

СЕКЦИЯ «ХИРУРГИЯ. ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

УДК 616.346.2-002-089

О. И. Ананченко, А. О. Жарикова

Научный руководитель: к.м.н., доцент В.В. Берещенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОТКРЫТАЯ АППЕНДЕКТОМИЯ: ЦЕЛЕСООРАЗНОСТЬ ПОГРУЖЕНИЯ КУЛЬТИ

Введение

Лечение острого аппендицита и осложнений его консервативного и оперативного лечения на протяжении многолетней истории абдоминальной хирургии продолжает оставаться крайне актуальной проблемой [1, 2]. Не смотря на широкое применение эндовидеохирургических методов удаления червеобразного отростка, традиционная аппендектомия не потеряла актуальности. Но за многолетнюю историю хирургии техника открытой аппендектомии существенно не изменилась. По литературным данным, одной из «уязвимых» мест погружения культи аппендикса в купол слепой кишки является наличие замкнутой септической полости под кисетным швом, что может быть причиной абсцесса и несостоятельности культи червеобразного отростка с последующим развитием ранней спаечной непроходимости, перитонита, межкишечного абсцесса и калового свища [4, 5]. Вышеперечисленные проблемы обуславливает изучение возможности применения методов без погружной перитонизации культи червеобразного отростка в классической аппендектомии на современном этапе развития хирургии.

Цель

Исследовать возможность применения лигатурного метода обработки культи червеобразного отростка при классической аппендектомии у пациентов с флегмонозной и гангренозной формами острого аппендицита.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 67 медицинских карт пациентов, госпитализированных в 1-ое хирургическое отделение УЗ «ГОКБ» с клиникой острого аппендицита в период с 03.01.2019 по 21.08.2020. Гендерный состав пациентов: 41 мужчина (61,19 %) и 26 женщин (38,81 %). Средний возраст пациентов: $42 \pm 14,3$ лет, минимальный возраст – 18 года, максимальный – 81 года. Статистическая обработка данных проводилась в программах Microsoft Excel 2016 и Statistica 8,0.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический анализ был произведен по ретроспективным данным 67 пациентов, прооперированных по поводу острого аппендицита, патоморфологическая характеристика – 30 флегмонозных и 37 гангренозных аппендиксов. Пациенты были поделены на две группы: 1 группа – прооперированные лапароскопически (лигатурный метод) – 36 человек (22 мужчины (61,11 %), 14 женщин (38,89 %)), 2 группа – пациенты, перенесшие от-

крытую операцию (культия аппендикса была погружена в купол слепой кишки) – 31 человек (19 мужчин (61,29 %), 12 женщин (38,71 %)). В 1 группе – 20 флегмонозных (55,56 %) и 16 гангренозных (44,44 %) резецированных аппендиксов, во 2 группе – 13 флегмонозных (41,94 %) и 18 гангренозных (58,06 %). Пациенты, прооперированные лапароскопически поступали в клинику преимущественно в утреннее время (8:30 – 10:25) – 29 человек (80,56 %). Все пациенты получили полный перечень диагностических исследований, послеоперационную терапию согласно клиническому протоколу [3]. Преимущественно анализировались осложнения хирургической агрессии, затрагивающие брюшную полость и желудочно-кишечный тракт (таблица 1).

Таблица 1 – Послеоперационные осложнения

Осложнения	Группа 1		Группа 2	
	флегм., n/%	гангр., n/%	флегм., n/%	гангр., n/%
Заживление раны вторичным натяжением	1/5 %	0/0 %	1/7,69 %	1/5,56 %
Кровотечение из культи	0/0 %	1/6,25 %	0/0 %	0/0 %
Распространенный перитонит	0/0 %	1/6,25 %	1/7,69 %	1/5,56 %
Культит	0/0 %	0/0 %	0/0 %	1/5,56 %
Местный перитонит	0/0 %	1/6,25 %	0/0 %	1/5,56 %

Среднее время оперативного вмешательства в 1 группе – $73,1 \pm 5,4$ минут, во 2 группе – $51,7 \pm 6,9$ минут.

Средний срок госпитализации составил в 1 группе – $17,3 \pm 3,2$ койко-дня, во 2 группе – $21,5 \pm 4,2$ койко-дня.

Выводы

Анализ результатов показывает преимущество лапароскопической аппендектомии над классической аппендектомией по критерию госпитализации – сокращает сроки в среднем на 4 койко-дня или 23 % ($p < 0,05$), по критерию продолжительности операции – сокращает время оперативного вмешательства в среднем на 20 минут или 27 % ($p < 0,05$), главным образом за счет использования лигатурного метода – культия не погружалась в купол слепой кишки. В то же время, анализ интраперитонеальных осложнений указывает на отсутствие статистической значимости между изученными группами ($p > 0,05$).

Данные результаты указывают на допустимость использования лигатурного метода при классической аппендектомии, преимущества которого (уменьшение времени хирургической агрессии и упрощение оперативной техники, поддержание септической герметичности просвета кишечника, отсутствие риска деформирования купола слепой кишки в области илеоцекального клапана) перевешивают возможные риски и осложнения в сравнении с устоявшейся методикой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профилактика ранних послеоперационных осложнений лапароскопической аппендектомии / А. С. Ермолов [и др.] // Неотложная медицинская помощь. – 2012. – № 3. – С. 51–55.
2. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis: a metaanalysis / B. Wei [et al.] // Surg. Endosc. – 2011. – Vol. 25. – P. 1199–1208.
3. Клинический протокол: Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях / Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 46 от 01.06.2017.
4. Матяшин, И. М. Осложнения аппендектомии / И. М. Матяшин, Ю. В. Балтайтис, А. Я. Яремчук. – Киев: Здоровье, 1974. – 224 с.
5. Симич, П. Хирургия кишечника / П. Симич. – Бухарест: Мед. изд-во, 1979. – С. 229–246.