

Современные проблемы острого аппендицита Сообщение 1

Белорусский государственный медицинский университет

Великому русскому хирургу С.И. Спасокукоцкому принадлежат слова: «Об остром аппендиците так много сказано и написано, что делается неловко, когда пытаешься занять внимание этим вопросом» (5). Однако острый аппендицит по-прежнему остается одним из наиболее частых заболеваний среди острой хирургической патологии брюшной полости. Надежды в недалеком прошлом на скорое разрешение проблем острого аппендицита не оправдались, хотя накоплен огромный опыт и успехи его лечения. Неудовлетворительные результаты лечения острого аппендицита во многом обусловлены различными послеоперационными осложнениями, развившимися у 5,0-21% больных, среди которых доминирующими являются гнойно-воспалительные процессы (1,3). Исход лечения острого аппендицита не только зависит от техники исполнения самой операции, сколько от своевременного обращения пациента и диагностики. Если методы диагностики с развитием техники значительно улучшились, то обращаемость населения остается поздней.

Целью нашей работы явилось изучение причин несвоевременной госпитализации и оказания квалифицированной хирургической помощи больным с острым аппендицитом.

Материалы и методы

Нами произведен анализ 227 медицинских карт стационарных пациентов с острым аппендицитом, находящихся на лечении в хирургическом отделении 3-й ГКБ г. Минска. Среди исследованных нами больных было 115 мужчин (50,7%) и 112 женщин (49,3%). Таким образом, соотношение мужчин и женщин было 1:1, что не соответствует данным ряда авторов (4), которые утверждают, что женщины болеют чаще мужчин в 2-3 раза, особенно катаральными формами аппендицита. В исследуемой группе пациентов катаральные формы аппендицита составили 13,7%. Соотношение между женщинами и мужчинами было такое же, как при деструктивных формах. Сопутствующих гинекологических, урологических и других болезней у этих женщин не было выявлено. Только у одной больной имелся камень правой почки, была произведена аппендэктомия по поводу флегмоны червеобразного отростка, которая при морфологическом исследовании не подтвердилась. Нами также не выявлена зависимость частоты тех или иных форм острого аппендицита от пола человека.

Результаты и обсуждение

Возраст больных имеет большое диагностическое значение. Все больные были поделены на возрастные группы (табл. 1).

Таблица 1

До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-74	> 75	Всего
56	83	30	22	20	12	4	227
24,7%	36,6%	13,2%	9,7%	8,8%	5,3%	1,7%	100%

Отмечено, что острым аппендицитом преимущественно страдали люди до 40 лет (74,4%) и реже в пожилом и старческом возрасте (7,05%). Однако у возрастной группы лиц, как правило, отмечалось увеличение деструктивных форм аппендицита, что по-видимому, связано с атипичностью клинических проявлений заболевания, анатомо-физиологическими особенностями, возрастной гипореактивностью их

организма и наличием ряда сопутствующих заболеваний. В связи с этим диагностика у них затруднена и нередко запоздалая как со стороны пациентов, так и со стороны медицинского персонала.

Нами изучена зависимость частоты острого аппендицита от трудовой деятельности человека (табл. 2). Установлено, что чаще острым аппендицитом болеют служащие – 65 (28,7%), рабочие – 60 (26,4%) и студенты – 55 (24,2%) и реже безработные – 31 (13,7%) и совсем незначительно пенсионеры – 16 (7,0%). Мы связываем эту разницу с питанием. Многочисленные исследования (3,8) показали, что острый аппендицит чаще развивается у лиц, употребляющих значительное количество мяса, так как животные белки усиливают в желудочно-кишечном тракте процессы гниения и брожения, имеют тенденцию вызывать гнилостные процессы в кишечнике, которые способствуют атонии, что является предрасполагающим фактором в развитии острого аппендицита.

Таблица 2

Трудовая деятельность	Формы острого аппендицита				Всего
	катаральный	флегмонозный	гангренозный	прободный	
Служащие	7 (3,1%)	36 (15,9%)	15 (6,6%)	7 (3,1%)	65 (28,7%)
Рабочие	9 (4,0%)	38 (16,7%)	10 (4,4%)	3 (1,3%)	60 (26,4%)
Студенты	7 (3,1%)	41 (18,1%)	6 (2,6%)	1 (0,4%)	55 (24,2%)
Безработные	6 (2,6%)	21 (9,4%)	3 (1,3%)	1 (0,4%)	31 (13,7%)
Пенсионеры	2 (0,8%)	7 (3,1%)	3 (1,3%)	4 (1,8%)	16 (7,0%)
Итого	31 (13,7%)	143 (63,0%)	37 (16,3%)	16 (7,0%)	227 (100%)

Говоря о формах аппендицита, следует обратить внимание, что простые составили 13,7%, в то время как деструктивные формы 86,3%. При оценке формы аппендицита в качестве основного критерия были использованы результаты гистологических исследований, так как оперирующие хирурги нередко завышают фазу воспаления червеобразного отростка. Расхождение диагнозов между клиническими и морфологическими данными составили 15,9%. Гипердиагностика хирургов достигала 12,0%, а гиподиагностика – 3,9%.

