

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-

ления в год [С. В. Ковалев, 2008]. Наиболее часто он встречается в возрасте 20–40 лет [В. Д. Левицкий, 2011]. Женщины оперируются в 1,5–2 раза чаще [В. П. Сажин, 2009]. Летальность при ОА стабилизировалась за последние десятилетия и составляет в среднем 0,1–0,3 %.

**Целью** исследования явилось изучение структуры заболеваемости острым аппендицитом и результаты его лечения у взрослых пациентов.

**Материалы и методы.** Были изучены истории болезни и протоколы операций 119 пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г — 31.08.2014 гг. При госпитализации пациентам был выполнен общий осмотр, проведены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ). 106 пациентам (89 %) выполнено УЗИ органов брюшной полости. При необходимости пациенты были консультированы смежными специалистами. Все пациенты были оперированы.

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

**Результаты и обсуждение.** Соотношение пациентов по полу мужчины/женщины составило 62 (52 %) и 57 (48 %) человек соответственно. Средний возраст пациентов составил 31 год (22;54). ИМТ составил 25 (22;29). Длительность заболевания до госпитализации в среднем составил 20 часов (11;32). Через сутки от начала заболевания поступил 41 пациент (34 %).

В общем анализе крови показатели лейкоцитоза составили в среднем  $14,3 \times 10^9/\text{л}$  (11,7;17,9), уровень гемоглобина — 138 г/л (128;148), эритроциты —  $4,65 \times 10^{12}/\text{л}$  (4,36;4,91), тромбоциты —  $185 \times 10^9/\text{л}$  (147;234).

Структура аппендэктомий оказалась следующая: традиционная доступом в правой подвздошной области у 72 пациентов (60 %), традиционная ретроградным способом — у 3 (2,5 %); у 8 (7 %) аппендэктомия была завершена дренированием брюшной полости; трем пациентам (3 %) выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости; типичная аппендэктомия была выполнена после диагностической лапароскопии в 17 случаях (14 %); лапароскопическая аппендэктомия — 16 пациентам (13 %).

На операции типичное расположение червеобразного отростка было выявлено у 74 (62 %) пациентов, ретроцекальное у 25 (21 %), за илеоцекальным углом — у 4 (3 %), подпеченочное — у 7 (6 %), в малом тазу — у 6 (5 %), ретроперитонеальное — в 3 (3 %) случаях.

Морфологически катаральная форма ОА была установлена у 8 (7 %) пациентов, флегмонозная — у 83 (69 %), гангренозная — у 14 (12 %), гангренозная с периаппендикулярным абсцессом — у 6 (5 %), гангренозная с перитонитом — у 8 (7 %) пациентов.

Длина аппендикса в среднем составила 80 (70;80) мм, диаметр отростка — 10 (10;15) мм. У 93 (78 %) пациентов в брюшной полости определялся выпот, который был взят на посев.

После аппендэктомий осложнения развились у 6 (5 %) пациентов: местные осложнения раны (1 гематома и 3 серомы) у 4, у одного пациента образовался неполный несформированный толстокишечный свищ (после гангренозного перфоративного аппендицита с аппендикулярным абсцессом, пролеченный консервативно), у 1 пациентки развилась острая спаечная кишечная непроходимость, осложнившаяся в последующем эвентрацией с разрывом тонкой кишки, что потребовало повторных операций. Все пациенты с этими осложнениями были выписаны с полным выздоровлением и в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день составил — 7 (6;8).

### **Выводы**

По нашим данным червеобразный отросток чаще локализовался в правой подвздошной ямке, пока при этом чаще выполняется традиционная аппендэктомия, наи-

большее количество пациентов были оперированы во флегмонозную стадию острого аппендицита.

В сложных случаях для верификации диагноза может возникнуть необходимость выполнения диагностической лапароскопии и в случае подтверждения диагноза выполняется аппендэктомия традиционным или лапароскопическим способом.

Развитие осложнений по данным нашего исследования в основном наблюдалось при запущенных деструктивных формах острого аппендицита, не превысило возможный процент по данным литературы.

***С. Л. АЧИНОВИЧ, Т. И. ПРИГОЖАЯ, В. Э. НИТИШ,  
А. Л. ЛЕОНКОВ, Н. В. АЧИНОВИЧ***

### **ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИЙ**

*УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»  
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) — одно из наиболее часто встречающихся осложнений у пациентов с колоректальным раком (КРР). ТЭЛА занимает одно из первых мест среди смертельных осложнений, которые не были выявлены клинически.

**Материалы и методы.** Произведен анализ медицинской документации 180 пациентов, умерших от КРР и подвергавшихся аутопсии в патологоанатомическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера (ГОКОД) за период 1986–2012 гг. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6,0.

**Результаты и обсуждение.** В 88 случаях (48,9 %) был выявлен рак прямой кишки (РПК), а в 92 (51,1 %) — рак ободочной кишки (РОК). При РПК средний возраст составил  $64,9 \pm 5,1$  лет, соотношение М / Ж = 1,1 / 1. Преобладали пациенты в возрасте после 50 лет — 80 случаев (91,4 %). При РОК средний возраст составил  $65,2 \pm 5,9$  лет, соотношение М / Ж = 1,2/1. Также преобладали пациенты в возрасте после 50 лет — 85 случаев (92,2 %). При РПК опухоли локализовались в нижеампулярном отделе прямой кишки в 14 случаях (16,5 %), в среднеампулярном в 52 (58 %), в вышеампулярном — в 22 (25,5 %). Новообразования у больных РОК чаще локализовались в правой половине толстого кишечника — 57 случаев (62,1 %), чем в левой половине — 35 случаев (37,9 %).

В качестве непосредственной причины смерти пациентов при РПК ТЭЛА встречалась в 23 случаях (26,1 %), при РОК — 11 случаев (11,9 %). Всего ТЭЛА была диагностирована в 34 случаях (18,7 %) КРР. Во всех случаях РОК источником тромбообразования явились глубокие вены голени. При РПК глубокие вены голени явились источником тромбообразования в 19 случаях (82,6 %). В 1 случае (4,3 %) тромб сформировался в ушке правого предсердия, в 1 случае (4,3 %) тромб образовался в подвздошной вене в месте врастания метастаза РПК, в 2-х случаях (8,7 %) источником тромбообразования явились вены малого таза. Среди всех КРР преобладали опухоли I–II стадии, что составило при РПК 18 случаев (77,5 %), при РОК — 8 случаев (75 %). ТЭЛА развилась после радикальных операций у 16 пациентов РПК (70,2 %) и у 7 пациентов с РОК (61,5 %), после паллиативных операций у 4 больных РПК (17,2 %) и 3 больных РОК (25 %). У трех пациентов с РПК (12,1 %) и 1 пациента с РОК (11,4 %) ТЭЛА развилась без предшествовавшей операции. Отмечено преобладание поражения средних ветвей легочной артерии при РПК — 12 случаев (53,3%), при РОК-6 (50,5 %). Поражение крупных ветвей и ствола легочной артерии составило при РПК 8 случаев