

УДК 616.346–002–616.381–072.1

С.Е. Беззубенко

Медицинское объединение Бородулихинского района,  
Врач-хирург

## ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА СЛЕПОЙ КИШКИ

## Аннотация

В 2011 аппендэктомия составила 45,2% (n = 85) от всех операций в Медицинском объединении Бородулихинского района. На основании анализа доказательных данных установлено, лапараскопическая аппендэктомия (ЛА) имеет более низкую частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционной аппендэктомией (ОА) (ОР 0,47, 95% ДИ от 0,36 до 0,62), а также ряд других преимуществ. Проведено внедрение в практику клиники метода ЛА. Результаты по данным 8 проведённых операций: возраст больных от 13 до 37 лет, продолжительность операции 97,9 ± 12,4 мин, послеоперационный койко-день в среднем составил 4 дня, суммарный размер хирургического доступа – 20-30 мм.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, лапараскопическая аппендэктомия, оптимизация лечебной тактики.

Острый аппендицит (ОА), одно из самых частых urgentных состояний не травматического генеза, требующих оперативного вмешательства. По уровню распространенности аппендэктомия, занимает второе место (в мире 7–11%) после холецистэктомий, а количество послеоперационных осложнений остается стабильно высоким и доходит до 40% при осложненных формах[1,2]. В результате гипердиагностики, то есть – напрасно, выполняется до 30% подобных операций, в связи с чем, изучение возможности оптимизации лечебной тактики и снижения количества послеоперационных осложнений, является чрезвычайно актуальным вопросом[3].

Всё это ставит перед практикующим хирургом не простую клиническую задачу, решение которой возможно только в доказательном поле научных знаний, основанном на анализе доступных клинических решений.

**Целью** данной работы явилось повышение эффективности ведения больных с острым аппендицитом, в условиях Медицинского объединения Бородулихинского района ВКО РК.

**Материалы и методы.** Исследование организовано в два этапа.

На первом (доклиническом этапе), проведён ретроспективный анализ структуры заболеваемости аппендицитом в Бородулихинском районе ВКО. Материалом для исследования послужили учётно-отчётные формы: 003/у, 066/у за 2011 г. На основании анализа «Статистических карт выбывшего из стационара больного» (ф-066/у) выявлено 85 случаев ОА за исследуемый период. По данным анализа МКСБ (ф-003/у) этих случаев – изучена структура ОА. После чего произведён поиск

доказательных клинических решений при ОА – в международных базах научной медицинской информации (MEDLINE, eLIBRARY.RU, Google Scholar). Запрос формулировался по структуре PICO (Richardson et. all, 1995). Цель этапа – проведение актуализации изучаемого вопроса и выбор научно-обоснованной лечебной тактики, обеспечивающей оптимизацию ведения ОА.

На втором (экспериментальном этапе), проведено внедрение в практику клиники – метода лапараскопической аппендэктомии (ЛА). Использовался эндовидеохирургический комплекс «Karl Storz» (Германия). Всего произведено 8 операций (лигатурным способом – 7; погружным – 1) мужчин – 2, женщин – 6, у двух из них ЛА носила симультанный характер (киста яичников). Средняя продолжительность ЛА составила 97,9±12,4 мин.

**Результаты.** По результатам анализа учётно-отчётной документации установлено, что острый аппендицит составляет 45,2% (n=85) от всей хирургической патологии за изучаемый период в МО Бородулихинского района. Во всех случаях удаление червеобразного отростка слепой кишки произведено традиционным открытым способом. Средний возраст – 35,2±15,7 лет, среди них в возрастном диапазоне до 15 лет – 30,5% (n=26). Среднее количество послеоперационных койко-дней – 7,3 дня. Назначение обезболивающих в среднем – на 4 послеоперационных дня. Наличие послеоперационных осложнений – 16,4% (n=14). Суммарный размер оперативного доступа 60-100 мм. Преимущественная морфологическая форма ОА – флегмонозная (таблица 1).

Таблица 1.

