

# ПРЕДИКТОРЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИМАЛЬНОГО ЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

Сыволап Д.В.

Научный руководитель: проф. Клименко В.Н.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра факультетской хирургии

Лапаротомная «открытая» холецистэктомия (ХЭ) долгое время оставалась основной в лечении ЖКБ. Летальность при плановых «открытых» ХЭ не превышает 0,5 %. Количество осложнений в зависимости от характера заболевания и общего состояния пациента составляет 5-15%. Одним из распространенных послеоперационных осложнений является длительная гипертермия. С результатами лапаротомной ХЭ сравниваются другие методы лечения этого заболевания. Современный этап развития хирургии характеризуется разработкой и внедрением в клиническую практику малоинвазивных методик.

Представляет научный и практический интерес определение предикторов длительной гипертермии после холецистэктомии из минимального лапаротомного доступа и четырехпортовой лапароскопической холецистэктомии.

Методом случайной выборки сформированы две группы наблюдения. Холецистэктомия из минимального лапаротомного доступа выполнена у 28 пациентов, средний возраст  $62,07 \pm 2,55$  года, четырехпортовая лапароскопическая - у 24, средний возраст  $57,17 \pm 2,61$  года. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, индексу массы тела.

**Результаты.** Среднее время выполнения четырехпортовой лапароскопической холецистэктомии составило  $39,58 \pm 4,55$  мин, что в 2,6 раза достоверно меньше, чем время холецистэктомии из минимального лапаротомного доступа -  $103,04 \pm 19,00$  мин; ( $p=0,004$ ). После холецистэктомии из минимального лапаротомного доступа в раннем и позднем послеоперационном периодах у большего количества пациентов, по сравнению с четырехпортовой лапароскопической холецистэктомией, наблюдалась длительная гипертермия: 10 против 3, ( $p=0,05$ ). Период гипертермии также был более продолжительным при проведении холецистэктомии из минилапаротомного доступа, чем после четырехпортовой лапароскопической:  $2,71 \pm 0,57$  дней против  $0,91 \pm 0,22$  дней, соответственно ( $p=0,008$ ).

С помощью ROC-анализа определены пороговые значения исходных показателей, с которыми ассоциировался повышенный риск гипертермии в послеоперационном периоде: лейкоцитоз более  $11 \times 10^9/\text{л}$ , уровень гемоглобина более 131 г/л, размеры конкрементов желчного пузыря более 2 мм, фибриноген более 4,44 г/л, повышение прямого билирубина более 12,7 ммоль/л. В то же время, ряд показателей ассоциировался как низкий риск возникновения длительной гипертермии в послеоперационном периоде. К позитивным предикторам следует отнести СОЭ менее 20 мм/час, общий билирубин менее 18,2 ммоль/л, активность АЛТ менее 64 усл.ед., активность амилазы менее 38 усл.ед, диаметр холедоха менее 6,2 мм, продолжительность операции менее 35 мин.

Для выявления независимых предикторов длительной гипертермии в послеоперационном периоде был проведен регрессионный анализ пропорциональных рисков Кокса. В соответствии с многофакторной моделью рисков Кокса независимыми предикторами явились:

- вид вмешательства: «открытая» холецистэктомия из минимального лапаротомного доступа (специфичность 76,9 %, чувствительность 53,8 %;  $p=0,05$ ) увеличивает риск послеоперационной гипертермии в 4,04 раза (95 % ДИ 2,02-74,12), по сравнению с четырехпортовой лапароскопической ХЭ,
- СОЭ более 20 мм/час (специфичность 75 %, чувствительность 57,1 %;  $p=0,02$ ) увеличивает риск послеоперационной гипертермии в 1,68 раза (95 % ДИ 2,2-74,1),
- общий билирубин более 18,2 ммоль/л (специфичность 79,2 %, чувствительность 66,7 %;  $p=0,0002$ ) увеличивает риск послеоперационной гипертермии в 1,14 раз (95 % ДИ 1,04-9,62),
- конкременты в желчном пузыре диаметром более 2 мм (специфичность 100 %, чувствительность 53,8 %;  $p=0,001$ ) увеличивают риск послеоперационной гипертермии в 1,06 раза (95 % ДИ 1,03-8,42).