У хирургов часто возникает вопрос: в какой фазе воспаления червеобразного отростка лучше производить операцию. Некоторые хирурги (7,9) являются ярыми противниками оперативных вмешательств в начальной стадии острого аппендицита в связи с тем, что нередко катаральная форма (т.е. серозно-инфильтративная стадия воспаления) имеет abortивное течение. В связи с этим они рекомендуют выполнять аппендэктомию только при деструктивных формах. Но как показывают наши наблюдения, выжидательная тактика приводит к развитию в 25,6% случаев осложнений (абсцессов, инфильтратов, перитонитов, тифлитов и т.п.) в брюшной полости. Мы также не придерживаемся мнения, что лучше удалить «невиновный» отросток, чем просмотреть аппендицит, так как «безобидное» вмешательство порой связано с

возможностью возникновения осложнений и даже летальных исходов. Считаем, что в настоящее время в хирургических отделениях имеются все возможности для проведения своевременной и правильной диагностики острого аппендицита. Мы против расширения показаний к операции, но за своевременную диагностику и своевременную операцию. Частота различных форм острого аппендицита зависит как от особенностей течения воспалительного процесса, так и от сроков поступления больного в стационар и операций. Преобладание катаральных аппендицитов у многих авторов связано с более ранним поступлением пациентов и, возможно, с более активной тактикой хирургов и недостаточной дифференцировкой с сопутствующими заболеваниями, особенно у женщин с гинекологической патологией. Наличие у нас относительно небольшого процента простых форм острого аппендицита обусловлено постоянными осмотрами женщин гинекологами и внедрением в практику УЗИ-исследований органов брюшной полости и м/таза. Дифференциальная диагностика простого и деструктивного аппендицита длительное время оставалась неразрешимой проблемой. Переломный этап наступил с внедрением лапароскопии в качестве диагностической процедуры. Это позволило визуально на макроскопическом уровне быстро и точно определить наличие воспаления и форму аппендицита, что способствовало резкому снижению количества напрасных операций при других заболеваниях.

Высокая частота деструктивных аппендицитов свидетельствует о несвоевременно произведенной операции в результате поздней госпитализации или длительного наблюдения в стационаре. В таблице 3 показано время поступления пациентов в клинику с момента заболевания.

Таблица 3

До 6 час.	12 час.	24 час.	48 час.	> 48 час.
39 (17,2%)	49 (21,6%)	74 (32,6%)	44 (9,4%)	21 (9,3%)

В первые 6 часов от начала заболевания обратилось 39 пациентов (17,2%), 49 человек (21,5%) поступили через 12 часов, 74 пациента (32,6%) – через 13-24 часа. Таким образом, в течение суток обратились 71,4% больных, остальные 28,6% явились через 2-3 суток и позже. Последний показатель можно сравнивать с аналогичными данными Заполярья Красноярского края, где он равен 36% (6). Там неблагоприятные местные климатические и транспортные условия создают дополнительные трудности в оказании помощи больным, особенно при острых хирургических заболеваниях.

Таким образом, причинами позднего обращения пациентов в 2 случаях (3,1%) были диагностические ошибки врачей медучреждений, а в остальных 63 случаях (96,9%) – по вине самих больных, которые занимались самолечением на дому, применяя но-шпу, теплые грелки, очистительные клизмы и т.п. Только при значительном ухудшении состояния и усилении болей они вызывали скорую помощь или обращались самостоятельно в поликлинику и приемное отделение клиники. Пожилые и пациенты старческого возраста не обращались к врачу из-за невыраженных болей в животе.

Работа хирургов в приемном отделении всегда является визитной карточкой и авторитетом клиники. Скорость и полнота обследования, установка диагноза требует у хирурга больших знаний, значительных физических затрат и умственных сил. В течение 1 часа было госпитализировано 174 больных (76,6%) в хирургическое

отделение, 49 больных (21,6%) нуждались в дополнительных исследованиях (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости или м/таза, рентгенографии), поэтому были госпитализированы в течение 2 часов и только 4 человека (1,8%) госпитализированы позже.

