

К.А. Мощук
**ПРОБЛЕМА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.В. Жура

Кафедра хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

К.А. Moschuk
**THE PROBLEM OF READMISSIONS AFTER LAPAROSCOPIC
APPENDECTOMY**

Tutor: associate professor A.V. Zhura

Department of Surgical Diseases

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье представлены результаты исследования, которое проводилось на базе УЗ ГКБСМП г. Минска и основной целью которого являлось выявление основных причин развития осложнений у пациентов в ранний послеоперационный период после лапароскопической аппендэктомии.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, новокаиновая блокада.

Resume. This article presents the results of the research, which was held on the base of the “Minsk City Emergency Hospital”, Belarus. The main goal of this research was to find the main reasons of the development of complications in early post-operation period after laparoscopic appendectomy.

Keywords: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, local blockage.

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) – одна из наиболее часто встречающихся патологий, требующих хирургического вмешательства. Долгое время основным методом хирургического лечения данного заболевания являлось выполнение лапаротомии, однако с 90-х годов прошлого столетия этот вариант активно вытесняется новым «золотым стандартом» хирургического лечения ОА – лапароскопической аппендэктомией. Данный вариант имеет несколько достоинств перед открытой операцией – одновременное решение диагностической/лечебной задач, малая травматичность, более быстрая реабилитация и уменьшение числа осложнений.

Цель: оценить основные причины, которые вели к осложнениям, возникающие после лапароскопической аппендэктомии, которые требуют повторной госпитализации, и выявить их причины.

Задачи:

1. Выявить, какие ошибки во время операции/раннем послеоперационном периоде чаще всего ведут к развитию осложнений;
2. Выделить факторы, на которые стоит обращать внимание при ведении пациента в ранний послеоперационный период для предотвращения развития осложнений.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на базе УЗ «ГК БСМП г. Минска». В его ходе были проанализированы 623 истории болезни пациентов с

ОА, поступивших в больницу в 2022 году. Из них были выделены основная группа (18 пациентов, повторно поступивших с воспалительными изменениями в зоне операции в течение одного месяца) и равнозначная контрольная группа, в которую были выведены 18 случайно выбранных пациентов, у которых постоперационный период протекал без осложнений.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст исследуемой группы составил 35,5 лет, соотношение пациентов по гендерному признаку составило 49% пациентов женского пола к 51% пациентов мужского пола (309 к 314 соответственно), что примерно соответствует общемировым показателям [1]. Осложнения развились у 3% пациентов из исследуемой группы.

Для сравнения основной и контрольной групп были выбраны следующие критерии, которые для удобства были разделены на несколько групп: группа анамнестических критериев (соотношение полов, средний возраст), группа критериев, связанных с ведением пациента в интра-/раннем послеоперационном периоде (выполнение дренирования во время операции, среднее количество койко-дней между операцией и выпиской, выполнение блокады правой подвздошной ямки по Школьникову, длительность операции, квалификация оперирующего врача) и группа критериев, связанных с лабораторными исследованиями (результаты ультразвукового исследования (УЗИ) после операции, результаты гистологического исследования материала и уровень лейкоцитов в крови при выписке).

Из анамнестических критериев статистическое значение имел такой критерий, как соотношение полов. В основной группе соотношение пациентов по половому признаку составляло 50% (n=9) пациентов женского пола и 50% (n=9) пациентов мужского пола. В контрольной группе соотношение составило 66,7% (n=12) и 33,3% (n=6) пациентов женского и мужского пола соответственно.

Основную статистическую ценность имела вторая группа критериев (ведение пациента в интра/раннем послеоперационном периоде). При сравнении средней продолжительности операции было выявлено, что контрольной группе на оперативное вмешательство тратилось больше времени, чем в основной (62 минуты против 48 минут). При сравнении структуры врачей, выполнявших оперативное вмешательство, все врачи были поделены на две группы: «молодые» (со стажем работы менее 3 лет) и «опытные» (со стажем работы 3 года и более). Было обнаружено, что в основной группе процент «молодых» специалистов был выше, чем в контрольной, а именно 44,4% (n=8) против 33,3% (n=6) соответственно. Из этого следует, что излишняя спешка при выполнении оперативного вмешательства и возможный пропуск ключевых этапов операции (отсутствие/неполная обработка культи аппендикса, неполная санация брюшной полости и т.д.) может с большей вероятностью привести к развитию осложнений. Статистическая разница была замечена и при анализе такого критерия, как среднее количество койко-дней между операцией и выпиской. Так, в основной группе пациент проводил в среднем 6 дней между операцией и выпиской против 7 дней в контрольной.

Следующим критерием, взятым для сравнения, было выполнение блокады правой подвздошной ямки по Школьникову с применением антибиотика. Было

установлено, что выполнение данного приема снижает процент развития осложнений. Так, в основной группе эту манипуляцию выполняли лишь в 10 случаях (55,5%), против 14 в контрольной (77,7%) (рисунок 1). Это подтверждает тот факт, что применение одновременно местной и системной антибиотикотерапии снижает риск развития осложнений на порядок выше, чем применение только системной [2].

