

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Файзиев Ё.Н., Абзалова М.Я., Файзиев О.Я.

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность исследования.

Острый аппендицит (ОА) - самая распространенная острая патология органов брюшной полости, заболеваемость при которой остается на уровне 4 - 5 человек на 1000 населения. Послеоперационные осложнения после аппендэктомии варьируют от 5 до 9%, а летальность при данной патологии составляет 0,1–0,3%.

Увеличение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения обуславливает интерес к особенностям течения заболеваний в этой возрастной группе, выделение гериатрического направления в хирургии. Острый аппендицит по-прежнему остается одним из наиболее распространенных острых заболеваний, занимая первое место среди экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Данному вопросу посвящена обширная литература, принципы лечения подробно разработаны и твердо установлены, а хирургическая тактика не вызывает сомнений. Однако течение острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста привлекает особое внимание хирургов в связи с трудностями диагностики вследствие мультиморбидности и низких адаптационных возможностей организма.

Большое количество осложнений и высокая летальность у пациентов пожилого и старческого возраста, с одной стороны, связаны с низкой адаптационной способностью органов жизнеобеспечения к эндотоксемии, вторичным иммунодефицитом и сопутствующей полиморбидностью, с другой стороны с несвоевременной диагностикой или гипердиагностикой обусловленными стертой общих и местных проявлений ОА, когнитивными расстройствами и несоответствием лабораторных показателей тяжести патологического процесса.

Клиническая диагностика ОА у больных пожилого и старческого возраста представляет сложную задачу в связи с тем, что более чем у 40% больных заболевание протекает с атипичной клинической картиной. Неудовлетворенность результатами традиционной схемы диагностики и лечения ОА побуждает клиницистов вести поиск эффективных методов лечения с применением современных технологий.

Все это указывает на то, что проблема диагностики и лечения ОА еще далека от своего завершения. В связи с этим все новые исследования в данном направлении являются актуальными и имеют большую практическую значимость.

Цель исследования.

Улучшение результатов диагностики и лечения острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования.

В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа диагностики и лечения ОА у 64 больных пожилого и старческого возраста, оперированных в городской клинической больнице №7 г. Ташкента.

В исследовании принимали участие больные пожилого возраста (61-74 лет) и старческого возраста (75-89 лет) согласно классификации, принятой на международном симпозиуме по возрастной периодизации (1965г.).

Клинический диагноз аппендицита, как правило, основывался на подробном анамнезе и физикальном обследовании больного. В ряде ситуаций для облегчения трактовки результатов клинико-лабораторных данных использовали шкалу Альварадо.



У больных пожилого и старческого возрастов заболевание характеризовалось преобладанием деструктивных форм и это было обусловлено сниженной реактивностью организма, атеросклеротическим поражением сосудов, что становится непосредственной причиной быстрого нарушения кровоснабжения с развитием некроза и гангрены червеобразного отростка. Симптомом комплексом острого аппендицита у больных этой группы нередко имел стёртую картину. Вследствие физиологического повышения порога болевой чувствительности пациенты часто не фиксировали внимания на эпигастральной фазе абдоминальных болей в начале заболевания. Тошнота и рвота возникали чаще, задержка стула не имел решающего значения, поскольку в старческом возрасте существует тенденция к замедленному опорожнению кишечника.

При исследовании живота выявляли лишь умеренную болезненность в правой подвздошной области даже при деструктивных формах аппендицита, как следствие возрастной релаксации мышц брюшной стенки, и из-за этого мышечное напряжение в очаге поражения был незначительным, но симптом Щёткина-Блюмберга был выражен. Часто оказывались положительными симптомы Воскресенского и Ситковского. Температура тела даже при деструктивном аппендиците повышалась умеренно или оставалась нормальной. Количество лейкоцитов нормальное или было повышено незначительно - в пределах $10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг формулы крови был не выраженным. Общеклинические исследования выполнялись в рутинном порядке каждому больному. Исследовали показатели общеклинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, общего анализа мочи.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) осуществляли на оборудовании «Sonoscape S 22» с использованием конвексных и линейных датчиков 3,5 и 5 МГц (Гринберг А. А. и соавт., 1998). Основной целью исследования при госпитализации больного являлось подтверждение или исключение (дифференциальная диагностика) ОА, в процессе лечения - определение динамики размеров инфильтрата и своевременное выявление абсцедирования.

