

## ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Страпко В.П.<sup>2</sup>, Варсевич И.Г.<sup>2</sup>, Клименко Н.Ф.<sup>2</sup>,  
Якимович Д.Ф.<sup>2</sup>, Жук С.А.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Гродненская 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. Мониторная лапароскопия, широко внедряемая в последнее время и выполненная под общим обезболиванием способна решить наибольшее количество диагностических задач. При лечении этого заболевания могут применяться как открытая, так и лапароскопическая аппендэктомия, однако в последние годы лапароскопическая аппендэктомия постепенно вытесняет стандартный «открытый» способ лечения острого аппендицита.

**Целью исследования** является анализ результатов диагностики и лечения пациентов с острым аппендицитом.

**Методы исследования.** Нами был проведен анализ результатов лечения 1422 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2012 по 2016 годы, которым была выполнена аппендэктомия. Это были пациенты в возрасте от 16 до 84 лет, мужчин было 686 (48,2%), женщин – 736 (51,8%). Верификация диагноза той или иной формы аппендицита основывалась на данных патогистологического исследования червеобразного отростка.

**Результаты и обсуждение.** За пять лет в клинике по поводу острого аппендицита были оперированы 1422 пациента, причем 917 (64,5%) была выполнена открытая аппендэктомия. Острый катаральный аппендицит был диагностирован у 198 (21,6%) пациентов. Острый флегмонозный аппендицит выявлен у 603 (65,8%) пациентов. В связи с острым гангренозным аппендицитом были оперированы 116 (12,6%) пациентов.

Лапароскопическая аппендэктомия произведена 505 пациентам,

что составило 35,5% от общего количества аппендэктомий. В 2015-2016 годах при помощи эндовидеохирургической технологии были оперированы 264 пациента (45,5%). Более широкое внедрение лапароскопического метода сдерживается вследствие недостаточного количества наборов инструментов. Острый катаральный аппендицит был выявлен у 113 (22,4%) пациента. Острый флегмонозный аппендицит диагностирован у 371(73,4%) пациентов. В связи с острым гангренозным аппендицитом были оперированы 21(4,2%) пациентов. Был произведен анализ способов обработки культи червеобразного отростка при выполнении лапароскопической аппендэктомии. На начальном этапе освоения данного оперативного вмешательства в 142 случаях произведено наложение клипс на основание червеобразного отростка (28,1%), при этом у 2 пациентов были отмечены тяжелые интраабдоминальные осложнения – при прорезывании клипс с культи отростка развился распространенный перитонит, что потребовало повторного оперативного вмешательства – лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости. Сейчас мы отказались от клипирования червеобразного отростка. 49 (9,7%) пациентам на основание отростка накладывали эндопетли. Еще в 58 (11,5%) случаях культи отростка погружалась кيسетным швом. В остальных случаях применено эндокорпоральное лигирование червеобразного отростка. Повторные оперативные вмешательства выполнены 3 пациентам, в 2 случаях это было связано с недостаточно адекватной санацией брюшной полости, еще у одной пациентки развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость.

Внедрение в ургентную хирургию видеоэндоскопических технологий дает возможность широкой ревизии брюшной полости, что особенно ценно при неясном диагнозе острого аппендицита. В случае обнаружения «неизмененного» червеобразного отростка лапароскопия позволяет не только диагностировать другие заболевания, но выполнить адекватную хирургическую коррекцию обнаруженной патологии. Так у 26 пациентов с неясными болями в животе и подозрением на острый аппендицит были диагностированы другие заболевания: в 6 случаях были удалены некротизированные жировые подвески ободочной кишки, 3 пациента оперированы по поводу оментита, в 15 случаях диагностирована патология органов малого таза.

**Выводы.** Лапароскопическая аппендэктомия является малотравматичным методом лечения острого аппендицита.

Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ над открытой операцией: лапароскопический доступ практически исключает нагноение послеоперационной раны, минимальная площадь повреждения брюшины снижает риск развития спаечного процесса в брюшной полости, уменьшение послеоперационного болевого синдрома, ранее восстановление перистальтики кишечника, сокращение сроков пребывания в стационаре, раннее восстановление трудоспособности, лучший косметический эффект. Все наши хирурги в достаточной мере владеют навыками лапароскопической хирургии, однако недостаточное оснащение ургентных отделений современной техникой, отсутствие необходимых наборов инструментов не позволяют сделать лапароскопическую аппендэктомию доминирующим методом в лечении острого аппендицита.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев, С.В. Опыт использования видеолапароскопических операций у больных острым аппендицитом / С.В. Ковалев // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №4. – С. 13-15.
2. Место лапароскопической аппендэктомии в работе хирургического отделения городской больницы / Н.А. Краснолуцкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №1. – С. 129.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Страпко В.П.<sup>2</sup>

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

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

**Актуальность.** В настоящее время острый холецистит является одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний. По современным данным желчнокаменной болезнью страдает более 10% населения планеты, при этом число больных ЖКБ неуклонно увеличивается. Диагноз острого холецистита является безусловным показанием для срочной госпитализации в хирургический стационар и проведения диагностических и лечебных мероприятий. Современные экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения пациента с максимально коротким сроком пребывания в стационаре. Уходит в прошлое длительное консервативное лечение в хирургическом стационаре. Современный этап развития хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных