

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

Назаров Ж.Ч.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан

Актуальность. Аппендикулярный перитонит является наиболее частым осложнением острого деструктивного аппендицита и определяет основную долю послеоперационных осложнений и летальности при данной патологии. Лапароскопические технологии всё шире применяются в неотложной абдоминальной хирургии, однако их непосредственные результаты при перитоните — частота конверсий, интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, структура и тяжесть осложнений, сроки восстановления — нуждаются в объективной оценке, особенно при распространённых формах. Сохраняется дискуссия об адекватности лапароскопической санации и риске формирования внутрибрюшных абсцессов (Sauerland S., Jaschinski T., Cochrane, 2018; Di Saverio S. et al., WSES, 2020). Анализ непосредственных результатов позволяет уточнить показания и повысить безопасность метода (Совцов С.А.; Сажин В.П.; Кригер А.Г.).

Цель исследования: изучение непосредственных результатов лапароскопического лечения больных аппендикулярным перитонитом.

Материал и методы. Проанализированы непосредственные результаты лапароскопического лечения 112 больных аппендикулярным перитонитом, оперированных в многопрофильной клинике СамГМУ в 2019–2024 гг. Местный (неотграниченный) перитонит имел место у 71 (63,4%) больного, распространённый (диффузный и разлитой) — у 41 (36,6%). Тяжесть перитонита оценивали по Мангеймскому индексу перитонита (MPI),

структуру послеоперационных осложнений — по классификации Clavien–Dindo (2004). Всем больным выполнены лапароскопическая аппендэктомия, аспирация выпота, промывание и дренирование брюшной полости; обработку культи червеобразного отростка осуществляли лигатурным способом (эндопетля Редера) у 88 (78,6%) больных и погружным/аппаратным способом — у 24 (21,4%). Использованы общеклинические, лабораторные, лучевые (УЗИ, при необходимости КТ), бактериологические и статистические методы (критерий Стьюдента, точный критерий Фишера).

Результаты. Средняя продолжительность операции составила $64,5 \pm 18,2$ мин. Конверсия в лапаротомию потребовалась у 7 (6,3%) больных, преимущественно при разлитом перитоните с плотным аппендикулярным инфильтратом; интраоперационные осложнения отмечены у 2 (1,8%). Ранние послеоперационные осложнения (в течение 30 суток) развились у 16 (14,3%) больных. В структуре осложнений по Clavien–Dindo преобладали осложнения I–II степени — 11 (9,8%) (инфекция троакарных ран, серомы, послеоперационный парез, разрешённые консервативно); осложнения III степени, потребовавшие повторного вмешательства, отмечены у 4 (3,6%); осложнение V степени (летальный исход) — у 1 (0,9%). Инфекция троакарных ран зарегистрирована в 4,5% (5) наблюдений, внутрибрюшные абсцессы — в 2,7% (3), ранняя спаечная кишечная непроходимость — в 0,9% (1). Повторные вмешательства (релапароскопия, чрескожное дренирование) выполнены у 4 (3,6%) больных.

Непосредственные результаты существенно зависели от распространённости процесса: при местном перитоните осложнения развились у 6 (8,5%) больных, при распространённом — у 10 (24,4%); послеоперационная летальность при местном перитоните отсутствовала, а при распространённом составила 2,4% (1 больной — прогрессирующий абдоминальный сепсис при высоком индексе MPI). Восстановление перистальтики происходило в среднем на $2,0 \pm 0,7$ суток, дренажи удаляли на 3–4-е сутки, активизацию больных начинали в первые сутки после операции.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила $6,4 \pm 2,0$ койко-дня, общая послеоперационная летальность — 0,9% (1 из 112).

Выводы. Непосредственные результаты лапароскопического лечения аппендикулярного перитонита свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности метода: частота конверсий составила 6,3%, ранних послеоперационных осложнений — 14,3% (преимущественно I–II степени по Clavien–Dindo), послеоперационная летальность — 0,9%. Частота и тяжесть осложнений закономерно возрастают при распространённом перитоните (24,4% против 8,5% при местном), что определяет необходимость тщательного отбора больных и повышенной хирургической настороженности при высоком Мангеймском индексе перитонита. Лапароскопическая аппендэктомия с адекватной санацией и дренированием брюшной полости обеспечивает благоприятные непосредственные результаты и может рассматриваться как метод выбора при местном и большинстве случаев распространённого аппендикулярного перитонита.