

УДК 6126.346.2-089.57.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Понкратов П. А.

Красноярская Государственная медицинская академия

В статье проанализирован опыт лечения больных острым аппендицитом за последние 10 лет. Из 1073 поступивших в приемное отделение, 229 больных отправлены в другие отделения, у 730 диагноз подтвержден и выполнена операция аппендэктомия. Гистологическое исследование отростков показало, что у 353 (48,4%) больных отросток был флегмонозный, у 87 (11,9%) – гангренозный, в том числе у 15 (2%) – гангренозно-перфоративный, у 290 (39,7%) – катаральный. Большой процент катаральных форм автор связывает с гипердиагностикой. 24 (3,2%) больных был диагностирован разлитой перитонит. В комплексном лечении больных наряду с антибактериальными средствами, последнее время широко стали применяться современные методики (дренирование брюшной полости силиконовыми трубками д 0,5-1,0 см, назогастральное дренирование, гемосорбция, УФО крови, химическая детоксикация гипохлоритом натрия). ппендикулярный инфильтрат был диагностирован у 14 (1,9%) больных. Тактика при этом осложнении была традиционной. У 35 (4,79%) больных развились послеоперационные осложнения: нагноение подкожно-жировой основы у 19 (2,66%), инфильтраты послеоперационного шва – у 9 (1,2%), гематомы подкожной клетчатки – у 7 (0,9%), в том числе у 7 (0,9%) больных с нагноением подкожно-жировой основы, развились дополнительно послеоперационные пневмонии. а эти годы серьезных полостных послеоперационных осложнений не отмечалось, также не было послеоперационной летальности. улучшение результатов лечения автор связывает с повышением профессионального роста врачей, продуманной взвешенной хирургической тактикой. Также имеет значение и возраст больных. У 88% - он равнялся 18-22 годам. При поступлении больные были физически крепкими и тренированными (военнослужащие), что позволило им значительно лучше справиться в послеоперационном периоде даже с перитонитом.

Острый аппендицит до сего времени остается не стареющей проблемой и широко обсуждается среди хирургов. Данные литературы последних лет свидетельствуют о том, что, несмотря на последние достижения медицинской науки и практики послеоперационная летальность у больных острым аппендицитом практически стабилизировалась в последние годы на уровне 0,2-0,3% [1,3,5,7,8,21,22], а некоторые авторы пишут, что она находится в пределах 0,4 - 0,5% [1,18].

Аппендэктомия является самой распространенной операцией в хирургических отделениях и составляет 80% всеу оперативных вмешательств при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Высокая заболеваемость с временной утратой трудоспособности, частота

диагностических ошибок, характеризует это заболевание как весьма важнейшую и актуальную проблему, нуждающуюся в дальнейшем изучении и обсуждении [1,3,5,13,16].

Задачей настоящего сообщения явился анализ хирургической работы Красноярского гарнизонного госпиталя за последние десять лет. Оценка состояния оказания экстренной помощи больным острым аппендицитом, диагностики, выявления погрешностей, что будет способствовать их устранению и дальнейшему улучшению результатов хирургического лечения этой категории больных.

Анализ проведен у 730 больных оперированных по поводу острого аппендицита. Из них 80% (590) больных было в возрасте от 18 до 23

лет, 15,06% (110) - от 24 до 45, 4,1% (30) - старше 45 лет, 11 больных были женщины.

По нашим данным из всех направленных 1073 больных в стационар у 70 (6,5%) - диагноз острого аппендицита снят в приемном отделении и они не были госпитализированы. У 273 (23,8%) поступивших больных в хирургический стационар были диагностированы другие заболевания, в том числе 229 (21,3%) поступивших были переведены в терапевтическое отделение, 182 (16,9%) - с диагнозом гастрит, дуоденит. У 40 (3,85%) - была диагностирована долихосигма, у 47 (4,5%) - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 4 (0,3%) - посттравматический разрыв селезенки.

