

Дзюбановський І.Я., П'ятночка В.І., Ткачук М.Й.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ**

Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ – Проаналізовано 1650 випадків гострого апендициту. Виділено основні фактори та групи ризику розвитку гнійно-ранових ускладнень, що, в свою чергу, дозволяє провести оптимальний підбір антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ – Проведен анализ 1650 случаев острого аппендицита. Определены основные факторы и группы риска развития гнойно-раневых осложнений. Это, в свою очередь, позволило провести оптимальный подбор антибиотикотерапии и антибиотико-профилактики.

RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF PURULENT AND WOUND COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS – The analysis of 1650 cases of acute appendicitis was carried out. Major factors and groups of risk of development of purulent and wound complications were determined. It allowed to carry out the optimum selection of antibiotic therapy and antibiotic prophylaxis.

**Ключові слова:** гострий апендицит, ранові ускладнення, фактори ризику.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, раневые осложнения, факторы риска.

**Key words:** acute appendicitis, risk factors, wound, complications.

**ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ** Проблема гострого апендициту залишається найбільш актуальною в невідкладній хірургії. Це визначається великою поширеністю захворювання (22,4 на 10 тис. населення) – нерідко розвитком тяжкого післяопераційного ускладнення, стабільним рівнем післяопераційної летальності в межах 0,08-0,09% (Шалімов О.О., Брусніцина М.П., 2001р.).

За останні 30- 40 років в діагностиці гострого апендициту суттєвих змін не відбулося. Розпізнавання захворювання базується, як правило, на клінічних даних, які за великим рахунком носять суб'єктивний характер. Спроба використати різноманітні електрофізіологічні методи типу міографії, термографії, електротермометрії шкіри передньої черевної стінки в правій здухвинній ділянці широкого застосування в клініці не знайшли [1,2,7].

Невизначеність ситуації часто призводить до гіпердіагностики гострого апендициту, і як наслідок видалення морфологічно незмінених червоподібних паростків, частота яких складає 20-50% [4, 6].

А тому, метою дослідження є – проаналізувати помилки в діагностиці та лікуванні гострого апендициту і основні фактори ризику в світлі розвитку ранових післяопераційних ускладнень.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ** Проаналізовано результати хірургічного лікування 1650 хворих на гострий апендицит у віці 20-75 років. Чоловіків було 733 (45%) і жінок 913 (55%). До 6 годин з початку захворювання поступило 241 (15%) хворих, 6-24 години 1046 (63%) і після 24 годин – 363 (22%) пацієнтів. Гострий катаральний апендицит морфологічно підтверджено у 583 (35%) випадках, флегмонозний у 857 (53%) гангренозний – у 121 (7%) і гангренозно-перфоративний у 89 (5%).

Місцевий перитоніт був наявний у 98 (5,9%), а поширений у 67 (4%) хворих. Апендектомія виконана без дренивання черевної порожнини у 583 (35,3%), апендектомія з дрениванням черевної порожнини у 1067 (64,5%), апендектомія з інтубацією тонкої кишки у 7 (0,42%), з програмованою лапаростомією у 2 (0,12%), з тампонадою черевної порожнини у 3 (0,18%).

Апендектомію доступом за Волковичем–Дьяконовим проведено 1568 (95%) хворим, з серединного доступу – у 82 (5%).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Одержані результати дослідження та їх аналіз подано у таблиці 1.

**Таблиця 1. Структура ранових ускладнень**

№	Назва	Абс.число	%
1	Загальне число госп. ранових ускладнень	70	4,21
2	<b>З них гнійно-ранові ускладнення</b>	31	1,87
3	Інфільтрат п/о рани	11	0,66
4	Нагноєння п/о рани	18	1,09
5	Абсцес п/о рани	2	0,12
6	Гематома п/о рани	18	1,09
7	Серома п/о рани	21	1,27

Проаналізувавши 50 чинників ризику виникнення гнійно-ранових ускладнень (ГРУ) при гострому апендициті, ми вибрали основні, які, на нашу думку, мають найбільше прогностичне значення.

Частота ГРУ після апендектомії залежно від строків поступлення в стаціонар з моменту початку захворювання складала: до 6 год – 1,65%; 6-24 год – 1,55%; більше 24 год – 3,03%. Таким чином, наведені дані свідчать, що відсоток ускладнень в групі хворих, які поступили в стаціонар після 24 годин з моменту початку захворювання, майже у 2 рази вищий ніж в групі хворих, в яких з початку захворювання пройшло не більше 6 годин. Пізня госпіталізація пов'язана в основному із пізнім звертанням хворих за медичною допомогою (63%), самолікуванням (26%), лікуванням на дому медичними працівниками (7%), а також діагностичними помилками лікарів приймального відділення і як наслідок необґрунтована затримка хворого в приймальному покої, госпіталізація хворих у відділення терапевтичного профілю без попередньої консультації хірурга 4% [3, 6].

