

ИСХОД ОТСРОЧЕННЫХ АППЕНДЭКТОМИЙ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА**Ибрагимова М.У., Нишанов М.Ф.**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Последние тенденции в лечении аппендикулярного инфильтрата (АИ) многие исследователи все же отдают предпочтение консервативному лечению с последующей интервальной аппендэктомией. Спектр комплексного лечения, как правило, направлен на применение антибиотикотерапии для борьбы с инфекцией и уменьшения воспаления. Если инфильтрат осложняется образованием абсцесса, проводится чрескожное дренирование под контролем УЗИ. Для уменьшения болевого синдрома и воспаления применяются нестероидные противовоспалительные препараты. Постельный режим рекомендуется в первые дни, особенно при выраженном болевом синдроме, после уменьшения воспаления пациенту рекомендуется постепенная активизация, чтобы избежать развития спаек и улучшить восстановление.

Цель. Улучшить результаты отсроченных аппендэктомии после аппендикулярного инфильтрата.

Материалы и методы. В нашем исследовании в группе сравнения после успешного лечения АИ от оперативного лечения воздержались 17 (33,3%). В основной группе от операции отказались 5 пациентов (12,5%). Эти пациенты были исключены из дальнейшего анализа, вследствие отсутствия контакта с ними. Также в группе сравнения экстренная операция без удаления аппендикса была проведена у 2 пациентов (4,8%), а экстренная операция с удалением аппендикса проведена еще у 2 пациентов (4,8%). Соответственно отсроченная аппендэктомия в группе сравнения была выполнена у 24 пациентов (57,1%) с успешным лечением АИ и еще у 2 больных с выполненным дренированием абсцесса. В основной группе интервальная операция была произведена у 35 пациентов (87,5%). Статистический анализ (хи-квадрат) показал, что различия между группами по этому фактору оказались значимы ($\chi^2=8,881$; $df=3$; $p=0,031$), что указывает на значительное различие в подходах к лечению между группами.

Результаты и их обсуждения. Частота рецидивов ОА в течение от 1 до 4 месяцев после лечения АИ в группе сравнения из 26 человек составила 19,2% (5 пациентов), в основной группе рецидив был только у 2 больных (5,7%).

Максимальный срок выполнения отсроченной операции в группе сравнения составил 16 недель, минимальный - 1 неделю (все операции до 2 месяцев были выполнены по экстренным показаниям в связи с рецидивом клиники ОА). Медиана (срединное значение) равна 12 неделям. Среднее значение с учетом стандартного отклонения ($M\pm\delta$) составляет $11,9\pm 4,3$ недель. Доверительный интервал для минимального значения - 10,2 недели, для максимального - 14,1 недели. В основной группе максимальный срок выполнения отсроченной операции также составил 16 недель, но минимальный срок в этой группе больше - 4 недели, что связано с отсутствием в эти сроки рецидива ОА. Медиана была равна 6 неделям, что указывает на более короткий срок выполнения операции по сравнению с группой сравнения. Среднее значение с учетом стандартного отклонения ($M\pm\delta$) в основной группе составляет $6,7\pm 2,5$ недель. Доверительный интервал для минимального значения равен 5,9 недели, для максимального - 8,0 недель. Анализ характеристики выполненных аппендэктомий показал, что лапароскопическое вмешательство без технических сложностей в группе сравнения было только у 2 пациентов (7,7%), тогда как в основной группе - у 8 (22,9%). Технические сложности

при лапароскопической операции отмечены в группе сравнения у 3 пациентов (11,5%), в основной группе - у 5 пациентов (14,3%), причем конверсия была произведена у 2 из 3 и у 1 из больных. Лапаротомно без технических сложностей в группе сравнения оперировано 9 пациентов (34,6%), тогда как в основной группе - 18 пациентов (51,4%). Лапаротомно с техническими сложностями аппендэктомия в группе сравнения выполнена у 12 пациентов (46,2%), а в основной группе у 4 пациентов (11,4%). В общей сложности, статистический анализ показал значимое различие между группами ($\chi^2=9,990$; $df=3$; $p=0,019$), что указывает на различие в распределении видов операций и наличия технических сложностей между двумя группами.

Обобщая эти данные можно отметить следующее. Применение лазерных технологий в комплексном лечении АИ в основной группе существенно повлияло на исходы последующих аппендэктомий, облегчая выполнение операций. В основной группе 74,3% аппендэктомий прошли без технических сложностей, что значительно выше по сравнению с группой сравнения (42,3%). В то же время, доля операций с техническими сложностями в основной группе была значительно ниже - 25,7% против 57,7% в группе сравнения. Применение лазерных технологий способствовало более эффективному лечению АИ, уменьшая выраженность воспалительного процесса и снижая объем спаечного процесса. Это, в свою очередь, привело к уменьшению плотности и васкуляризации тканей, что облегчило доступ к аппендиксу, упростило его выделение и минимизировало риск повреждения окружающих структур во время операции. Статистический анализ подтвердил значимое различие между группами ($\chi^2=6,392$; $df=1$; $p=0,012$), что указывает на существенное улучшение условий для выполнения отсроченной аппендэктомии в основной группе благодаря использованию лазерных технологий.

Заключение. Таким образом, применение лазерных технологий в комплексном лечении АИ в основной группе позволило значительно снизить частоту рецидивов острого аппендицита (до 5,7% по сравнению с 19,2% в группе сравнения), а также сократить сроки выполнения отсроченной аппендэктомии до $6,7 \pm 2,5$ недель против $11,9 \pm 4,3$ недель в группе сравнения. В основной группе 74,3% аппендэктомий прошли без технических сложностей (против 42,3% в группе сравнения), а частота операций с техническими сложностями была значительно ниже (25,7% против 57,7%), что обусловлено уменьшением спаечного процесса и более легким доступом к аппендиксу.