Таким образом, операция аппендэктомия была произведена у 730 (68%) больных направленных в хирургический стационар с диагнозом: острый аппендицит. По данным других авторов частота диагностических ошибок при остром аппендиците колеблется в пределах 15-48,5% [1,12]. Трудности диагностики нередко обусловлены атипичным расположением отростка. По нашим данным оно отмечалось у 91 (12,4%) больных. Ретроцекальное расположение отмечено у 71 (9,7%), подпеченочное - у 14 (1,9%), тазовое - у 6 (0,8%). Наши данные совпадают с литературными источниками [9,10].

Аппендэктомия наиболее часто выполнялась через косой разрез Волковича-Дьяконова, как наименее травматичного и динамичного разреза, удачного для перестройки в создавшихся неблагоприятных ситуациях.

Параректальный разрез Ленандера применялся исключительно редко. [4] Пересечение нервных стволов, иннервирующих прямую мышцу, неудобства для достаточного дренирования брюшной полости и др. отрицательные факторы, имеющиеся при этом разрезе, не позволяют его рекомендовать, при не осложненном аппендиците. При наличии перитонита этот разрез не дает возможности произвести в достоянной степени ревизию брюшной полости и адекватное ее дренирование, что нередко приводит к необходимости повторной операции.

Проведенное гистологическое исследование удаленных отростков показало: что у 353 (48,4%) больных отросток был флегмонозный, у 87 (11,9%) - гангренозный, в том числе у 15 (2%) - гангренозно-перфоративный, у 290 (39,7%) катаральный.

При разлитом гнойном перитоните, аппендикулярного происхождения, выполнялась сре-

динная лапаротомия с последующим удалением гнойного очага и адекватного дренирования брюшной полости. Считаем, необходимым отметить, что наиболее целесообразно проводить дренирование силиконовой трубкой диаметром от 0,5 до 1,0 см диаметром в течение 3-4 дней, затем после стихания воспалительного процесса она меняется на резиновые полоски, которые удаляются при клинической необходимости (отсутствии отделяемого). Такое дренирование имеет преимущество перед традиционными методами. Силиконовые трубки эластичны, не травмируют ткани и не спадаются, хорошо дренируют брюшную полость в первые дни послеоперационного периода, потому что служат хорошим проводником для экссудата, который попадает не на кожу, как при других видах дренирования, а в емкость.

Больных разлитым перитонитом было 24 (3,2%). Все они оперированы под эндотрахеальным наркозом. В последние годы мы широко стали применять интубацию кишечника, используя эластический перфорированный зонд, позволяющий значительно уменьшить интоксикацию и парез кишечника.

Для профилактики интеральной недостаточности кишечника, которая в дальнейшем служит, по мнению ряда авторов, пусковым моментом полиорганной недостаточности. Вместе с этим, через зонд, с момента появления перистальтики (2-3 сутки) больным проводилось интеральное зондовое питание (глюкозо-электролитные смеси) наряду с внутривенными инфузиями. Также зонд мы использовали для контрольной энтерографии с помощью жидкого контраста, если контраст проходил, то зонд убирался.

В послеоперационном периоде рациональная антибактериальная терапия сочеталась с внутривенным введением плазмозаменителей, электролитных смесей (дисоль, трисоль и др.), направленных на коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, белковые препараты. В последнее время очень широко стали применять гемосорбцию, УФО-крови, химическую детоксикацию гипохлоритом натрия. Гипохлорит вводился внутривенно до 1/10 ОЦК концентрации 1:570 или 1:300, который готовился из 0,9% физиологического раствора, в первом случае при напряжении 5 А в течение 5 мин, во втором - 3 А в течение 5 мин, приготовленного с помощью аппарата ЭДО-4, один раз в сутки, до исчезновения интоксикации.