Залежно від патоморфологічної форми видалених препаратів червоподібних паростків відсоток ГРУ у хворих з катаральним апендицитом склав – 0,17%, при флегмонозному апендициті – 1,3%, гангренозному апендициті – 11,4%, а при гангренозно-перфоративному 8,7%. Значно вищий відсоток ускладнень при гангренозному апендициті порівняно із даними у хворих з гострим гангренозно-перфоративним апендицитом обумовлений особливостями хірургічного доступу та дрениванням черевної порожнини (85% хворих з гангренозно-перфоративним апендицитом оперовані нижньо-серединним доступом).

У хворих з апендикулярним перитонітом частота ГРУ в загальному склала 13,6%, при чому у хворих з місцевим перитонітом останні виникали частіше, що зумовлено більшою тривалістю оперативного втручання та операційною травмою. Як виявилось, при тривалості операції до 60 хвилин ГРУ виникли лише у 1,2%, при тривалості операції 60-90 хв – у 2,8%, а більше 90 хв – 5,5%. Довготривале, травматичне оперативне втручання пов'язане з самого початку неправильно вибраним доступом, невмілим трактуванням хірургічної ситуації, і як наслідок, технічними помилками під час виконання оперативного втручання.

Одним з шляхів зниження частоти ГРУ є дотримання строгих показань до дренивання черевної порожнини, оскільки частота ускладнень в рані у хворих з дрениванням черевної порожнини склала 2,8%, що перевищує у 14 разів частоту ГРУ у випадках, коли дренивання не проводилося. Із 2,8% хворих з післяопераційними ГРУ, яким виконувалось дренивання черевної порожнини, у 0,8% дренивання виконувалось через рану, що є недопустимим при деструктивних формах гострого апендициту.

Серед чинників, які суттєво впливають на частоту ГРУ, є тривалий післяопераційний парез кишок. Причому у хворих з п/о парезом тривалістю більше 3 діб ГРУ виникли у 9,2%.

Залежно від віку частота виникнення гнійно-ранових ускладнень була найвищою в групі пацієнтів віком понад 75 років і склала 36,6%, що свідчить про наявність у них

пониженої реактивності та вираженої супровідної патології. Частота ускладнень у хворих, що страждають на цукровий діабет, склала 6,02%, що майже в п'ять разів більше ніж в групі хворих, що не страждають на цю недугу. Значну групу ризику становлять хворі з ожирінням – 4,27%, схильні до алергічних реакцій та імунodefіциту – 12,2%, та хворі з анемією – 3,8%.

**Таблиця 2. Фактори ризику розвитку гнійно-ранових ускладнень у хворих на гострий апендицит**

Фактори ризику	%	Фактори ризику	%
Вік пацієнтів 60-74 р.	4,6%	Гострий гангренозно-перфоративний апендицит	8,7%
Вік пацієнтів 75 р. і більше	36,6%	Апендикулярний перитоніт	13,6%
П/о парез більше 3 діб	9,2%	Дренування черевної порожн.	2,8%
Поступлення пізніше 24 годин після початку захворювання	3%	Тампонада черевної порожнини	66,7%
Надмірна вага	4,3%	“Трудна апендектомія”	30,4%
Цукровий діабет	6,1%	Тривалість операції понад 90хв	4,5%
Алергічні реакції та імунodefіцит	12%	Тривалість операції 60-90 хв	2,8%
Гострий гангренозний апендицит	11,4%	Анемія	3,8%

Традиційно операції при гострому апендициті поділяють на умовно чисті з приводу катарального апендициту, контаміновані – при гострому деструктивному апендициті та забруднені (на завідомо інфікованих тканинах) – при гострому ускладненому апендициті. На основі цього базуються принципи антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії [9, 10, 11]. Проте, як показали проведені нами дослідження, до факторів ризику розвитку ГРУ слід відносити не лише контамінацію в рані. В зв'язку із цим, ми пропонуємо виділяти 4 групи ризику виникнення ГРУ.

1. Малий ризик – менше 1,8% – достатньо антибіотикопрофілактики (доопераційна, одноразово).

