

**Довнар И.С.¹, Курило О.П.², Троян А.А.²,
Заневская Е.Л.¹, Панасюк Е.Г.¹**

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница № 4, Гродно, Беларусь

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У МУЖЧИН - ОТКРЫТАЯ ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ.

Актуальность. Острый аппендицит остается одним из распространенных хирургических заболеваний. Из экстренных операций на долю аппендэктомий приходится 61,5 % . Наиболее часто острый аппендицит встречается в возрасте от 20 до 40 лет. Летальность составляет 0,03%,

послеоперационные осложнения – 5-21%.

До начала 90-х годов прошлого столетия «золотым» стандартом операции являлся доступ Волковича - Дьяконова с последующей аппендэктомией и погружением культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный шов. В 1980 г. выполнена первая лапароскопическая аппендэктомия. Многие хирурги придерживаются мнения, что лапароскопическая аппендэктомия предпочтительна для лечения простого аппендицита. Кроме этого под маркой аппендицита у женщин, особенно молодого возраста, может скрываться гинекологическая патология, которая хорошо диагностируется и лечится лапароскопическим методом. Несмотря на то, что в ряде клиник лапароскопическая аппендэктомия постепенно становится рутинной операцией, многие авторы указывают на высокий риск развития осложнений. Основной причиной недоверия к данной технике является, по мнению авторов, недостаточная асептичность лигатурного метода обработки культи отростка, являющегося основным при лапароскопической аппендэктомии. В связи с этим, вопрос о выборе наиболее предпочтительного метода аппендэктомии у мужчин остается до сих пор дискуссионным.

Цель. Оценить результаты лечения больных с острым аппендицитом после применения стандартной (открытой) и лапароскопической аппендэктомии.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов мужского пола с острым аппендицитом оперированных в 2012 г. Больные разделены на 2 группы. В первой группе (38 пациентов) была выполнена открытая аппендэктомия разрезом Волковича-Дьяконова. Во второй группе (45 больных) произведена лапароскопическая аппендэктомия.

Все операции выполнялись под общей анестезией.

Средний возраст больных в первой группе равнялся $32,8 \pm 2,2$ лет, а во второй группе - $31,6 \pm 2,1$ лет ($p > 0,5$).

Изучены: диагноз, длительность операции, морфологический анализ крови, уровень гипертермии после операции, время снятия кожных швов, длительность госпитализации.

Результаты и их обсуждение. Среди 38 пациентов, оперируемых из открытого доступа, катаральные формы аппендицита составили 21,1 %, флегмонозные - 63,2 %, гангренозные - 10,5 %, перфоративные - 5,3 %. В группе больных, которым произведена лапароскопическая аппендэктомия у 13,3% наблюдался острый катаральный аппендицит, флегмонозный - у 75,5%, гангренозные - у 2,2%, перфоративный - у 4,4%, и у 2 пациентов диагностирован хронический аппендицит. Таким образом, обе группы были приблизительно равны по возрасту и нозологии заболевания.

Средняя длительность оперативного вмешательства открытой аппендэктомии составила $66,5 \pm 4,2$ минут, а лапароскопической - $68,1 \pm 7,2$ минут ($p > 0,05$).

Гипертермия после операции в первой клинической группе наблюдалась у 23 (60,5%) пациентов на 1-2 день, и у 14 (36,8%) - на 3-5 сутки. Во второй группе гипертермия отмечена на 1-2 день у 26 (57,8%) больных, а на 3-5 сутки у 11 (24,4%) пациентов.

При анализе количества эритроцитов, лейкоцитов, величины гемоглобина и СОЭ при поступлении, на 1-2 день и на 3-5 сутки лечения достоверных различий величин в группах не выявлено.

После открытой аппендэктомии средние сроки снятия кожных швов составили $7,2 \pm 0,2$ дня, а после лапароскопической аппендэктомии - $6,2 \pm 0,2$ дня ($p < 0,05$).

Средняя длительность стационарного лечения больных оперированных открытым способом составила $7,4 \pm 0,2$ дней, а пациентов оперированных лапароскопически - $6,5 \pm 0,2$ дней ($p < 0,05$).

Гнойных раневых осложнений в обеих группах удалось избежать. Летальных исходов не было.

Выводы. Проведенные исследования позволяют сделать заключение, что открытая и лапароскопическая аппендэктомии существенно не отличаются длительностью операции, степенью кровопотери, частотой развития гнойно-септических осложнений. Положительной стороной лапароскопической аппендэктомии является косметический эффект и снижение продолжительности стационарного лечения в среднем на 1 койко/день. Выбор метода оперативного лечения должен строиться в зависимости от наличия лапароскопического оборудования, подготовленных специалистов и частотой выполнения данных операций.