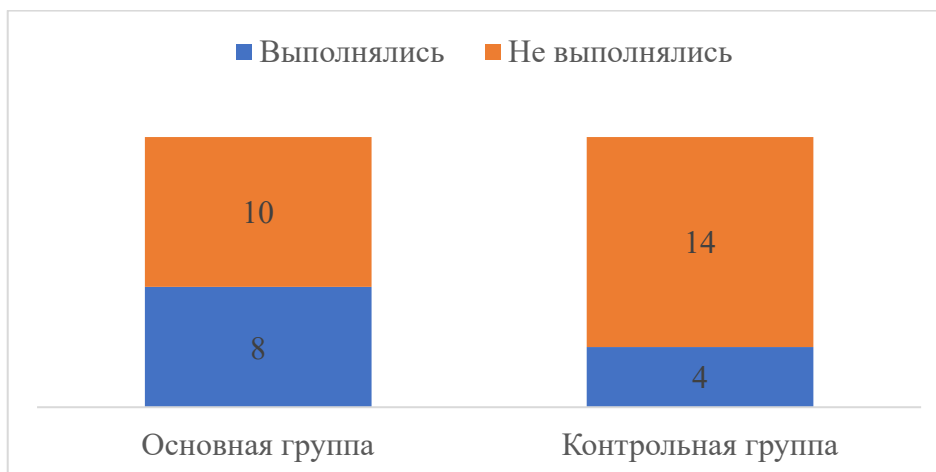


Рис. 1 – Структура исследуемых групп по факту выполнения блокады Школьников

Из третьей группы критериев (результаты лабораторных исследований) значимую статистическую ценность имел такой критерий, как уровень лейкоцитов в крови у выписываемых пациентов. Было установлено, что в основной группе из 18 пациентов 10 (55,5%) пациентов были выписаны с повышенным уровнем лейкоцитов в крови, в то время как в контрольной только у 2 (11,1%) пациентов уровень белых кровяных телец при выписке оставался повышенным. Средний уровень лейкоцитов в крови у пациентов основной группы составил $9,5 \cdot 10^9$ кл/см³, что выше физиологических норм, в то время как в контрольной эти цифры были равны $7,7 \cdot 10^9$ кл/см³ соответственно (рисунок 2). Следовательно, можно предположить, что повышенный уровень лейкоцитов в крови является фактором риска развития послеоперационных осложнений [3].

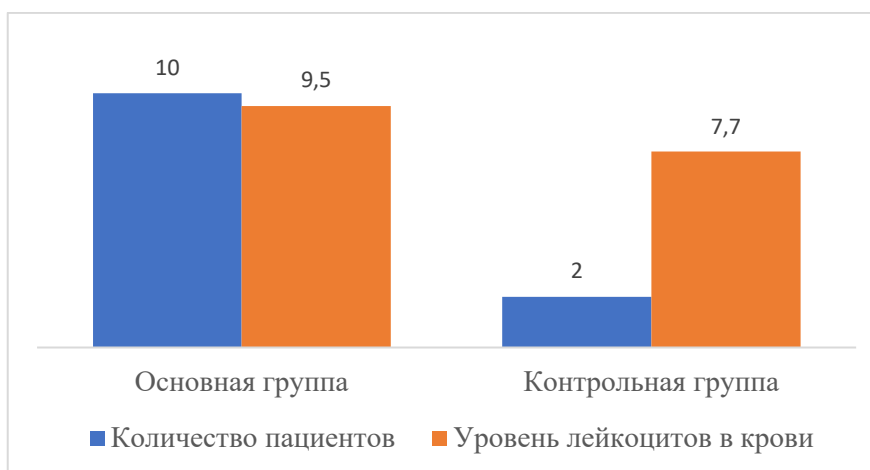


Рис. 2 – Структура исследуемых групп по уровню лейкоцитов в крови у выписываемых пациентов

В ходе исследования было установлено, что такой метод диагностики послеоперационных осложнений, как УЗИ, оказался недостаточно информативным. Данное исследование проводилось всего лишь 12 пациентам из 36 (33%), анамнестические данные которых были взяты для исследования, а именно 6 пациентам в основной и 6 пациентам в контрольной. В основной группе только в одном случае из шести удалось выявить наличие послеоперационных осложнений. В контрольной группе во всех шести случаях никаких изменений выявлено не было.

Выводы:

1. Из трех групп критериев сравнения наибольшую статистическую ценность имела вторая группа, критерии в которой относились к тактике ведения пациента во время оперативного вмешательства, а так же после него.

2. Меньшее количество воспалительных послеоперационных осложнений после выполнения лапароскопической аппендэктомии наблюдались после и/операционного выполнения блокады по Школьникову с добавлением антибиотика. Излишняя спешка что при выполнении операции, что при ведении пациента, наоборот, способствовали риску развития послеоперационных осложнений.

3. Было выявлено, что повышенный уровень лейкоцитов в крови является неблагоприятным фактором для появления и риска развития послеоперационных осложнений, следовательно, выписка пациентов должны происходить только после нормализации их уровня в крови. В то же время, результаты послеоперационного УЗИ-исследования не могут служить достаточными предикторами развития осложнений [2].

Литература

1. Аппендэктомия на современном этапе [Текст]*/ А.Т. Джумабеков, А.Т. Бабаханов, С.М. Жарменов, Н.У. Ауелов, А.Д. Серикбаев, Б.Э. Жумабекова, Д.Э. Жумабекова // Вестник КазНМУ – 2021. - №3 – С.198 – 205.

2. Новые подходы в лечении пациентов с осложненным деструктивным аппендицитом [Текст]*/ И.С. Малков, Т.А. Мамедов, М.И. Шакиров, В.А. Филиппов // Вестник современной клинической медицины. Том 15 – 2022. - №4 – С.109 – 112.

3. Ранняя лапаротомия при острой хирургической патологии органов брюшной полости [Текст]*/ К.Т. Кажыкенов, М.М. Гладинец, Т.С. Толукбаев, С.О. Сабербеков, А.О. Сапенев // Наука и здравоохранение – 2013. - №3 – С.41 – 42.