2. Помірний ризик – 2-5% – показана розширена антибіотикопрофілактика (доопераційна, інтраопераційна та одноразово після операції через 12 годин).

3. Великий ризик – 5-15% – антибіотикопрофілактика + антибіотикотерапія протягом 5-7 діб.

4. Надзвичайно великий ризик – більше 15% антибіотикопрофілактика + антибіотикотерапія протягом 7-10 діб.

Особливі труднощі у виборі лікувальної тактики виникають при сумнівному діагнозі гострого апендициту. В таких випадках допомагає діагностична лапароскопія [5].

Трирічний досвід використання лапароскопії в нашій клініці в сумнівно тяжких випадках діагностики гострого апендициту показав (табл. 3), що діагноз гострого апендициту підтвердився лише у 46,7% хворих, а у 43,3% – був змінений. Причому майже у 24% випадків вдалося утриматися від невинуватих апендектомій, що суттєво вплинуло на зменшення ГРУ.

**Таблиця 3. Дані лапароскопічної діагностики при сумнівному діагнозі гострого апендициту**

	Назва	%
	Гострий апендицит	46,7%
1	Гострий аднексит	8,6%
2	Тубооваріальний гнійник	7,3%
3	Апоплексія яєчника	3,3%
4	Мезоаденіт	10,2%
5	Гострий панкреатит	1,4%
6	Термінальний ілеїт	0,5%
7	Перфорація порожнистого органа	12%

Вважаємо, що прямими лапароскопічними ознаками є зміни зі сторони самого червоподібного паростка, а умовними – прояви місцевого перитоніту в правій здухвинній западині (зміни очеревини, характер вмісту, наявність фібрину, зрощень).

**ВИСНОВКИ** Врахування запропонованих основних факторів ризику ГРУ у хворих на гострий апендицит з виділенням груп ризику дозволяє провести оптимальний вибір антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії і зменшити частоту виникнення ГРУ. Проведення діагностичної лапароскопії у сумнівно тяжких випадках діагностики гострого апендициту дозволяє відмовитися від невинуватих апендектомій та зменшити частоту ГРУ.

1. Аралбаев Т.А., Акрамов Ә.Х., Байзаков У.Б. Диагностическая ценность лейкоцитарной формулы крови при остром аппендиците // Здравоохранение Киргизии. – 1987. – №1. – С. 25-26.

2. Герасимець Ю.М. Диференціально діагностичне значення показників локальних теплових потоків та впливу звукової дії у хворих гострим апендицитом і правобічної ниркової коліки // Автореф.на здобуття наукового ступеня кан. мед. наук. Харків. – 1993. – С. 21.

3. Девятков В.А., Петров С.В. Причины гнойных осложнений после аппендэктомий. // Хирургия. – 1991. – № 3. – С. 103-106.

4. Дуданов И.П., Меженин А.М., Шаршавицкий Г.А., Богданец А.А., Андреев Ю.В. Спорные вопросы острого простого аппендицита и пути снижения частоты необоснованных аппендэктомий // Вестник хирургии имени И.И.Грекова. – 1998. – №2. – С.34-37.

5. Кулик Я.П., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Поколюхин С.Н. Лапароскопия при остром аппендиците. // Вестн. хир. – 1994. – № 3-4. – С. 101-102.

6. Меженин А.М., Шаршавицкий Г.А., Богданец А.А., Андреев Ю.В., Бобков В.Л., Капутин М.Ю., Базухейр Г.С. Острый простой аппендицит // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Научно-практ. конф. хирургов Карелии. – 1997 г. – С. 30-31.

7. П'ятночка В.І. Тепловіддача в діагностиці стану запального процесу післяопераційних ран // Автореф.на здобуття наукового ступеня кан. мед. наук. Львів. – 1994. – С.18.

8. Шалимов А.А., Брусниціна М.П. Хирургическая помощь населению Украины в 2000 году и пути ее улучшения // Харківська хірургічна школа. – 2001. – № 1. – С.103-108.

9. Brachman P.S., Dan B.B., Haley R.W. et al. Nosocomial surgical infections: Incidence and cost // Surg clin North Am. 1980; 60:

10. Stone H.H., Haney B.B., Koebe H.D. Prophylactic and preventive antibiotic therapy. Timing, duration and economics // Ann Surg. 1979; 189: 691-9.

11. Wenzel R.P. Surveillance and reporting of hospital-acquired infections // Handbook of Hospital Acquired infections - Boca Raton, F.L. Cre Press. 1981; 44.