



International Science Group

ISG-KONF.COM

**XXIV
INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE
"MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC NOTES. SCIENCE
RESEARCH AND PRACTICE"**

**Madrid, Spain
June 21 - 24, 2022**

ISBN 979-8-88680-822-3

DOI 10.46299/ISG.2022.1.24

MULTIDISCIPLINARY ACADEMIC NOTES. SCIENCE RESEARCH AND PRACTICE

Proceedings of the XXIV International Scientific and Practical Conference

Madrid, Spain
June 21 – 24, 2022

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ЛИХОМАНКА У ХВОРИХ НА ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗ, ЯКИМ ВИКОНАНО ЛАПАРОСКОПІЧНУ ХОЛЕЦИСТОЛІТОТОМІЮ ТА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЮ ЧЕРЕЗ ЄДИНИЙ ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ДОСТУП

Сиволап Дмитро Віталійович,

канд. мед. наук.,
доцент кафедри факультетської хірургії,
Запорізький державний медичний університет

За останнє десятиліття лапароскопія стала найбільш інноваційним хірургічним напрямком у загальній хірургії. Лапароскопія є стандартом лікування захворювань жовчного міхура та «золотим» стандартом лікування рефлюксної хвороби. Показання до лапароскопічного хірургічного підходу в лікуванні захворювань черевної порожнини продовжують зростати, і багато захворювань сьогодні можна лікувати за допомогою лапароскопічних методів. Лапароскопічні методи продемонстрували коротший час відновлення та більш раннє повернення до нормальної діяльності порівняно з відкритою операцією [5]. Через бурхливий розвиток лапароскопічних втручань особливого значення набуває «хірургія одного дня». Дві третини пацієнтів віддають перевагу амбулаторній хірургії, а більшість повертається до роботи впродовж 1–2 тижнів після операції. Основними факторами, що обумовлюють затримку пацієнтів в стаціонарі після оперативних втручань на жовчному міхурі є біль та лихоманка [3].

Післяопераційна лихоманка дуже поширена, але точна частота післяопераційної лихоманки невідома. Оцінки різних хірургічних процедур показують, що лихоманка виникає на початку післяопераційного періоду у 20-90 % пацієнтів. Післяопераційна лихоманка визначається як температура вище 38°C (або більше 100,4°F) впродовж двох перших післяопераційних днів або вище 39°C (або більше 102,2°F) в будь-який післяопераційний день [1].

У більшості випадків лихоманка зазвичай виникає на перший або другий день після операції і пов'язана з доброякісними причинами [1], асоціюється із усіма видами хірургічних втручань, незалежно від типу анестезії [2, 4, 6].

Післяопераційна лихоманка залежить від типу та обсягу оперативного втручання, але може виникати і після незначних хірургічних процедур, проте рідко. Загалом, як операції на органах черевної порожнини, так і на органах грудної клітини призводять до найвищої частоти післяопераційної лихоманки [1].

Мета – дослідити частоту післяопераційної лихоманки у хворих на холецистолітіаз після лапароскопічної холецистолітотомії та холецистектомії через єдиний лапароскопічний доступ.

Матеріал та методи. Після підписання інформованої згоди в дослідження залучено 83 хворих на безсимптомний холецистолітіаз. До основної групи увійшло 33 пацієнти, яким виконано органозберігаючу операцію лапароскопічну холецистолітотомію. Середній вік хворих основної групи $46,8 \pm 12,7$ роки, діапазон від 22 до 64 років, чоловіків 18 % ($n=6$), жінок 82 % ($n=27$). Групу порівняння було створено з 50 пацієнтів у віці від 22 до 67 років, середній вік – $(48,10 \pm 12,4)$ роки, чоловіків 8 % ($n=4$), жінок 92 % ($n=46$). В обох групах переважали жінки за кількістю, проте статистично вірогідної різниці за статевим розподілом у групах хворих не було, ($p=0,174$). Групи хворих не розрізнялись за віком ($46,82 \pm 13,02$) років проти ($48,10 \pm 12,42$) років, ($p=0,653$); вагою тіла ($78,68 \pm 16,03$) кг проти ($74,83 \pm 12,75$) кг, ($p=0,228$); індексом маси тіла ($28,56 \pm 5,85$) $\text{кг}/\text{м}^2$ проти ($27,64 \pm 4,16$) $\text{кг}/\text{м}^2$, ($p=0,404$); зростом ($166,15 \pm 8,04$) см проти ($164,42 \pm 6,87$) см, ($p=0,297$).

Оперативні втручання в групах виконувались під ендотрахеальним наркозом з використанням барбітуратів, нейролептаналгетиків та міорелаксантів. Для операції були використані стандартні інструментальні набори для лапароскопічної холецистектомії Richard Wolf (Німеччина) і Olympus (Японія), а також троакари фірми — Ethicon (США) та Karl Storz (Німеччина).

