ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Матвиенко М.Д., Боев С.Н.
Воронежский государственный медицинский университет имени. Н. Н. Бурденко
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры общей и амбулаторной хирургии Боев С. Н.

Введение. Острый аппендицит остается одним из самых распространенных хирургических заболеваний, требующих оказания экстренной медицинской помощи. Цель: изучить особенности течения и тактику лечения острого аппендицита в настоящее время. Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 134 пациентов, поступивших в стационар с диагнозом «острый аппендицит». Результаты. Средний возраст больных составил 36,7±1,5 года, более трети – лица до 25 лет. В большинстве случаев отмечались субфебрильная температура тела, отсутствие диспептических расстройств, умеренный лейкоцитоз, положительный симптом Волковича-Кохера, деструктивный аппендицит, по данным гистологического исследования. Среднее время с момента появления симптомов до поступления в стационар составило 31,8±3,3 часа. В 6% случаев была выявлена другая патология; в 1,5% случаев острый аппендицит диагностирован интраоперационно. Лапароскопическая и лапароскопически ассистированная аппендэктомия были выполнены в 81,6% случаев, открытые операции преобладали при длительности заболевания более 72 часов. Осложненные формы составили 27,8% случаев. Выводы. Среди больных острым аппендицитом преобладали пациенты молодого возраста. Отсутствие лихорадки, выраженного лейкоцитоза, ряда аппендикулярных симптомов затрудняло диагностику; отмечалась поздняя обращаемость за медицинской помощью. В структуре операций доминировали лапароскопические вмешательства; тактика лечения, частота развития осложнений зависели от возраста и длительности заболевания.

Ключевые слова: острый аппендицит; диагностика; лечение

Введение. Острый аппендицит – одно из самых распространенных хирургических заболеваний, требующих оказания экстренной медицинской помощи. Остаются актуальными вопросы постановки достоверного предоперационного диагноза и выбора тактики лечения у конкретного пациента, учитывая тяжесть состояния, длительность заболевания, риск осложнений. В настоящее время операциями выбора являются лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) и лапароскопически ассистированная аппендэктомия (ЛАА). Вместе с тем, применяются классическая аппендэктомия с доступом по Волковичу-Дьяконову и срединная лапаротомия [1, 2, 3].

Целью работы стало изучение особенностей клинического течения и тактики лечения острого аппендицита в современных условиях. Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1. Изучить половой и возрастной состав пациентов с острым аппендицитом. 2. Выявить особенности течения заболевания. 3. Оценить частоту встречаемости другой патологии под маской острого аппендицита и вероятность гиподиагностики заболевания. 4. Рассмотреть методы лечения, зависимость тактики от длительности заболевания. 5. Оценить частоту и тяжесть осложнений.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 134 пациентов в возрасте от 15 до 86 лет, в том числе, 56 мужчин и 78 женщин, находившихся на лечении в общехирургическом отделении БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 2» им. К. В. Федяевского с апреля по август 2023 года. 132 больных поступили с предварительным диагнозом «острый аппендицит»; 2 пациента были госпитализированы по поводу другой патологии. Оценивались пол, возраст, клиническая картина и длительность заболевания, лабораторные показатели, тактика оперативного вмешательства, осложнения, результаты гистологического исследования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного программного пакета Microsoft Excel 2007. Результаты представлены в виде M±m, где M – среднее, m – стандартная ошибка.

Результаты исследования. У 8 пациентов (6%) – 2 мужчин и 6 женщин, поступивших с диагнозом «острый аппендицит», была выявлена другая патология, в том числе, перекрут и некроз пряди большого сальника (3 случая), перекрут жирового подвеска сигмовидной кишки с его некрозом (1), разрыв кисты правого яичника и внутрибрюшное кровотечение (1), перекрут правой маточной трубы (1), киста матки с перфорацией и кровотечением (1), острый двусторонний сальпингит (1 случай). У 2 больных (1,5%), поступивших с другим диагнозом (кишечная непроходимость, перфорация полого органа), интраоперационно был выявлен острый аппендицит.

Таким образом, подтвержденный диагноз «острый аппендицит» имели 126 больных - 55 мужчин и 71 женщина. Средний возраст пациентов составил 36,7±1,5 года, в том числе, мужчин - 34,3±1,8 года, женщин - 38,5±2,1 года. Распределение больных по возрастным группам представлено на рисунке 1. В наиболее многочисленной группе от 15 до 25 лет женщины составляли 58,7%, мужчины - 41,3%; в группе от 26 до 40 лет женщины – 44,4%, мужчины - 55,6%.