## Морфологическая структура острого аппендицита в МО Бородулихинского района за 2011 г.

Морфологическая форма ОА	Количество
Катаральный	11 (12,9%)
Флегмонозный	65 (76,5%)
Гангренозный	7 (8,2%)
Перфоративный	2 (2,4%)

Принимая во внимание установленную продолжительность послеоперационного койко-дня, суммарный размер оперативного доступа, а также то, что зачастую диагностика ОА основывается на субъективных методах, а хирургическое лечение травматично и недостаточно физиологично [7] нами принято решение о поиске научно-обоснованных методов оптимизации тактики при ОА. За основу принято положение о том, что лапараскопическая аппендэктомия (ЛА) минимизирует выше-

обозначенные недостатки.

Поиск доказательных клинических решений проведён в международных базах научной медицинской информации (MEDLINE, eLIBRARY.RU, Google Scholar). Запрос формулировался по структуре PICO (Richardson et. all, 1995): Эффективнее ли ЛА (I) в сравнении с традиционной аппендэктомией (C)". Критериями эффек-

тивности были выбраны: послеоперационные койко-день, болевой синдром (О) и иные выявляемые при поиске положительные стороны ЛА, учитывая, общехирургическую направленность работы стационара, нас интересовали все целевые группы аппендэктомии (Р).

В результате, по сформулированным критериям из проанализированных 23 Метаанализа и систематических обзоров и 528 статей русскоязычных авторов было отобрано: 1 систематический обзор из базы данных Кокрейновского сотрудничества (Sauerland et. all, 2004), 4 обзорных статьи и 1 клиническое руководство по лапароскопической аппендэктомии.

По результатам анализа установлено, что ЛА имеет ряд неоспоримых преимуществ перед традиционной: а) меньшая инвазивность, что способствует раннему восстановлению общего самочувствия, двигательной активности, аппетита, функции кишечника; б) значительное уменьшение количества применяемых в послеоперационном периоде ненаркотических анальгетиков и полное исключение наркотических анальгетиков; в) меньшая частота послеоперационных осложнений (OR 0.47; 95%-CI 0.36 to 0.62 [1]); г) высокая частота выявления сопутствующих заболеваний органов брюшной полости; д) отличный косметический эффект [1,3,5].

Рассматривая технические аспекты ЛА, нельзя обойти вопрос о способе обработки культи червеобразного отростка. Лигатурный метод наиболее прост, легко выполним и не дает осложнений, связанных с техникой обработки культи, поэтому максимально подходит для лапароскопической аппендэктомии [4].

Учитывая полученные научно-обоснованные доказательства целесообразности ЛА, наличие в клинко-специалиста прошедшего специализацию по эндоскопии, врачей прошедших мастер-класс по лапароскопическим методам вмешательства («Эндовидеохирургические вмешательства в абдоминальной хирургии», Актау, 2012), необходимого оборудования – нами принято решение о внедрении в практику клиники метода ЛА.

#### Описание реализованной методики.

ЛА выполняли под общим интубационным наркозом бригадой из 3-х человек: оператора, ассистента, операционной сестры. Оператор находится слева от пациента, ассистент справа от пациента напротив оператора, операционная сестра располагается слева от больного у ножного конца операционного стола, эндовидеохирургический комплекс располагаем справа от пациента у ножного конца операционного стола. Тотчас над пупком делаем прокол брюшной стенки иглой Вереша и создаем пневмоперитонеум до цифр 12-14 мм.рт.ст. В верхней параумбиликальной зоне делается прокол брюшной стенки 10 мм троакаром, через который в живот вводится лапароскоп с 30° угловой оптикой, далее под контролем оптической системы делается 5 мм прокол брюшной стенки в над лонной области и 10 мм прокол в левой подвздошной области. С помощью лапароскопа делаем ревизию брюшной полости по периметру справа налево, заканчивая её детальным осмотром илеоцекальной области. Следует отметить, что у женщин тщательным образом осматриваются органы малого таза. По установлении диагноза ОА и оценке технических возможностей к выполнению ЛА приступаем непосредственно к оперативному приему. Брыжеечка червеобразного отростка от свободного края до основания аппендикса поэтапно коагулируется биполярными щипцами с дальнейшим пересечением её ножницами Метценбаума. После мобилизации аппендикса на основание его накладываем эндолигатуру, удаляемую часть также перевязываем эндолигатурой, либо клипируем титано-

