопически у 402 пациентов. Показаниями к этому явились: клинически установленный диагноз и подтвержденный при УЗ-исследовании; необходимость проведения дифференциальной диагностики с гинекологической и другой патологией органов брюшной полости; с целью верификации источника перитонита и выбора доступа.

Мужчин было 184 (46 %), женщин — 218 (54 %). Средний возраст пациентов составил 27 (20; 38) лет. ИМТ составил 24 (21; 28). Пациенты поступали в среднем через 15 (7; 23) часов от начала заболевания; позже 24 часов поступило 88 (22 %) пациентов. До обращения в стационар были осмотрены медработниками — 14 (18 %) пациентов, двое из которых отказались от госпитализации.

Уровень лейкоцитоза в общем анализе крови составил в среднем  $13,9 \times 10^9/\text{л}$  (11; 16,7), гемоглобина — 134 (123; 146) г/л, эритроцитов —  $4,54 \times 10^{12}/\text{л}$  (4,09; 4,89), тромбоцитов —  $187 \times 10^9/\text{л}$  (152; 229). В анамнезе в различные сроки у 33 (8 %) пациентов ранее были выполнены операции на органах брюшной полости.

Были выполнены следующие операции и разделены на группы: 1) диагностическая лапароскопия + открытая аппендэктомия (ЛС + ТА), 2) ЛС+ТА, дренирование брюшной полости (ЛС + ТА + Д), 3) лапароскопическая аппендэктомия (ЛА), 4) ЛС, лапаротомия (ЛС + ЛТ), (таблица 1).

Таблица 1 — Виды операций с применением ЛТ у пациентов с ОА

Показатели	Операции			
	ЛС + ТА	ЛС + ТА + Д	ЛА	ЛС + ЛТ
Кол-во, n =, %	n = 165/41	n = 25/6	n = 196/49	n = 16/4
Возраст	31 (23; 45)	44 (28; 56)	24 (19; 31)	54 (26; 61)
Пол м/ж, %	51/49	52/48	41/59	44/56
ИМТ	25 (22; 30)	27 (24; 31)	22 (20; 25)	26 (21; 35)
Сроки заболевания, ч	16 (8; 24)	47 (26; 72)	12 (6; 19)	44 (22; 60)
Позже 24 ч., (%)	25	76	10	63
Лейк., $\times 10^9/\text{л}$	13,3 (10,1; 15,5)	15,1 (13,4; 16,6)	14 (11,3; 17)	15 (10,6; 17,5)
Койко-день	7 (7; 8)	14 (9; 17)	6 (5; 7)	13 (10; 20)
Осложнения, %	6 (3,6 %)	2 (8 %)	8 (4,1 %)	0

До операции УЗИ органов брюшной полости было выполнено с целью выявления измененного ЧО, его расположения и дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии 87 % пациентам, в 37 % случаев выявлены эхоскопические признаки острого аппендицита. Перед операцией с помощью УЗИ был выявлен ЧО: в 1-й группе — у 29 %, во 2-й группе — у 39 %, в 3-й группе — у 44 % и в 4-й группе — у 25 % пациентов.

В ходе операции были выявлены следующие формы и расположение ЧО, что повлияло на дальнейший ход операции (таблица 2).

Таблица 2 — Морфологические формы и локализация в брюшной полости ЧО

Показатели	Операции			
	ЛС + ТА	ЛС + ТА + Д	ЛА	ЛС + ЛТ
ОКА, %	5	4	3	0
ОФА, %	86	12	91	6
ОГА, %	7	16	5	6
ОГАО, %	2	68	1	88
<b>Расположение ЧО:</b>				
• типичное, %	36	24	60	38
• ретроцекальное, %	31	40	12	6
• ИЦУ, %	11	20	7	6

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.