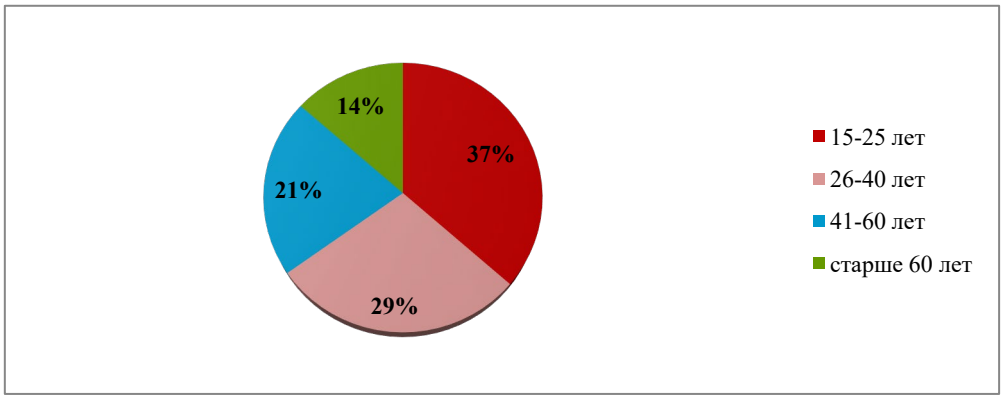

Рис. 1. Возрастной состав больных острым аппендицитом (n=126)

Температурная реакция у пациентов с острым аппендицитом отражена на рисунке 2. Средняя температура тела составила 37,4±0,05°С.

Средний ИМТ составил 25,6±0,5 кг/м². Избыточную массу тела (25-29,9 кг/м²) имели 28,5%, ожирение 1 степени (30-35 кг/м²) - 10%, 2 степени (35-40 кг/м²) - 4,6%, 3 степени (более 40 кг/м²) - 1,5% больных.

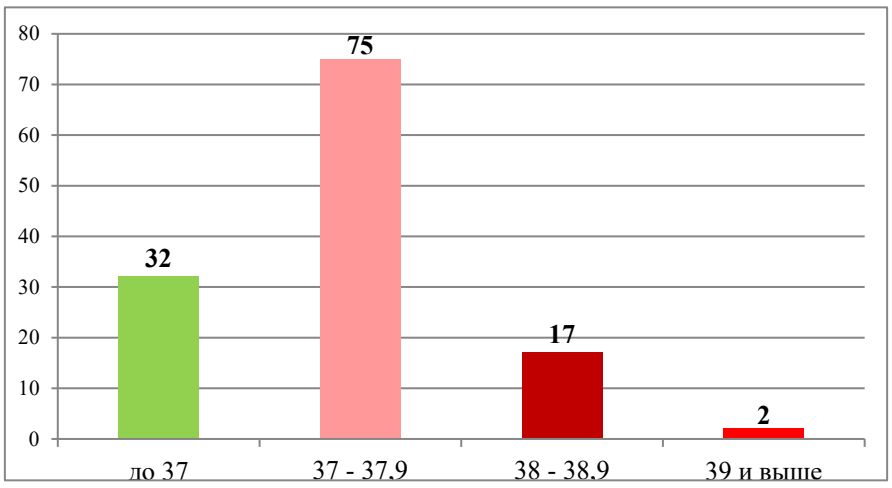

Рис. 2. Температурная реакция у больных острым аппендицитом (n=126)

Рвота отмечалась у 5 пациентов (4,0%), диарея - у 3 (2,4%).

Частота симптомов острого аппендицита и раздражения брюшины представлена в таблице 1. Симптом Волковича-Кохера был положительным в 93% случаев. Остальные аппендикулярные симптомы были сомнительными практически у трети больных.

Таблица 1. Симптомы острого аппендицита и раздражения брюшины (n=126)

Симптом	частота, n (%)		
	+	±	-
Волковича-Кохера	117 (93)	-	9 (7)
Ровзинга	84 (66,7)	38 (30,1)	4 (3,2)
Бартомье-Михельсона	76 (60,3)	46 (36,5)	4 (3,2)
Раздольского	74 (58,7)	30 (23,8)	22(17,5)
Ситковского	74 (58,7)	35 (27,8)	17(13,5)
Воскресенского	72 (57,1)	33 (26,2)	21(16,7)
Щеткина-Блюмберга	17 (13,5)	27 (21,4)	82(65,1)
Менделя	14 (11,1)	11 (8,7)	101(80,2)

+ положительный, ± сомнительный, - отрицательный

Средний уровень лейкоцитов крови составил 12,7±0,4*10^9/л. Лейкоцитоз 9-15*10^9/л. отмечался у 46% больных, 15-25*10^9/л – у 25,4%, более 25*10^9/л – у 1,6%. Нормальный уровень лейкоцитов крови имели 27%, в группе старше 60 лет – 53% больных.