Открытую аппендэктомию выполняли под общей анестезией косым переменным доступом по Мак Бурнею-Волковичу-Дьяконову. Этапы операции соответствовали общепризнанной методике (Савельев В.С. и соавт., 2013). В послеоперационном периоде всем больным назначалась антибактериальная терапия. Лапароскопическая аппендэктомия осуществлялась посредством мобильной стойки фирмы «Karl Storz» (Germany) с комплектом видеосистемы: лапароскопом с угловой ($30^\circ-450^\circ$) оптикой, световодом, видеокамерой, видеомонитором с экраном 21 дюйм, ксеноновым осветителем, инсуфлятором углекислого газа, электрохирургическим блоком, ирригатор-аспиратором (Сухопара Ю.Н. и соавт., 2003; Федоров И.В. и соавт., 2004).

Результаты исследования. В соответствии клинико-лабораторным признакам деструктивного аппендицита выявлены у 56 пациентов из 64 старческого и пожилого возраста. При последующей дифференцировке неосложненные формы деструктивного аппендицита предположены у 37 больных, осложненные - 19 (плотный аппендикулярный инфильтрат (АИ) - 5, местный перитонит - 7, периаппендикулярный абсцесс (ПАА) - 3, рыхлый АИ - 2, распространенный перитонит - 2). В 8 наблюдениях из-за минимальной длительности анамнеза и неоднородной симптоматики отсутствовала убедительная возможность исключить или верифицировать аппендицит, что подтверждало целесообразность выделения группы больных с сомнительной клинической картиной. Рутинное выполнение УЗИ в вышеуказанных группах было информативным в 26 случаях - у больных визуализированы прямые и косвенные эхосонографические признаки аппендицита. Распределение было следующим: из 19 пациентов с предполагаемым неосложненным течением деструктивного аппендицита у 14 клинический диагноз подтвержден.



Объяснением коррекции первоначального диагноза служит схожесть клинических проявлений рыхлого инфильтрата и неосложненных форм, а также способность эхонографии выявить периаппендикулярную гипоэхогенную инфильтрацию. Следовательно, верификация АИ рыхлой степени зрелости основывается на данных ультразвукового метода обследования.

Полное соответствие лучевых данных клиническим результатам наблюдалось у 9 больных осложненными формами ОА, что свидетельствует как об убедительности предложенных клиничко-лабораторных критериев, так и о высоких диагностических свойствах УЗИ в распознавании осложнений. В частности, эхонография была завершающим методом обследования у всех больных плотным АИ и сформированным периаппендикулярным абсцессом, избавив от необходимости использования эксплоративных операций. У 2 больных распространенным перитонитом визуализированы дилатированные петли тонкой кишки, что послужило показанием к выполнению лапаротомии. В группе больных с сомнительной клинической картиной, состоявшей из 8 пациентов, УЗИ позволило диагностировать деструктивный неосложненный аппендицит в 5 случаях. У 3 больных верифицирована другая патология (мезаденит, гинекологические заболевания и некроз жирового подвеска сигмовидной кишки), что дало возможность избежать напрасных аппендэктомий и скорректировать последующую лечебную тактику. Эндовидеохирургическая техника являлась приоритетным методом завершения лечебно-диагностической программы у больных деструктивным аппендицитом за исключением пациентов с плотным АИ (назначалась консервативная терапия), периаппендикулярным абсцессом (применялся диапневтический метод), распространенным перитонитом с парезом тонкой кишки (выполнялась лапаротомия), а также в случаях, когда имелись общие противопоказания к наложению карбоксиперитонеума и при спаечном процессе, образовавшемся после ранее перенесенных полостных операций.