При холецистектомії через єдиний лапароскопічний доступ (SILC) до черевної порожнини проводився шляхом встановлення порта в умбілікальній області. Після розсічення шкіри і підшкірного шару в зоні пупка проводився розтин апоневротичної частини пупкового кільця, очеревини; формувався доступ у черевну порожнину діаметром до 3 см. Вводився порт-пристрій (SILC-порт-Covidien) з чотирма отворами для введення інструментів і газу (CO_2) для створення карбоксиперитонеуму (тиск – 12-15 мм рт.ст.). Була візуалізована та ідентифікована міхурова протока та артерія, виконувалось кліпування і пересічення кожної з цих анатомічних структур (по дві кліпси на проксимальну і по одній – на дистальну частини). Жовчний міхур виділявся з ложа субсерозно за допомогою монополярної коагуляції; капілярна кровотеча з ложа зупинялась за допомогою шарового електроду або аргоноплазмової коагуляції. Жовчний міхур видалявся разом з SILC-портом, рана зашивалась пошарово. Дренування підпечінкового простору виконувалось за наявністю показань.

При лапароскопічному способі холецистолітотомії проводилась пункція та аспірація жовчі з жовчного міхура в області дна з подальшим розтином міхура в зоні пункції на довжину, що дорівнювала діаметру конкремента, визначеного за даними ультразвукового дослідження. Інтраопераційна ревізія порожнини міхура проводилась за допомогою фіброхоледоскопа, подальшим видаленням конкременту/конкрементів (літоекстракція). Порожнину міхура промивали фізіологічним розчином (0,9% NaCl). Розтин жовчного міхура ушивався безперервним швом атравматичною голкою з лігатурою, що розсмоктується («Вікріл» 2.0). Конкремент видалявся за допомогою ендоконтейнера. Дренування черевної порожнини було обов'язковим (вводився дренаж у підпечінковий простір).

Статистичну обробку матеріалу виконано за допомогою пакету програм Statistica 6.0. Показники кількісних ознак представлялись у вигляді середнього арифметичного (M) та стандартного відхилення (SD) за умов нормального розподілу. Показники якісних ознак представлені у вигляді абсолютних та відносних частот. Статистична розбіжність показників визначалась на рівні $p < 0,05$, усі тести двосторонні.

Результати. В жодному випадку в групах спостереження не реєструвалось підвищення температури тіла хворих в післяопераційному періоді понад 38°C . Тривалість післяопераційної субфебрильної температури була зіставна в основній групі ($1,0 \pm 0,8$ діб) та групі порівняння ($0,94 \pm 0,76$ діб); ($p = 0,704$), тобто не залежала від виду оперативного втручання.

Післяопераційна субфебрильна температура не спостерігалась у 14 (42,4 %) хворих основної групи. Субфебрильна температура впродовж однієї доби була у 11 (33,3 %) хворих, двох діб – у 4 (12,1 %) хворих, трьох діб – у 3 (9,1 %) хворих, п'яти діб – у одного (3 %) хворого.

В групі SILC післяопераційна субфебрильна температура була відсутня у 21 (42 %) хворого. Субфебрильна температура впродовж однієї доби спостерігалась у 15 (30 %) хворих, двох діб – у 9 (18 %) хворих, трьох діб – у 2 (4 %) хворих, чотирьох діб – у одного (2 %) хворого, п'яти діб – у одного (2 %), шести діб у одного (2 %) хворого.

Отже, основна група та група порівняння статистично вірогідно не розрізнялись за кількістю хворих, у яких взагалі не спостерігалось післяопераційного підвищення температури, та за кількістю хворих з субфебрильною температурою впродовж перших чотирьох діб після лапароскопічних втручань на жовчному міхурі.

Висновок. В жодному випадку як після лапароскопічної холецистолітомії, так і після холецистектомії через єдиний лапароскопічний доступ не спостерігалось підвищення температури у хворих на безсимптомний холецистолітіаз понад 38°C . Після лапароскопічних втручань на жовчному міхурі у 40 % хворих на безсимптомний холецистолітіаз взагалі відсутнє підвищення температури тіла. Решта 60 % пацієнтів мала післяопераційну субфебрильну температуру.

Список літератури

1. Abdelmaseeh, T. A., Azmat, C. E., & Oliver, T. I. (2022). Postoperative Fever. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
2. Mayo, B. C., Haws, B. E., Bohl, D. D., Louie, P. K., Hijji, F. Y., Narain, A. S., Massel, D. H., Khechen, B., & Singh, K. (2018). Postoperative Fever Evaluation Following Lumbar Fusion Procedures. *Neurospine*, 15(2), 154–162. <https://doi.org/10.14245/ns.1836026.013>
3. Mogoanta, S. S., Paitici, S., & Mogoanta, C. A. (2021). Postoperative Follow-Up and Recovery after Abdominal Surgery. In A. Zaghal, & A. E. Rifai (Eds.), *Abdominal Surgery - A Brief Overview*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.97739>

4. O'Mara S. K. (2017). Management of Postoperative Fever in Adult Cardiac Surgical Patients. *Dimensions of critical care nursing: DCCN*, 36(3), 182–192. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000248>
5. Richardson, W. S., Carter, K. M., Fuhrman, G. M., Bolton, J. S., & Bowen, J. C. (2000). Minimally invasive abdominal surgery. *The Ochsner journal*, 2(3), 153–157.
6. Serraino, C., Elia, C., Bracco, C., Rinaldi, G., Pomero, F., Silvestri, A., Melchio, R., & Fenoglio, L. M. (2018). Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine*, 97(19), e0628. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010628>