вой клипсой. Между наложенными лигатурами производим биполярную коагуляцию аппендикса и отсекаем его. Культи аппендикса дважды обрабатываем повидон-йодом. Удаленный червеобразный отросток помещаем в эндобак и извлекаем из брюшной полости через 10 мм троакар. При наличии выпота удаляем его электроотсосом, промываем брюшную полость фурациллином дренируем при необходимости силиконовой трубкой. При обнаружении сопутствующей патологии (кисты яичников, спаечный процесс и т.д.) и технических возможностях производим оперативное лечение. По завершении оперативного приема проводим контрольную ревизию органов брюшной полости, десуфлируем углекислый газ из живота, извлекаем троакары, накладываем швы на раны.

Возраст больных составил от 13 до 37 лет; срок заболевания - от 20 часов до 3 суток, форма аппендицита: 6 человек - флегмонозный, 1 человек - катаральный; 1 – рыхлый аппендикулярный инфильтрат. Противопоказаниями к проведению ЛА считали: плотный аппендикулярный инфильтрат; периаппендикулярный абсцесс; разлитой перитонит, сердечно-сосудистую и дыхательную недостаточность[3]. Срок заболевания свыше 1 суток, наличие перитонита не считали противопоказанием к операции[5,6].

У 2 из 8 больных требовалось проведение дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и гинекологической патологией. Продолжительность операции при ЛА несколько больше, чем при традиционной аппендэктомии (ТА): продолжительность ЛА составляла в среднем 99 мин.; продолжительность ТА в среднем - 33 мин. Послеоперационный койко-день в среднем при ТА - 7 и при ЛА составил 4 дня. Обезболивающие препараты вводились до 1-2 суток после ЛА и до 3 суток после ТА. Интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов не было ни в одной из групп больных. Суммарный размер оперативных доступов при ЛА — 20—30 мм, при ТА — 60—100 мм. Следовательно, размеры оперативного доступа при ЛА почти в 3 раза меньше, чем при ТА.

Анализ данной серии случаев выявил такие положительные эффекты ЛА как :

1. Возможность полноценной ревизии брюшной полости и точного установления диагноза;
2. Уменьшение количества послеоперационных койко-дней;
3. Более низкий расход препаратов, перевязочного материала;
4. Менее выраженный послеоперационный болевой синдром;
5. Хороший косметический эффект.

К минусам ЛА следует отнести:

1. Большая продолжительность ЛА по сравнению с ТА (средняя продолжительность ЛА – 99 мин; ТА – 33 мин) отчасти это связано с тем, что ЛА находится в стадии освоения;
2. Необходимость интубационного наркоза.

#### Выводы:

1. Методика лапароскопического лечения острого аппендицита имеет ряд несомненных преимуществ перед открытой операцией: малая травматичность; хороший косметический эффект операции; возможность проведения полноценной ревизии органов брюшной полости; малое количество койко-дней (в среднем – 4); низкий расход препаратов, перевязочного материала; относительно менее выраженный послеоперационный болевой синдром. В то же время лапароскопическая операция более продолжительна, требует проведения

эндотрахеального наркоза (ЭТН), использования специальной аппаратуры.

2. ЛА является операцией выбора при проведении дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и другой патологией, позволяя снизить процент диагностических ошибок, сократить число напрасных аппендэктомий и лапаротомий.

#### Литература:

1. Sauerland S., Lefering R., Neugebauer EAM. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue. Art. No.: CD001546. DOI: 10.1002/14651858.CD001546

2. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Острый аппендицит. - М., М-медиа – 2002. - 74 с.

