

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ АБСЦЕССОМ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

¹Адамович Д.М., ¹Дундаров З.А., ²Горностай П.В., ¹Хазывов С.О.,
²Лутков А.В., ²Громыко С.Ю.

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»,
Гомель, Республика Беларусь

Актуальность. Оперативные вмешательства, выполняемые по поводу острого аппендицита (ОА), остаются на первом месте по отношению ко всем остальным неотложным операциям у пациентов с клинической картиной острой абдоминальной боли во всех возрастных группах с риском заболеваемости 7 – 8% во всем мире [Stewart B, et al., 2014, Habeeb, Tamer A.A.M., et al., 2022]. Перфоративные формы составляют 3,68% - 41% [Park HC, et al., 2009, Drake FT, et al., 2014, Perez KS, et al., 2018, Alla Mounica, et al., 2023, Potey K, et al., 2023]. Формирование аппендикулярного абсцесса (АА) происходит у 0,5 – 36,4% осложненного острого аппендицита [Grundmann RT, et al., 2010, Ф.И. Махмадов, и др. 2016, de Jonge, J., et al., 2019, Mejri, A., et al., 2022, Karembé Boubacar et al., 2023]. Основной причиной этого считают задержку медицинской консультации, превышающей 72 часа от появления первых симптомов [Perez KS, et al., 2018, Habeeb, Tamer A.A.M., et al., 2022], атипичной клиникой ОА [Каца В, et al., 2012, Demetrashvili Z, et al., 2019, Mejri, A., et al., 2021]. Наряду с традиционным вскрытием и дренированием абсцесса, лапароскопических методов лечения, существуют методы перкутанного дренирования аппендикулярного абсцесса и последующей интервальной аппендэктомии [Сажин В.П., и др., 2011, Ф.И. Махмадов, и др. 2016, Almir Miftaroski, et al., 2017, Деметрашвили и др., 2019г], а также предложен метод эндоскопической ретроградной терапии аппендицита (ERAT) [Ding, W., et al., 2022, Yin Wang, et al., 2023]. При лапароскопическом методе лечения наличие факторов риска (перитонит, ранее перенесенные абдоминальные операции, расположение червеобразного отростка, ИМТ, возраст и др.) обуславливает конверсию и выполнение открытой операции [Antonacci N, et al., 2016, Bancke Laverde BL, et al., 2023]. У пациентов с перфоративным аппендицитом частота осложнений составляет до 72,2% [Potey K, et al., 2023]. Летальность при аппендикулярном инфильтрате и периаппендикулярном абсцессе составляет 0,013 - 9,7 % [А. Г. Хасанов, и др.2019, Stöß C, et al., 2021, Mejri A, et al., 2021, Potey K, et al., 2023].

Цель: изучить результаты лечения острого аппендицита с аппендикулярным абсцессом у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены медицинские карты пациентов с ОА, госпитализированных в хирургические отделения УГОКБ. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 10.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты. За период 01.01.2014г – 01.07.2023г госпитализировано 1860 пациентов с диагнозом «острый аппендицит», из них пациентов с аппендикулярным абсцессом – 131 (7,04%). Среди пациентов мужчин было 72 (54,9%), средний возраст - 52 (38;66) года, женщины – 59 (45,1%) пациенток, в возрасте 55 (40;64) лет. Пациенты поступали в среднем через 72 (40; 96) часов от начала заболевания, статистически достоверных отличий по полу и срокам обращения выявлено не было ($p=0,08$). Медработниками ранее было осмотрено 22 человека (16,8%), мужчин 54,5%, женщин – 45,5%. В анамнезе 15,3% пациентам была выполнена лапаротомия по поводу различных заболеваний, беременности (кесарево сечение). При госпитализации кроме ОАК, ОАМ всем пациентам выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек (95,4%), при этом у мужчин эхоскопические признаки АА выявлены у 67,4%, у женщин – в 77,2%. При необходимости пациенты были осмотрены смежными специалистами (уролог, гинеколог). Средний уровень лейкоцитов составил 15,4 (12,1;19,1) $\times 10^9$ /л, Нв – 134 (119;144) г/л, эритроцитов – 4,36 (3,94;4,75) $\times 10^{12}$ /л, тромбоцитов – 179 (144;229) $\times 10^9$ /л.

У 28,0% пациентов первичная боль в животе локализовалась в мезогастррии или носила нелокализованный характер, у 26,8% - в эпигастррии, у 35,4% - гипогастрии справа, у 9,8% - в гипогастрии. Статистически достоверных отличий по полу и локализации первичной боли отмечено не было.

Все пациенты были прооперированы. В большинстве случаев – 98 пациентов (74,8%) была выполнена аппендэктомия, дренирование абсцесса тампоном. В 19 (14,5%) случаях выполнена диагностическая лапароскопия, во время которой решено выполнить конверсию – открытая аппендэктомия, дренирование абсцесса. У 9 пациентов (6,9%) в связи с клиникой перитонита после предоперационной подготовки была выполнена нижнесрединная лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости. В 5 (3,8%) случаях лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости последовала после выполнения диагностической лапароскопии.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 13 (9,9%) пациентов (Clavien-Dindo II – III).

После традиционной аппендэктомии и дренирования тампоном брюшной полости – 11 (84,6%): у 6 пациентов в раннем послеоперационном периоде развилась кишечная непроходимость, у трех – неполный несформированный толстокишечный свищ, у одной пациентки – забрюшинная флегмона (при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка с абсцессом), в одном случае развилось кровотечение из послеоперационной раны. После диагностической лапароскопии, конверсии и

аппендэктомии открытым способом с дренированием тампоном у двух пациентов (15,4%): в одном случае острая спаечная кишечная непроходимость, в другом – неполный несформированный толстокишечный свищ.

У пациентов с острой кишечной непроходимостью сроки до госпитализации составили 72 (33;90), преобладали мужчины (86%), средний возраст составил 56 (48;57) лет. Интраоперационно отмечено типичное расположение у двух (28,6%), ретроцекальное и за илеоцекальным переходом – у 5 (71,4%) пациентов. Все пациенты были прооперированы, и в дальнейшем выписаны. У пациентов с неполным несформированным толстокишечным свищом сроки до госпитализации составили 90 (72;108) суток, с преобладанием мужчин (75%), средний возраст - 63 (40;75). Интраоперационно выявлено типичное расположение червеобразного отростка (50%) и за илеоцекальным переходом, ретроцекальное (50%). Пациенты получали консервативное лечение, в процессе которого отмечено закрытие кишечного свища без оперативного лечения. При анализе сроков заболевания статистически достоверных различий в этих группах осложнений не отмечено. Развитие неполного несформированного толстокишечного свища было связано с более выраженными воспалительными изменениями со стороны слепой кишки и сложностями укрытия культи.

Выводы. Причиной развития АА является позднее обращение пациентов за медицинской помощью - в среднем через 72 (40; 96) часа, несмотря на локализацию первичной боли в правой подвздошной области у трети пациентов (35,4%). Оперативное лечение при данной патологии сопровождается развитием послеоперационных осложнений в 9,9% случаев, из которых наиболее часто отмечено развитие ранней острой спаечной кишечной непроходимости 53,8%, развитие неполного несформированного толстокишечного свища – 30,7%, что необходимо учитывать при лечении пациентов с данной патологией.