

## ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко, Г. И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун. – М. : Медицина, 2006. – 543 с.
2. Араблинский, А. В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии) / А. В. Араблинский [и др.] // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. – № 2. – С.4–12.
3. Колоцей, В. Н. Острый и хронический алкогольные панкреатиты: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей : сб. ст. II междунар. науч.-практ. конф., Гродно, 7–8 окт. 2021 г.– Гродно, 2021. – С.47–50.

## ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И СОВРЕМЕННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Смотрич С.М.<sup>1</sup>, Страпко В.П.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

**Актуальность.** Острый аппендицит является самой частой причиной острой хирургической патологии органов брюшной полости. Клиническая картина воспаления червеобразного отростка многолика и порой требует проведения достаточно большого количества диагностических процедур, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста. Однако вопросы дифференциальной диагностики остаются весьма сложными, поскольку при стертой абдоминальной симптоматике бывает весьма непросто поставить правильный диагноз. В связи с этим значение эндовидеохирургических возможностей трудно переоценить. Лапароскопия обладает высокой степенью диагностической информативности и позволяет выполнить не только диагностические, но и лечебные манипуляции [1]. Оснащение стационаров современным диагностическим оборудованием – МРТ, КТ, аппаратами УЗИ экспертного класса, современными клиническими лабораториями – позволило значительно улучшить диагностические возможности.

**Цель.** Проанализировать диагностические и лечебные возможности лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

**Методы исследования.** Нами был проведен анализ результатов лечения 146 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2022 году, которым была выполнена аппендэктомия. Это были пациенты в возрасте от 18 до 84 лет, мужчин было 67 (45,9 %), женщин – 79 (54,1 %). Верификация диагноза той или иной формы аппендицита основывалась на данных патогистологического исследования червеобразного отростка. Также был проведен анализ экстренной

абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике за этот же период. Было выполнено 104 лапароскопии. Структура острых заболеваний органов брюшной полости была представлена следующей патологией: острый аппендицит (флегмонозный, гангренозный, с абсцессом и перфорацией), острый холецистит (деструктивные формы), перфоративные язвы желудка и 12-перстной кишки, острый панкреатит, непроходимость кишечника различного генеза, закрытая и открытая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, мезаденит, острая гинекологическая патология, некроз пряди большого сальника и перекрут жировых привесок ободочной кишки, дивертикулит (с перфорацией и без), онкопатология ободочной кишки, сосудистая недостаточность тонкого кишечника, перитониты различной этиологии.

**Результаты и их обсуждение.** Диагностическая лапароскопия позволила установить диагноз острого аппендицита в 19 случаях. Еще у 16 пациентов был верифицирован мезаденит. У 3 пациентов выявлен перекрут пряди большого сальника с некрозом, в 1 случае – перекрут жировой привески ободочной кишки, произведена лапароскопическая санация указанной патологии. Лапароскопия позволила обнаружить у одного пациента флегмонозно измененный дивертикул Меккеля с последующей его резекцией. У 6 пациенток диагностирован острый сальпингит и оофорит.

В диагностике острого аппендицита приходится значительно чаще, чем при другой патологии, прибегать к лапароскопическому методу. Лапароскопия явилась самым эффективным по информативности и самым оперативным по исполнению методом дифференциальной диагностики.

Диагностическая лапароскопия позволяет уменьшить количество неоправданных аппендэктомий и избежать тяжелых осложнений. Несмотря на внедрение в диагностику этой патологии таких методов, как УЗИ червеобразного отростка и КТ органов брюшной полости, значение лапароскопического метода не уменьшилась.

Ценность диагностической лапароскопии при остром аппендиците заключается в том, что в большинстве случаев при установлении диагноза она трансформируется в лечебную.

Были прооперированы 146 пациентов. При этом лапароскопическая аппендэктомия произведена 126 пациентам, что составило 86,3 % от общего количества аппендэктомий. Острый катаральный аппендицит был выявлен у 16 (11,0 %) пациентов. Острый флегмонозный аппендицит диагностирован у 105 (71,9 %) пациентов. В связи с острым гангренозным аппендицитом были прооперированы 25 (17,1 %) пациентов.

Для диагностики другой острой хирургической патологии лапароскопию применяли значительно реже. Так, диагноз острого холецистита был установлен у 5 пациентов, в 3 случаях это были деструктивные формы, осложненные перитонитом, потребовавшие открытого оперативного вмешательства. После удаления дренажа холедоха диагностическая лапароскопия позволила диагностировать у 1 пациента желчный перитонит.

Еще в 1 случае был выявлен абсцесс печени, произведено его лапароскопическое вскрытие и дренирование.

Острый панкреатит выявлен у 3 пациентов, в 2 случаях была произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости в связи с ферментативным перитонитом. Для установления диагноза прободной язвы 12-перстной кишки к лапароскопии прибегали в 2 случаях.

Диагноз острой кишечной непроходимости был установлен у 10 пациентов, в том числе в 6 случаях была спаечная непроходимость, которую у 3 пациентов удалось завершить лапароскопическим висцеролизом. В 1 случае выявлена тонкокишечная инвагинация, еще у 1 пациента – заворот подвздошной кишки. В 2 случаях причиной непроходимости оказался рак ободочной кишки, причем в 1 случае осложненный перфорацией и перитонитом. Острый дивертикулит отмечен у 6 пациентов, в 4 случаях был осложнен прободением и перитонитом, что потребовало открытого оперативного вмешательства с выведением колостомы.

При травмах и ранениях брюшной полости выполнено 5 лапароскопий. При проникающих ножевых ранениях брюшной полости лапароскопическим исследованием выявлено одно торакоабдоминальное ранение с повреждением печени и диафрагмы. У 2 пациентов повреждений внутренних органов не обнаружено, что позволило воздержаться от лапаротомии.

Сосудистая недостаточность тонкого кишечника с гангреной кишки выявлена у 4 пациентов. Перфорации подвздошной кишки нетравматического генеза диагностированы у 3 пациентов, в одном случае был поставлен диагноз терминального илеита.

Особо следует подчеркнуть тот факт, что в 20 случаях (19,2 %) удалось исключить хирургическую патологию органов брюшной полости.

Таким образом, именно лапароскопия в настоящий момент играет главную роль в отходе от гипердиагностики острого аппендицита. Активное внедрение лапароскопической диагностики позволило уменьшить количество «напрасных» аппендэктомий.

При этом не стоит полностью отказываться от открытой аппендэктомии, особенно в случаях гангренозного аппендицита с явлениями тифлита, местного перитонита. Не надо пытаться выполнить лапароскопическую аппендэктомию любой ценой, это может приводить к ненужным осложнениям. Кроме того, на нашей клинической базе проходит подготовка врачей-интернов. Мы должны обучить их не только выполнению лапароскопической аппендэктомии, но и традиционной аппендэктомии, без чего их практическая подготовка будет неполноценна.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита / С. А. Касумьян [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 31–34.