**Выводы:** 1) При четырехпортовой лапароскопической холецистэктомии в послеоперационном периоде в 3,3 раза реже возникала гипертермия ( $p=0,05$ ), а её продолжительность была в 4,75 раз меньше ( $p=0,008$ ), чем при холецистэктомии из минимального лапаротомного доступа, что связано с меньшим в 2,6 раза ( $p=0,004$ ) средним временем оперативного

вмешательства. 2) Увеличение риска длительной гипертермии после холецистэктомии ассоциируется с наличием в предоперационном периоде лейкоцитоза более  $11 \times 10^9/\text{л}$ , уровня гемоглобина более 131 г/л, размеров конкрементов желчного пузыря более 2 мм, фибриногена более 4,44 г/л, повышения прямого билирубина более 12,7 ммоль/л. 3) Потенциальный риск возникновения длительной гипертермии в послеоперационном периоде достоверно снижается при наличии в предоперационном периоде СОЭ менее 20 мм/час, общего билирубина менее 18,2 ммоль/л, активности АЛТ менее 64 усл.ед., активности амилазы менее 38 усл.ед, диаметра холедоха менее 6,2 мм, продолжительности операции менее 35 мин.

## ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Тереля Я.В.

Науковий керівник: ас. Охріменко Г.І.  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра госпітальної хірургії

**Мета дослідження.** Вивчити найближчі результати лікування хворих на гострий апендицит (ГА) при використанні лапароскопічної апендектомії (ЛА) та порівняти їх з результатами лікування пацієнтів, в яких застосовували хірургічні втручання традиційним способом.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати хірургічного лікування 146 хворих на ГА. Основну групу склали 59 пацієнтів, яким в ургентному порядку була виконана ЛА. До контрольної групи увійшли 80 хворих, які були оперовані з використанням традиційної апендектомії (ТА) відкритим способом.

**Отримані результати.** При аналізі виявлених під час операції ускладнень ГА їх частота в основній і контрольній групах значно не відрізнялася (50,8% та 47,5%). Однак при розповсюдженому перитоніті (РП) та апендикулярному абсцесі (АА) перейшли до конверсії у зв'язку з необхідністю повноцінної санації черевної порожнини та технічними труднощами (5 хворих). У післяопераційному періоді серед пацієнтів основної групи ускладнення у вигляді нагноєння рани спостерігалось у 2 (3,4%) випадках, а серед хворих контрольної групи – у 10 (12,5%). Середня тривалість операції в основній групі складала  $33,12 \pm 2,51$  хв., а в контрольній групі була значно більшою,  $66,45 \pm 3,33$  хв. Середні терміни перебування у стаціонарі пацієнтів контрольної групи ( $6,95 \pm 0,20$  діб) перевищили відповідний показник основної групи ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** 1. ЛА може широко використовуватися як при неускладнених, так і при ускладнених формах ГА, однак її застосування дещо обмежене при РП та АА. 2. ЛА дозволяє значно скоротити тривалість оперативного втручання, зменшити ризик післяопераційних ускладнень, а також строки перебування хворих у стаціонарі.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ

Терещенко В.Г.

Наукові керівники: доц. Сюсюка В.Г., доц. Губа Н.О.  
Запорізький державний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології  
<sup>2</sup>Запорізький національний університет, кафедра практичної психології,

Проблема материнства набуває особливої актуальності у сучасній науковій психології через її значимість та суб'єктивну важливість серед етапів у житті кожної жінки. Шпатаковська Г.В розглядає вагітність, як критичний період для жінки, стадію статево-рольової ідентифікації, особливу ситуацію для адаптації, яка має особливі характеристики і критерії. Таким чином, визначення домінуючих чинників дозволяє змодельовати ефективну стратегію адаптації жінки до нового стану як з точки зору фізіології, так – і з психології.

Цікавим представляється розгляд вагітності в роботах В. Брутмана, як ситуації адаптації, що обумовлюється двома обставинами: адаптацією до материнства як прийняття ролі матері і формування материнської позиції, прийняття дитини і всіх пов'язаних з його появою змін в особовій, родинній, соціальній і професійній сферах.

Дослідженням психологічного компоненту вагітності займався І. Добряков. У процесі свого дослідження він запропонував виділити п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД), а саме оптимальний (у жінок, які відповідально, але без зайвої тривоги ставляться до своєї вагітності), гіпогестогнозичний (вагітність у них часто незапланована, недооцінюють події),