

## ЛИТЕРАТУРА

1. Елейникова, В. С. Земская медицина в Беларуси / В. С. Елейникова, З. К. Крылова // Седьмая научная конференция по истории медицины Беларуси, посвященная 50-летию окончания Второй мировой войны: сб. матер. конф., Минск, 7–9 сент. 1995 г. — Минск, 1995. — С. 119–122.
2. Очерки истории здравоохранения Гомельской области: учеб. пособие / М. Е. Абраменко [и др.]; Гомел. гос. мед. ун-т. — Гомель, 2005. — С. 10.
3. НАРБ, Ф. 46, оп 1, л.1.
4. ГАГО, Ф. 11, оп 1, д. 1, л. 104-107.
5. Мозырский ЗГАГО, Ф. 463, оп. 3, д. 12.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, И. П. СУШКИН,  
В. И. ЛЕОНЕНКО, В. М. МАЙОРОВ, Ю. Н. АВИЖЕЦ, И. Ф. ШАЛЫГА, А. В. ЛУТКОВ**

### **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АППЕНДЭКТОМИЮ**

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

Острый аппендицит остается одной из ведущих нозологических форм urgentной хирургической патологии, госпитализируемых в хирургические отделения. Значительное количество пациентов оперируется с флегмонозной и гангренозной формой острого аппендицита.

**Цель:** изучить гистологическую картину червеобразных отростков у взрослых пациентов в зависимости от сроков заболевания.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни и протоколы гистологического исследования червеобразных отростков 120 пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита в первом хирургическом отделении УГОКБ за период 01.01.2014 г. — 01.08.2014 г.

Морфологически были выделены следующие группы: острый катаральный аппендицит (ОКА), острый флегмонозный аппендицит (ОФА), острый флегмонозный аппендицит с гнойным периаппендицитом (ОФА+ПА), острый гангренозный аппендицит (ОГА), острый гангренозный перфоративный аппендицит с осложнениями (абсцесс, перитонит) (ОГПА).

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

#### **Результаты и обсуждение**

Полученные результаты исследования по вышеуказанным группам представлены в таблице 1.

При анализе полученных результатов статистически значимых различий в группах по ИМТ, полу, количеству тромбоцитов, длине червеобразного отростка не отмечено. Отличия по возрасту отмечены между ОКА и ОГПА ( $p = 0,02$ ), ОФА и ОГПА ( $p = 0,005$ ), ОФА+ПА и ОГПА ( $p = 0,01$ ), ОГА и ОГПА ( $p = 0,011$ ), причем отмечается и увеличение среднего возраста в соответствии с возрастанием степени воспалительных изменений. Закономерно отмечено увеличение степени изменений воспалительного процесса в червеобразном отростке срокам заболевания, при этом значимые отличия отмечены между ОФА и ОГПА ( $p = 0,0003$ ), ОФА и ОГА ( $p = 0,003$ ), ОФА+ПА и ОГПА ( $p = 0,024$ ), ОГА и ОГПА ( $p = 0,038$ ). Уровень лейкоцитоза при поступлении статистически значимо отличался в группе с ОКА и ОФА ( $p = 0,011$ ), ОКА и ОФА+ПА ( $p = 0,002$ ), ОКА и ОГА ( $p = 0,002$ ). Также значимые отличия выявлены по уровню гемоглобина: ОФА и ОГПА ( $p = 0,02$ ) и по количеству эритроцитов ОКА и ОГПА ( $p = 0,03$ ), ОФА и ОГПА ( $p = 0,003$ ),

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 троакары для видеолапароскопа. Под контролем лапароскопа в правой подвздошной области 10 мм троакары для инструментов, над лоном по средней линии 5 мм троакары для биполярного коагулятора. Аппендэктомия выполня-