Использование лапароскопии у больных с сомнительной клинической картиной и неинформативным УЗИ способствовало установлению диагноза во всех случаях и определены показания к выполнению лапароскопической аппендэктомии, а у 3 пациентов данных за деструктивный аппендицит не выявлено, что позволило отказаться от аппендэктомии, так как были верифицированы другие заболевания гинекологическая патология, мезаденит, некроз жирового подвеска сигмовидной кишки. Изучение патоморфологических исследований, удаленных ЧО свидетельствовало об отсутствии расхождения дооперационного и послеоперационного диагноза во всех случаях. При ретроспективном анализе, основным оперативным методом являлась открытая аппендэктомия, выполненная в 48,8%. Лапароскопические технологии использовались в 45,9%, диапневтический метод в 1,7%, консервативная терапия в 3,6%. Несмотря на рост числа ЛАЭ (с 25,8% до 84,2%) и изменение соотношения в ее пользу по сравнению с ОАЭ за последние годы, потенциал эндовидеохирургического метода сохранился. При оценке непосредственных результатов лечения отмечено, что интраоперационные осложнения наблюдались в 3,6% случаях и были примерно сопоставимы при эндовидеохирургическом и открытом методах - 3,4% и 3,9%. Послеоперационные осложнения согласно классификации, Clavien Dindo развились в 7,1% случаях. ЛАЭ сопровождалась неблагоприятным послеоперационным течением у 1,9% больных, открытые в 12,4% наблюдениях. Лапароскопический метод был наиболее эффективен при осложненном течении ОА - 2,2%. Открытые аппендэктомии, наоборот, значительно чаще сопровождалась послеоперационными осложнениями - 44,2%. Объяснением данного факта служит контакт тканей передней брюшной стенки с ЧО и перитонеальной полостью, обсеменной патогенной микрофлорой, а также повышенный операционный травматизм.



Эффективные показатели ЛАЭ достигнуты посредством соблюдения методики операции: контроле гемостаза, герметичном закрытии культи ЧО, извлечении препарата в контейнере, тщательной санации правой подвздошной ямки и малого таза с последующей аспирацией промывных вод, оптимальной антибактериальной терапии. Консервативная терапия была неэффективной у 1 больного, что потребовало применение лапароскопического метода. Осложнений при чрескожном дренировании ПАА под контролем УЗ-навигации не было. Средняя продолжительность госпитализации составила 8,3 суток. Пациенты, перенесшие ЛАЭ, находились в клинике в среднем 6,6 суток и выписывались на 2,5 суток раньше, чем после ОАЭ. Причина быстрой реабилитации после лапароскопических вмешательств заключалась в меньшем операционном травматизме, что очень важно у больных старческого и пожилого возраста.

Выводы. Таким образом, анализ результатов диагностики больных старческого и пожилого возраста ОА позволяет констатировать, что комплексное использование современных лучевых и минимально инвазивных методов обследования способствует интенсификации и точности дооперационной диагностики, обеспечивая формирование рациональной лечебной программы. Преемственность этапов диагностики с синтезом клинико-лабораторных и инструментальных критериев деструктивного и осложненного аппендицита позволили своевременно верифицировать заболевание, определить его форму и сформировать рациональную лечебную тактику во всех случаях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аванесова, В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. - 2008. - № 12. - С. 8-12.
2. Васильева, М.А. Ультразвуковое исследование в диагностике осложнений острого аппендицита / М.А. Васильева, Е.А. Егорова // Медицинская визуализация. - 2010. - № 5. - С. 128-131.
3. Касимов, Р.Р. Современное состояние диагностики острого аппендицита / Р.Р. Касимов, А.С. Мухин // СТМ. - 2013. - Т.5, №4. - С. 112-117.
4. Острый аппендицит у взрослых [Электронный ресурс]. Клинические рекомендации/Министерство здравоохранения Российской Федерации. Российское общество хирургов. - 2015. 32с. Режим доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranicaprvlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostryi-apendicit.html> (дата обращения 03.08.2016)
5. Охотников, О.И. Клинико-инструментальные группировки в диагностике острого аппендицита / О.И. Охотников, Е.В. Ближенская // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. - 2012. - № 10. - С. 29-35.
6. Совцов, С.А. Острый аппендицит: что изменилось в начале нового века / С.А. Совцов // Хирургия. - 2013. - № 7. - С. 37 - 42.