Н.Е. Николаев, И.Л. Бибик, И.Б. Потапенко, О.А. Амелъченя
Современные проблемы острого аппендицита Сообщение 2
Белорусский государственный медицинский университет

Решающую роль в диагностике и своевременном лечении играет хирург стационара. Время пребывания больного в отделении до операции свидетельствует об организации и уровне оказания хирургической помощи пациентам.

Согласно приказу департамента здравоохранения г. Москвы от 22.04.2005г. № 81 больной в приемном отделении после осмотра хирургом (взятия общего анализа крови и мочи, сахара крови, определения группы крови и резус-фактора, консультации уролога, гинеколога, терапевта) в течение 1 часа госпитализируется в хирургическое отделение, где при ясной клинической картине острого аппендицита оперативное вмешательство проводится в течение двух часов. В диагностически неясных случаях, когда требуются дополнительные методы исследования (повторный анализ крови, УЗИ, урография, лапароскопия, ФГДС и т.п.), наблюдение продолжается в течение первых трех часов.

Материал и методы

В нашей клинике до 1 часа с момента госпитализации в отделение прооперировано 32 человека (14,1%), в течение 2-х часов 68 больных (30,0%), с 2 до 6 часов – 82 (36,1%), с 6 до 12 – 37 (16,2%), позже 12 часов – 8 (3,6%). Следовательно, в течение первых двух часов госпитализации прооперировано 44,0% пациентов. Остальным (56,0%) аппендэктомия произведена значительно позже. Причинами задержки операции явились: в 64 случаях (28,2%) проводилось дообследование, в 2-х случаях (0,9%) занятость анестезиолога, в одном случае (0,4%) отказ больного от операции, в 19 случаях (8,4%) проводилось длительное пассивное наблюдение, обычно в ночное время. У 41 больного (18,1%) причинами задержки явились атипичное течение болезни и недоучет клинических данных.

Наличие выпота в брюшной полости (его количество, цвет, запах, характер и т.п.) требует не только его удаления, но и проведения бактериологического исследования. Это помогает врачу в послеоперационном периоде целенаправленно и адекватно проводить антибиотикотерапию. Во время операции выпот был обнаружен у 132 больных (58,1%). Однако посев взят у 83 (62,9%) из 132. Ответ из баклаборатории получен в 48 случаях (63,9%). Из выпота брюшной полости (табл. 1)

чаще всего высевалась кишечная палочка (43,4%). В 17 случаях (32,1%) посев роста не дал. Следовательно, адекватную антибиотикотерапию получили только 36 человек (15,9%).

Таблица 1

Виды микроорганизмов	E. Coli	Staphylococcus epiderm	Enterobacter cloacae	Pseudomonas aeruginosa	Acinetobacter	Citrobacter	Streptococcus haem	No gruth
Частота	23	3	4	2	2	1	1	17

Наличие в течение длительного периода воспалительного очага (источником которого являлся деструктивный червеобразный отросток) в брюшной полости приводило в 58 случаях (25,6%) к развитию и прогрессированию гнойно-некротического процесса вокруг него. Чаще всего развивались: инфильтраты – 24 случаях (10,6%), периаппендикулярные абсцессы – 10 (4,4%), местные перитониты – 15 (6,6%), разлитые перитониты – 4 (1,8%), тифлиты – 5 (2,2%).

Из всех оперированных больных в раннем послеоперационном периоде имелось 5 осложнений (2,2%), из них зарегистрировано два: гематома в области операционной раны и серома с нагноением раны и наложением ранних вторичных швов. Другие отмечены только в дневниках истории болезни.

Результаты и обсуждение

С целью выявления отдаленных послеоперационных результатов лечения был произведен опрос пациентов по телефону и изучения их амбулаторных карт в поликлиниках. Сроки наблюдения варьировали от 8 до 20 месяцев. Всего опрошено 129 человек. У 98 пациентов не удалось получить информацию по следующим причинам: не указан телефон в истории болезни (48 пациентов), не соответствовали номера телефонов (28), с 15 больными не удалось связаться, 7 человек проживали в других городах.

Выявлено всего 16 осложнений (12,4%): абсцесс передней брюшной стенки у 1 больного (0,8%) с повторной госпитализацией, нагноение послеоперационной раны у 8 человек (6,2%), из них у двоих сформировались лигатурные свищи, спаечная кишечная непроходимость с повторной релапаротомией и резекцией участка тонкой кишки – у 2 пациентов (1,5%), инфильтрат послеоперационного рубца – у 5 (3,9%). Кроме осложнений восемь (6,2%) больных жаловались на продолжительные (от 3 месяцев до 1 года) боли в области операционной раны. Шесть больных (4,5%) были недовольны формой, размером и плотностью рубца.

