

**Гуревич А.Р., Краснов С.В., Быков Н.М.,  
Юрченко С.А., Малеваный О.И.,  
Маркевич Ю.В., Крысько К.Г.**

*УЗ «Могилевская городская больница скорой  
медицинской помощи»*

## **РОЛЬ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ.**

**Актуальность** продолжения изучения проблемы диагностики и лечения острого аппендицита обусловлена рядом факторов: высоким уровнем заболеваемости, достигающим 4-6%, высоким уровнем диагностических ошибок у детей и больных пожилого и старческого возраста, который достигает 12-31%; отсутствием изменений в удаленном червеобразном отростке при традиционной (открытой) аппендэктомии у 16,7-35% пациентов, особенно у женщин репродуктивного возраста, и высоким уровнем

нем гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, которые имеют место в 10-33% случаев.

**Цель исследования.** На большом клиническом материале провести сравнительный анализ результатов лечения острого аппендицита при традиционном (открытая аппендэктомия) методе и лапароскопическом методе аппендэктомии и на основании полученных результатов предложить наиболее эффективный вид оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** С 1994 по 2014 годы на базе нашей больницы выполнено 5396 видеолапароскопических исследований пациентам с подозрением на острый аппендицит, что позволило подтвердить диагноз у 3156 (58,5%) пациентов в возрасте  $47,3 \pm 16,7$  (15-73) лет и использовать видеолапароскопию как метод оперативного лечения. У 1456 (27%) пациентов диагностическая лапароскопия позволила полностью исключить, а у 784 (14,5%) выявить другую острую хирургическую патологию. С 2002 года лапароскопия является обязательным диагностическим компонентом при неясном клиническом диагнозе, когда в процессе динамического наблюдения невозможно подтвердить или исключить острый аппендицит.

Показаниями к лапароскопической аппендэктомии являлись: подтвержденный диагноз острого аппендицита в процессе диагностической лапароскопии; пациенты с высоким риском раневых инфекционных осложнений (ожирение II-III степени, сахарный диабет); вовлечение червеобразного отростка в воспалительный процесс на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза (сальпингит, аднексит); в случаях, когда больные настаивали на выполнении оперативного вмешательства только малоинвазивным доступом. Противопоказанием к выполнению лапароскопической аппендэктомии на данном этапе считаем сформированный инфильтрат в правой подвздошной области, дооперационно установленный диагноз абсцесса, разлитого перитонита, а также общие для любых лапароскопических вмешательств противопоказания.

Причиной конверсии у 139 (4,4%) пациентов были деструктивные формы аппендицита с выраженными инфильтративно-воспалительными изменениями в илеоцекальной области, когда продолжение операции было сопряжено с высоким риском интраоперационных осложнений.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по антеградной и ретроградной методике. В 33,6% случаях отсечение брыжейки от червеобразного отростка проводилось с использованием биполярной коагуляции, у 42,5% пациентов использовалась монополярная коагуляция. У 94 пациентов для пересечения брыжейки использовался ультразвуковой гармонический скальпель (Ultracision Ethicon Harmonic scalpel) с лапароскопическими коагулирующими ножницами (ЛКН) диаметром 5мм. В 15 случаях, когда в брыжейке обнаруживали выраженный отек, инфильтрацию и микроабсцессы, для ее пересечения использовали швивающие аппараты Endo GIA – 30 с набором кассет. В большинстве случаев (98%) на основании червеобразного отростка накладывали эндопетлю Roedera с интра- либо экстракорпоральным формированием узла и клипсу. При выраженности воспалительных изменений в основании отростка – две эндопетли. Культия отростка обрабатывалась раствором йода в сочетании с электрокоагуляцией ее слизистой. После удаления отростка проводилась тщательная санация (зона операции промывается

раствором антисептика с одновременной эвакуацией его) и дренирование брюшной полости вне зависимости от характера воспалительных изменений. Дренажи (1 либо 2 силиконо-вые 5мм трубки в зависимости от степени деструктивных изменений в отростке и вовлечении в процесс смежных органов) устанавливали в полость малого таза.

Особую ценность лапароскопическая методика показала у женщин, когда в результате исследования были диагностированы 94 разрыва либо перекрута кист яичников, 57 внематочных беременностей, 108 апоплексий яичников, 76 воспалительных заболеваний придатков матки. Сравнительный анализ морфологических изменений в червеобразном отростке после традиционной (открытой) аппендэктомии и лапароскопической показал, что форма простого аппендицита с 12,3% сократилась до 1,7% соответственно. Таким образом, полученные данные убедительно доказывают, что диагностическая лапароскопия значительно сократила число напрасных аппендэктомий (в 7,2 раза).

Средние сроки пребывания в стационаре после лапароскопической аппендэктомии составили 4,3 дня, в то время как после традиционной (открытой) составляют 7,2 дня.

Для изучения эффективности эндовидеохирургических операций в сравнении с традиционными был выполнен анализ послеоперационных осложнений. Послеоперационные осложнения в группе оперированных видеолaparоскопическим способом были незначительными: абсцесс брюшной полости 0,02% (1 случай), инфильтрат в правой подвздошной области в 0,4% (12 случаев), нагноение операционной раны (троакарной) в 0,7% (22 случая). Последние из них наблюдались в месте извлечения червеобразного отростка (как правило он извлекался через гильзу 12мм троакара) из брюшной полости на заре освоения методики и были связаны с несовершенством техники оперативного вмешательства. После традиционных операций кровотечение имело место в 0,08%, абсцесс брюшной полости отмечен у 0,23% случаев, инфильтрат в правой подвздошной области в 0,8%, перитонит у 0,12%, кишечные свищи 0,2%, нагноение операционной раны 6,2%, летальность 0,04%.

Таким образом, исследования показали, что лапароскопическая аппендэктомия имеет высокую диагностическую ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно снижает сроки реабилитации.