Среднее время с момента появления первых симптомов до поступления в стационар составило 31,8±3,3 часа (от 3 часов до 13 дней). Распределение по длительности заболевания было следующим: до 6 часов – 14 (11,1%), 6-12 часов – 31 (24,6%), 12-24 часа – 32 (25,4%), 24-72 часа – 41 (32,5%), более 71 часа – 8 (6,4%).

Аппендэктомия не была проведена у 3 больных вследствие наличия плотного инфильтрата, в том числе, у одной пациентки 16 лет лечение было консервативным. Тактика оперативного лечения представлена в таблице 2.

В структуре методов лечения преобладали лапароскопические вмешательства – ЛАЭ и ЛАА (81,6% случаев).

Таблица 2. Тактика оперативного лечения при остром аппендиците (n=125)

Метод лечения	n (%)
Лапароскопическая аппендэктомия	57 (45,6)
Лапароскопически ассистированная аппендэктомия	45 (36,0)
Классическая аппендэктомия с доступом по Волковичу-Дьяконову	13 (10,4)
Средне-срединная лапаротомия, аппендэктомия	6 (4,8)

Нижне-срединная лапаротомия, аппендэктомия	2 (1,6)
Видеолапароскопия, дренирование брюшной полости	1 (0,8)
Лапаротомия с доступом по Волковичу-Дьяконову, дренирование брюшной полости	1 (0,8)

Зависимость тактики лечения от длительности заболевания отражена на рисунке 3. Открытые операции крайне редко выполнялись в первые сутки и преобладали при обращении спустя 72 часа от появления симптомов.

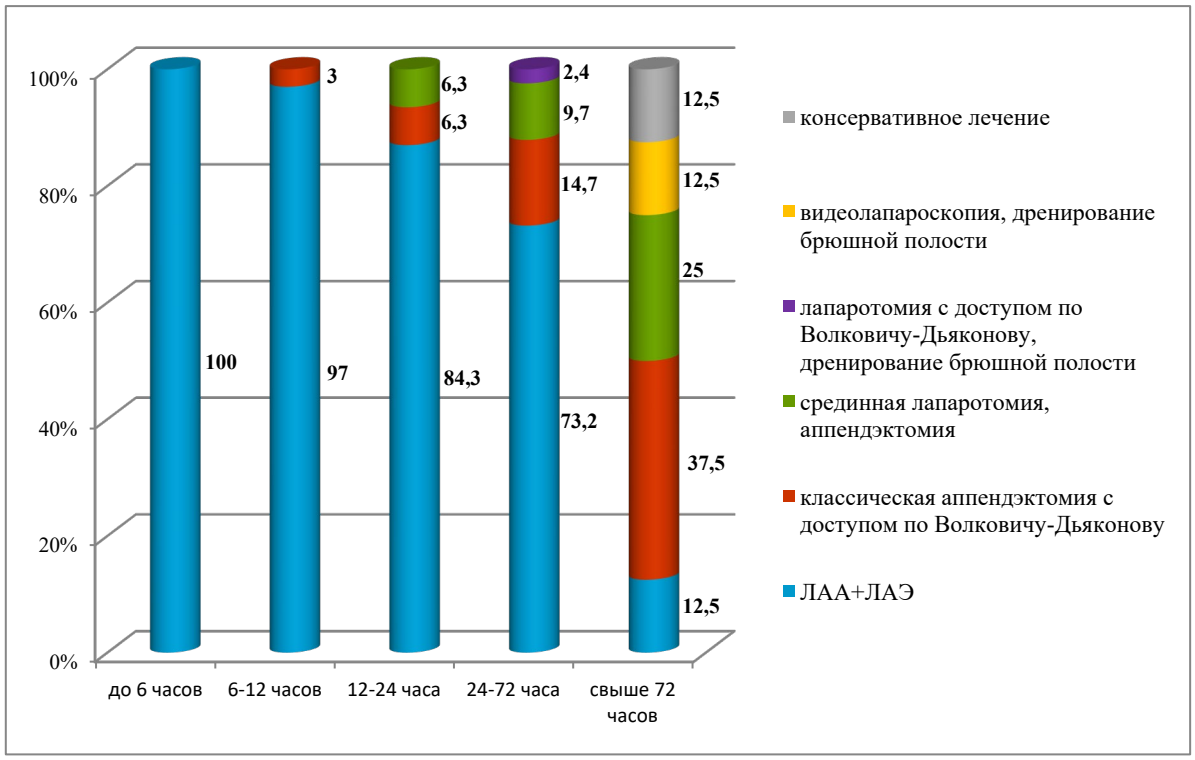

Рис. 3. Тактика лечения в зависимости от длительности заболевания

По результатам гистологического исследования, деструктивные формы острого аппендицита составили 81,3% случаев, в том числе, флегмонозная – 39,8%, флегмонозно-язвенная – 21,2%, флегмонозно-гангренозная и гангренозно-перфоративная – по 7,3%, гангренозная – 5,7%. Обострение хронического аппендицита было выявлено в 13% случаев, острый простой – в 4,9%, острый поверхностный аппендицит – в 0,8% случаев. Частота и тяжесть деструктивных форм возрастала с увеличением длительности болезни (рисунок 4).