Также изучена частота осложнений в зависимости от формы аппендицита. Среди 20 опрошенных больных с катаральной формой выявлено 3 осложнения (15%): два нагноения операционных ран и один инфильтрат послеоперационного рубца. У 73 пациентов с флегмонозной формой отмечено 6 осложнений (8,2%): один инфильтрат, четыре нагноения операционной раны с лигатурными свищами и одна больная оперирована по поводу острой кишечной непроходимости. Среди 25 больных с гангренозной формой развилось два осложнения (8,0%): абсцесс передней брюшной стенки и инфильтрат послеоперационного рубца. У 11 человек с деструктивными прободными аппендицитами возникло 5 осложнений (45,4%): два инфильтрата, два нагноения операционной раны с лигатурными свищами и одна пациентка через 4 месяца после аппендэктомии оперирована по поводу острой спаечной кишечной непроходимости с резекцией участка тонкой кишки.

С целью профилактики послеоперационных гнойных воспалительных осложнений проводилась антибиотикотерапия до, и после операции. Выделены 4 группы больных, у которых применялись антибиотики в разных вариантах. Первая группа состояла из 32 пациентов. Им вводился антибиотик цефалоспоринового ряда в/вено за 30 минут до операции, а после операции цефалоспорин в сочетании с аминогликозидами и метронидазолом. В этой группе в отдаленном послеоперационном периоде выявлено 5 осложнений (15,6%): спаечная непроходимость с повторной госпитализацией и релапаротомией, 2 нагноения послеоперационной раны и 1 инфильтрат послеоперационного рубца. Во второй группе было 49 человек. Им вводили цефалоспорин перед операцией и один антибиотик (цефалоспорин или аминогликозид) без метронидазола после операции. В этой группе отмечено 4 осложнения: абсцесс передней брюшной стенки с повторной госпитализацией в стационар, 2 нагноения операционной раны и 1 инфильтрат послеоперационного рубца. Третья группа состояла из 37 человек, которым антибиотики вводились только после операции. Выявлено 6 осложнений (16,2%): 2 нагноения раны, 1 инфильтрат, 2 лигатурных свища и одна острая кишечная непроходимость. Четвертая группа состояла из 11 больных. Им антибиотики вводились в/вено перед операцией и не назначались после нее. В отдаленном периоде выявлен 1 (9,1%) инфильтрат послеоперационного рубца.

Выводы

1. Основными причинами развития аппендикулярных инфильтратов, абсцессов, перитонитов и т.п. являлись поздняя обращаемость населения за медицинской помощью и несвоевременная диагностика в стационаре.

2. Аппендэктомия должна производиться как при простых, так и при деструктивных формах аппендицита. Выжидательная тактика приводит к множественным ранним осложнениям (25,6%) в брюшной полости. Только своевременное хирургическое вмешательство при любой форме аппендицита позволяет избежать этих осложнений.

3. Частота послеоперационных осложнений зависит не только от количества и доз применяемых антибиотиков до и после операции, а от технического исполнения аппендэктомии с санацией и дренированием брюшной полости. Антибиотикотерапия необходима при гнойно-воспалительных процессах, но она выполняет вспомогательную роль.

4. Решающим фактором в снижении поздней обращаемости больных является широкое целенаправленное санитарно-просветительная работа, а также прекращение рекламы по телевидению обезболивающих препаратов (но-шпа и др.).

Литература

1. Алиев, С. А., Алиев, Э. С. Эволюция способов перитонизации культи червеобразного отростка при остром деструктивном аппендиците, осложненном тифлите. Вестник хирургии. 2006. Т. 165. № 1. С. 67–71.

2. Джумабаев, Э. С., Ахмеддинов, О. А. Острый катаральный аппендицит. Нужна ли аппендэктомия? Хирургия. 2004. № 2. С. 69–72.

3. Кригер, А. Г. и др. Острый аппендицит. М.: Медпрактика, 2002. 244 с.

4. Кудинский, Ю. Г., Думбров, Д. А., Алексеева, Л. Б. Отдаленные результаты лечения острого аппендицита. Хирургия. 1984. № 8. С. 28–31.

5. Мустафан, и др. Тяжелое осложнение острого аппендицита. Хирургия. 2006. № 12. С. 43–46.

6. Парфирьев, Г. М. Опыт лечения острого аппендицита в условиях Заполярья. Хирургия. 1980. № 9. С. 77–79.

7. Ротков, И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М.: Медицина, 1988. 208 с.

8. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Триада – X, 2004. 640 с.

9. Торгунаков, А. П. Что делать при простом (катаральном) аппендиците? Хирургия. 2005. № 7. С. 60–62

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