3. Пряжин А.Н., Газизуллин Р.З. Лапароскопическая аппендэктомия. - Клиническое руководство, М. – 2005г, - 56 с.

4. Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт). // Эндоскопическая хирургия, 3 – 2000, С. 16-20

5. Frazee R.C., Bohannon W.T. Laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis. Arch Surg 1996;131:509-512

6. Кочкин А.Д., Зубеев П.С., Козырин А.В. Лапароскопическая аппендэктомия при осложнённых формах острого аппендицита // НМЖ - 2005, №4 – С.106-111

7. Ботабаев С.И. Новые методы диагностики и хирургического лечения острого аппендицита: Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Томск, 1994. 45 с.

#### Тұжырым

### СОҚЫР ІШЕКТІҢ ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІСІНЕ ҚАБЫНУЫНДАҒЫ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫНА ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕЛГЕН ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЕНГІЗУ

С.Е. Беззубенко

2011 ж. аппендэктомия 45,2% (n = 85) барлық операциялардан Бородулиха ауданның келді. Бойынша дәлелдік деректердің анализінің тағайынды, лапараскопиялық аппендэктомияде (ЛА) аласа жиілік шиеленіс салыстыр мен жай аппендэктомиямен (OR 0,47, 95% CI 0,36 – 0,62), ал да сырттың артықшылығының қатарын болады. Еңгізу клиниканың тәжірибесіне ЛА әдісі өткіздір-өткізу. Атқарылған жұмыстың нәтижесі: 8 ЛА табылмады: аурудың возраст 13 - 37 жасқа дейін, операцияның ұзақтығы 97,9 ± 12,4 мин, ауруханаға орташа - 4 күн, хирургиялық рұқсат алудың соманың өлшемінің - 20-30 мм.

#### Summary

### IMPLEMENTATION NAUNO-BASED TECHNOLOGIES TO OPTIMIZE TREATMENT STRATEDY WITH THE INFLAMMATION OF THE APPENDIX CECUM

S.Ye. Bezzubenko

In 2011 y. appendectomy was 45,2% (n = 85) from all operations in the municipality Borodulikha district. Based on the analysis of clinical evidence established that laparoscopic appendectomy (LA) has a lower incidence of postoperative complications compared with traditional appendectomy (OR 0.47; 95%-CI 0.36 to 0.62) and a number of other benefits. Conducted practical application of the method Cynics LA. 8 According to the results of operations: The age of patients ranged from 13 to 37 years, duration of surgery 97,9 ± 12,4 min., Postoperative hospital stay averaged 4 days, the total amount of surgical approaches - 20-30 mm.

УДК 614.2+374.33-005.001.52

Н.Е. Глушкова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Докторант PhD по специальности «Общественное здравоохранение»

### ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ДОСТУП К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ СЕРВИСАМ СТУДЕНТОВ ИНОСТРАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

#### Аннотация

Молодые люди сталкиваются с проблемами здоровья также часто, как и с проблемами доступа к медико-социальным сервисам (МСС). В настоящем исследовании мы охарактеризовали факторы, влияющие на доступ к МСС у студентов иностранного отделения ГМУ г.Семей. Общее количество участников 58 студентов с первого по третий курс (47 мужского и 11 женского пола), возрастом от 18 до 26 лет. Также, мы оценили различия в доступе к МСС в зависимости от факторов половой принадлежности, самооценки финансового статуса и состояния здоровья. Полученные результаты, показали высокий уровень барьеров доступа к МСС 51,7% среди респондентов.

**Ключевые слова:** студенты иностранного отделения, медико-социальные услуги, язык общения.

#### Актуальность

Множество оригинальных исследований по всему миру посвящены изучению проблем здоровья молодых людей, как и проблем доступа к медико-социальным сервисам (МСС). На сегодняшний день известно, что

большинство из существующих проблем здоровья являются предотвратимыми [1]. Также, зарегистрированным фактом является то, что большая часть молодых людей поступает на обучение в колледжи и высшие учебные заведения, где находится в особых условиях