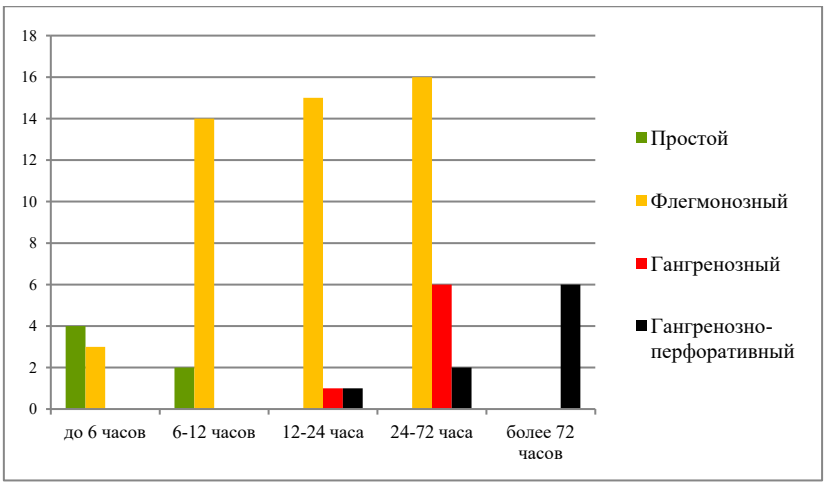

Рис. 4. Частота морфологических форм в зависимости от длительности заболевания

Осложненные формы острого аппендицита составили 27,8% (35 случаев), в том числе, перитонит – 17,5% (22), аппендикулярный инфильтрат - 15% (19), перфорация червеобразного отростка – 12% (15), периаппендикулярный абсцесс – 7,1% (9), тифлит – 5,6% (7), самоампутация отростка – 1,6% (2), межпетельные абсцессы, абсцесс Дугласова пространства и правого диафрагмального пространства - 0,8% (1). Частота аппендикулярного инфильтрата увеличивалась с возрастом: у пациентов 15-25 лет – 5,3% (1 случай), 25-40 лет – 21% (4), 40-60 лет – 26,3% (5), более 60 лет – 47,4% (9 случаев). При поступлении в первые 6 часов болезни случаев развития аппендикулярного инфильтрата не было, 6-12 часов – выявлен 1 случай (5,3%), 12-24 часа – 2 (10,5%), более 24 часов – 16 (84,2%). Среди всех случаев перитонита местный составил 45,5%, диффузный – 45,5%, разлитой – 9%. Послеоперационные осложнения были выявлены у 7 больных (5,6%), в том числе, у 4 после ЛАА+ЛАЭ (4% от лапароскопических вмешательств) и 3 после открытых аппендэктомий (13,6% лапаротомий).

Заключение. В структуре больных острым аппендицитом преобладали пациенты до 40 лет, лица до 25 лет составили 36,5%; достоверных гендерных различий по заболеваемости не выявлено. В большинстве случаев отмечались субфебрильная температура тела, отсутствие диспептических расстройств, положительный симптом Волковича-Кохера при более низкой частоте других аппендикулярных симптомов, умеренный лейкоцитоз, деструктивный

аппендицит, по результатам гистологического исследования, поздняя обращаемость больных за медицинской помощью. В 6% случаев была выявлена другая патология, в 1,5% случаев острый аппендицит диагностирован интраоперационно. Наиболее частыми методами оперативного лечения являлись лапароскопическая и лапароскопически ассистированная аппендэктомия (81,6% случаев). Частота лапароскопических вмешательств уменьшалась с увеличением длительности заболевания; открытые операции преобладали при поступлении спустя 72 часа от появления симптомов. Осложненные формы острого аппендицита составили 27,8% случаев; частота развития и тяжесть осложнений зависели от возраста больного и времени обращения за медицинской помощью.

Список литературы

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с.
2. Островерхов Г. Е. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / Г. Е. Островерхов, О. М., Бомаш, Д. Н. Лубоцкий. – М. : МИА, 2021. – 736 с.
3. Неотложная абдоминальная хирургия / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, А. В. Сажина. – М. : МИА, 2022. – 488 с.