

З базальну плевропневмонію з ексудатом в синусі, який в одному випадку вимагав двічі евакуації. Все це збільшувало терміни лікування до 19–23 днів.

Висновок. Лапароскопічна апендектомія – операція вибору у пацієнтів з гострим апендицитом, яка дозволяє скоротити терміни лікування та зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

УДК: 616.346.2–002–089.17–072.1

Ярешко Н.А., Рылов А.И., Кубрак М.А., Данилюк М.Б.
**К МЕТОДИКЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У
ВЗРОСЛЫХ**

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования – оценить результаты лечения больных, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия с применением методики клипирования культи червеобразного отростка титановыми клипсами.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 569 историй болезни пациентов, поступивших в 1 хирургическое отделение ГКБЭ и СМП г. Запорожья с диагнозом «острый аппендицит» в период с 2013 по 2015 год, которым была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. По данным гистологического исследования у 190 пациентов (33,4%) обнаружена катаральная форма острого аппендицита, у 341 больного (59,9%) выявлена флегмонозная форма воспаления червеобразного отростка, и у 38 оперированных (6,7%) – гангренозная форма.

Результаты и обсуждения. Всем больным выполнялась видеолапароскопия, с проведением электрокоагуляции биполярным

коагулятором брыжейки и клипированием культи отростка двумя (в редких случаях – 3) титановыми клипсами.

Не осложненные формы острого аппендицита наблюдались у 312 пациентов (54,8%); осложненные – у 231 больного (40,6%): парааппендикулярные инфильтраты – у 28 больных (4,9%), периаппендикулярные абсцессы у 9 больных (1,7%), местные перитониты: у 96 оперированных (16,9%). Причем, серозное воспаление брюшины отмечено у 14 (2,5%) – серозно–фибринозное воспаление, у 13 больных (2,3%) – фибринозно–гнойное, и у 9 пациентов (1,6%) – гнойный перитонит.

Диффузный перитонит наблюдали у 49 больных, из них в 36 случаях (73,5%) выявлен серозный характер воспаления брюшины, у 13 пациентов (26,5%) – серозно–фибринозный перитонит.

При выполнении видеолапароскопии, у 7 случаях (1,2%) произведена конверсия: у 3 больных (0,5%) был деструктивный гангренозно–перфоративный аппендицит с перфорацией у основания отростка и диффузным серозно–фибринозным перитонитом; у 2 (0,35%) – периаппендикулярный абсцесс, вскрывшийся в брюшную полость с местным гнойным перитонитом и деструкцией червеобразного отростка, у 2 больных (0,35%) были выраженные воспалительные изменения купола слепой кишки (тифлит) на фоне деструктивных изменений червеобразного отростка. Конверсия выполнялась путем нижнесрединной лапаротомии.

Дренирование брюшной полости выполнялось 324 больным (56,9%), 1 полихлорвиниловым дренажом в полость малого таза, в 152 случаях (27,6%), устанавливали дополнительный дренаж в правой подвздошной области, при наличии периаппендикулярного абсцесса или диффузного перитонита.

В послеоперационном периоде у 11 больных (1,9%) наблюдались осложнения: у 1 пациента (0,2%) – ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, у одного больного (0,2%) выявлен не разрешившийся

абсцесс правой подвздошной области, что потребовало лапаротомии и дополнительной санации. У 8 оперированных (1,4%) имелись нагноения троакарных ран передней брюшной стенки в месте экстракции червеобразного отростка из брюшной полости.

Среднее время оперативного вмешательства при проведении лапароскопической аппендэктомии составило 31 ± 19 минут. Средний койкодень при лапароскопической аппендэктомии, составил $4,3 \pm 1,2$ дня. Летальных случаев не было.

УДК: 616.33–089.848–056.52

Яринич Ю.В., Сироїд О.М., Клецько Я.І.

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ
ГАСТРОРЕСТРИКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
ПАЦІЄНТІВ ІЗ МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ**

Військово–медичний клінічний центр Західного регіону

Протягом останніх десятиліть кількість пацієнтів із надмірною масою тіла зростає настільки, що більшість дослідників вказує на “епідемію ожиріння”. Серед населення економічно розвинених країн ожиріння стверджують у 20–40% осіб. Хворі з надмірною масою тіла схильні до розвитку патології серцево–судинної, дихальної, травної та ендокринної систем, у них частіше діагностують злоякісні новоутвори. Ожиріння призводить до виникнення метаболічного синдрому (МС), вперше описаного G. Reaven (1988) під назвою “синдром Х”. Згідно рекомендацій IDF (2005) основним компонентом метаболічного синдрому вважають абдомінальне ожиріння. Іншими складниками МС визнано артеріальну гіпертензію, дисліпідемію (підвищення концентрації тригліцеридів, пониження рівня ліпопротеїдів високої густини) і гіперглікемію.