

*Дундаров З.А.1, Денисов А.С.2, Адамович Д.М.1, Лин В.В.1,  
Батюк, В.И.1*

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*<sup>1</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
Гомель, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup>Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»  
Гомель, Республика Беларусь*

**Введение.** Пациенты с острым аппендицитом (ОА) составляют одну из ведущих нозологий, госпитализируемых в отделения хирургии по экстренным показаниям. Особую группу среди них составляют пациенты с осложненными формами деструктивного аппендицита – аппендикулярным абсцессом и перитонитом, что определяет особую тактику лечения, сопровождается значительным увеличением сроков лечения, развитием интраабдоминальных осложнений.

**Цель:** изучить результаты лечения осложненного острого аппендицита у взрослых пациентов.

**Материалы и методы.** Изучены истории болезни 1272 пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №1 УГОКБ с острым аппендицитом. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 10.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

**Результаты и обсуждение.** За период 01.01.2014г – 01.02.2020г госпитализировано 1272 пациента с ОА. Пациентов с осложненным гангренозным аппендицитом (ООГА) (аппендикулярный абсцесс (АА), перитонит) было – 170 (13,4%). Пациенты поступали в среднем через 52 (33; 90) часа от начала заболевания. Позже 24 часов поступило 80,7% пациентов. Из них до поступления были осмотрены медработниками 23%, 13% из которых отказались от госпитализации и повторно обратились позже 24 часов. УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка (ЧО), его расположения и дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии выполнено 96% пациентам, в 63% случаев выявлены эхоскопические признаки патологически измененного ЧО. Мужчин было 92 (54%), женщин 78 (46%). Средний возраст пациентов составил 50 (32; 64) года. ИМТ составил 26 (22; 31).

Оперировано было 170 пациента. Были выполнены следующие операции: 1) традиционная аппендэктомия (ТА) + дренирование брюшной полости (ДБП), 2) диагностическая лапароскопия (ЛС) + ТА + ДБП, 3) ЛС +

лапаротомия, 4) срединная\* лапаротомия. Операция начата с диагностической лапароскопии у 45 (26,5%) пациентов. В послеоперационном периоде осложнения развились у 14 (8,2%) пациентов.

В первой группе было 98 (57,6%) пациентов. У 79 (80,6%) пациентов выявлен ООГА+АА, у остальных перфоративный ООГА (ООГПА) с местным неотграниченным перитонитом. Средний возраст составил 49 (37;63) лет. Средние сроки заболевания до госпитализации составили 71 (36;96) час, позже 24 часов обратилось 84%. В общем анализе крови: Лейк,  $\times 10^9/\text{л}$  - 15,5 (11,8;18,6). Сроки госпитализации в среднем составили - 15 (12;19) дней. Осложнения развились у 12 (12,2%) пациентов: у одного пациента развилась острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), затем эвентрация с разрывом тонкой кишки; у двух – кишечный свищ, закрывшийся на фоне консервативного лечения; у трех – гематомы послеоперационной раны после дренирования трубчатыми дренажами; у пяти – ОСКН; у одной пациентки - забрюшинная флегмона (при ретроцекальном, ретроперитонеальном расположении ЧО).

Во второй группе было 22 (12,9%) пациента. У 15 (68,2%) пациентов выявлен ООГА+АА, у остальных – ООГПА с местным неотграниченным перитонитом. Средний возраст составил 44 (25;56) лет. Сроки заболевания составили 48 (27;72) часов, позже 24 часов обратилось 80% пациентов. В анализе крови: Лейк,  $\times 10^9/\text{л}$  - 15,2 (13,6;16,6). Сроки госпитализации составили 14 (11;18) суток. Осложнения развились у одного пациента (4,5%) - на 6 сутки развилась ОСКН.

В третьей группе было 22 (12,9%) пациента. Вскрывшийся АА с распространенным перитонитом выявлен у 4 (18,2%) пациентов, у остальных выявлен ООГПА с распространенным перитонитом. Средний возраст составил 54 (24;59) года. Сроки заболевания составили 43 (24;66) часа, позже 24 часов – обратилось 68% пациентов. В анализе крови: Лейк,  $\times 10^9/\text{л}$  - 16,1 (11,8;20,6). Сроки госпитализации составили 12 (10;18) суток. Осложнений послеоперационного периода в данной группе не было.

В четвертой группе было 28 (16,5%) пациентов. Вскрывшийся АА с распространенным перитонитом выявлен у 9 (32,1%) пациентов, у одного пациента с АА выполнена лапаротомия в связи с имеющейся клиникой кишечной непроходимости, у одного АА располагался в мезогастрии, в связи с чем был осуществлен параректальный\* доступ, у остальных – ОГА с распространенным перитонитом. Средний возраст составил 60 (31;72) лет. Сроки заболевания до госпитализации составили 70 (33;96) суток, позже 24 часов обратилось 79% пациентов. В анализе крови: Лейк,  $\times 10^9/\text{л}$  - 14,8 (13,3;19,1). Сроки госпитализации составили 14 (11;22) суток. Осложнение развились у одного пациента (3,6%): на 7 сутки развилась

**Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения** : сб. материалов  
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

эвентрация с разрывом тонкой кишки, пациент был прооперирован, выписан

**Выводы.** Значительная часть (80,7%) пациентов с осложненными формами деструктивного аппендицита госпитализируется в сроки позже 24 часов - 52 (33; 90) часа. Традиционный доступ осуществляется при вскрытии и дренировании АА, однако при этом, наиболее частым из всех осложнений в послеоперационном периоде явилось развитие ОСКН (50%). При наличии распространенного перитонита широкий лапаротомный доступ обеспечивает удаление патологического очага и адекватную санацию брюшной полости.