

## ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И «КЛАССИЧЕСКОЙ» АППЕНДЕКТОМИИ

**ТЕВЯШОВ А.В., МАКАНОВ О.А., БЫКОВ А.С., АВАКЯН Е.И.**

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль  
jugine-84@mail.ru

Актуальность. Требованиями сегодняшнего дня в хирургии являются не только выполнение высокотехнологичных операций, но и достижение высокого уровня реабилитации пациентов после этих вмешательств. Острый аппендицит – самое частое заболевание в структуре ургентной патологии брюшной полости. В ряде клиник Европы лапароскопическая аппендектомия практически вытеснила традиционный хирургический метод, и соотношение эндоскопических и «классических» операций при аппендиците составляет 17:1.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2017 гг. на базе клиники госпитальной хирургии «Ярославского государственного медицинского университета» в ГАУЗ ЯО Клиническая больница №9 г. Ярославля было выполнено 1574 аппендектомии. Возраст пациентов варьировал от 15 до 87 лет (средний возраст  $37,44 \pm 16,1$  лет). Мужчин было 818 (52%), женщин – 756 (48%), в том числе беременных 19 (3,3%). 7 пациентам (0,4%) хирургическое вмешательство было проведено по поводу хронического аппендицита (после перенесенного ранее аппендикулярного инфильтрата), остальным 1567 (99,56%) – по поводу острого аппендицита. В структуре острого аппендицита преобладала флегмонозная форма – у 1064 (67,6%) больных, катаральная форма заболевания встретилась у 167 (10,6%)-, гангренозная – у 343 (21,8%) больных.

«Классическая» аппендектомия доступом Волковича-Дьяконова была выполнена 1449 пациентам (92%). Данный вид вмешательства проводился больным со всеми формами аппендицита. Лапароскопическая аппендектомия была выполнена в 61 (3,9%) случае и проводилась у пациентов с катаральной и флегмонозной формой острого аппендицита и при хроническом аппендиците. При лапароскопической аппендектомии обработка культи червеобразного отростка выполнялась лигатурным методом узлом Редера с клипированием аппендикулярной артерии. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости контрольным трубчатым дренажем. При наличии у больного разлитого или тотального перитонита аппендектомия проводилась традиционным способом путем срединной лапаротомии. Данный вид доступа использован у 64 (4,1%) больных.

Результаты. После «классической» аппендектомии осложнения наблюдались у 6 пациентов (0,4%). Среди осложнений таких операций в 2-х случаях наблюдались гематомы послеоперационной раны, в 2-х – абсцесс послеоперационной раны, в 1-м – серома послеоперационной раны. Все указанные осложнения потребовали экстренного хирургического пособия в виде вскрытия и дренирования раны. У 1-го больного послеоперационный период осложнился ранней спаечной кишечной непроходимостью,

в связи с чем была проведена лапаротомия с рассечением спаек. После аппендектомии путем срединной лапаротомии осложнения встретились у 2 больных (3,1%): у одного из них был выявлен абсцесс послеоперационной раны, у другого – лигатурные свищи, что также потребовало выполнения экстренных оперативных вмешательств. После лапароскопической аппендектомии осложнений зафиксировано не было.

Средний койко-день после лапароскопической аппендектомии составил  $6,26 \pm 1,35$ , после «классической» –  $7,79 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ), после аппендектомии из срединной лапаротомии –  $13,88 \pm 11,18$  ( $p < 0,05$ ). Продолжительность операции значимо не отличалась при лапароскопической и традиционной аппендектомии и составила соответственно  $60,0 \pm 11,3$  и  $60,2 \pm 8,6$  минут ( $p > 0,05$ ), при аппендектомии путем срединной лапаротомии –  $80,6 \pm 12,3$  минут ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Лапароскопическая аппендектомия имеет неоспоримые преимущества перед «классическим» хирургическим вмешательством, что выражается в снижении количества послеоперационных осложнений и уменьшении койко-дня. При этом длительность операции при обеих методиках значимо не отличается.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОННЕЛЬНАЯ ДИСЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

**ХВОРОВА И.И., ШИШИН К.В., НЕДОЛУЖКО И.Ю., КУРУШКИНА Н.А., ШУМКИНА Л.В.**

Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва  
irina-xvorova@mail.ru

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) представляют собой гетерогенную группу с-KIT-позитивных мезенхимальных опухолей со специфическими гистологическими характеристиками. Основным механизмом, ответственным за развитие данного новообразования, – гиперэкспрессия клетками опухоли тирозинкиназного рецептора фактора стволовых клеток с-KIT (CD117) и его гиперактивация. Наиболее часто гастроинтестинальные стромальные опухоли встречаются в желудке – до 60–70 %. Ведение пациентов с ГИСО представляет комплексную проблему в онкологии и хирургии, так как все гастроинтестинальные стромальные опухоли являются потенциально злокачественными. Потенциал злокачественности зависит от локализации, размера опухоли и от митотического индекса. Основными путями генерализации гастроинтестинальной стромальной опухоли является метастазирование в печень и распространение по брюшине. Вопрос о хирургическом лечении ГИСО долгое время остается спорным. Отмечавшееся на протяжении многих лет сдержанное отношение к хирургическому лечению подслизистых миогенных новообразований сейчас претерпевает трансформацию в более агрессивную тактику. Если подслизистую опухоль нельзя верифицировать с высокой степенью достоверности, настоятельно рекоменду-