После появления непрямой химической детоксикацию мы почти полностью отказались от гемосорбции, потому что она сопровождалась значительными повреждениями форменных элементов крови, выведением полезных ингредиентов из организма, наряду с токсическими веществами. Задачу, которая ставится перед гемосорбцией, можно успешно решить с помощью других методов и средств, с наименьшими издержками для организма, в частности с помощью гипохлорита натрия.

Общеизвестно, что осложнения развиваются в основном чаще у больных поступающих в поздние сроки и у больных пожилого и старческого возрастов.

При анализе наших клинических данных в последние годы прослеживается отчетливая тенденция увеличение количества больных, поступающих до 6 ч от начала заболевания с 5,4-6,2% в 1988-1994 гг. до 9,9-11,2% 1994-2000 гг. Одновременно уменьшилось количество больных поступающих в поздние сроки (через 24-48 ч) 1988-1994 гг. от 12% до 7,3% в 1994-2000 гг. Эти положительные сдвиги можно объяснить возросшей санитарной культурой военнослужащих, улучшением санитарно-просветительной работы, повышением профессиональной подготовки военных врачей, а также большим процентом (75) оперированных больных молодого возраста, которые при поступлении были физически крепкими и тренированными, что позволило значительно лучше справиться им в послеоперационном периоде даже с перитонитом, в сравнении с больными с такой же патологией в гражданских лечебных учреждениях.

Основным в лечении больных острым аппендицитом является своевременное квалифицированное выполнение операции. В сроки от 3 до 6 ч оперировано 6Я4 (93,4%) больных, до 12 ч - 5%, свыше 12 ч - 2,2%.

В основном все больные оперированы под местной анестезией (75%). При подозрении на перитонит больным проводился эндотрахеальный наркоз. В случаях технических трудностей, во время операции больной переводился с местной анестезии на эндотрахеальным наркоз.

Для профилактики послеоперационных осложнений при гангренозных формах аппендицита, травматичных операциях, мы накладывали первично-отсроченные швы на рану. Через 4-5 суток при отсутствии признаков нагноения, рана зашивалась наглухо.

У 35 (4,7%) больных развились послеоперационные осложнения в виде нагноений послеоперационного шва. Летальности послеоперационной в эти годы не было.

Улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом произошло за счет ряда факторов. Во-первых, в работе коллектива в последнее время сохраняется преемственность в оказании помощи этой категории больных. Во-вторых, большой поток больных для гарнизонного госпиталя, что позволило резко повысить профессиональный уровень, стабилизировать работу коллектива, благодаря продуманной, взвешенной лечебно-диагностической тактике.

Все больные, обратившиеся в госпиталь с неясными болями в животе госпитализируются в хирургическое отделение, где наблюдаются в случае сохранения болей в животе в течение 3-4 ч. За это время проводится клиническое обследование больного. Берется развернутый анализ крови и общий анализ мочи, лейкоцитоз повторяется каждый час, с измерением температуры. При подозрении на другую патологию выполняется рентгенологическое исследование, хромоцистоскопия, фиброгастроскопия, УЗИ. Для дифференциальной диагностики с печеночной патологией используется нитроглицерин под язык. В случае сохранения болей в животе, нарастания их, лейкоцитоза, через 3 часа выполняется аппендэктомия. Это позволило избежать серьезных диагностических ошибок. В тоже время отрицательной стороной данной тактики, как видно, из представленного клинического материала почти у 40% оперированных больных была катаральная форма воспаления, что можно расценивать как показатель гипердиагностики. Это требует дальнейшего совершенствования тактики и диагностики, дифференциальной диагностики, что позволит коллективу значительно снизить процент оперируемых больных с катаральным аппендицитом.

При отсутствии острой хирургической патологии больные выписывались из госпиталя или передавались в другие отделения через 3-7 суток.

В послеоперационном периоде в отношении применения антибиотиков мы придерживаемся строго индивидуальной тактики, при катаральном и флегмонозном аппендиците без выпота в брюшной полости антибиотики не назначаем. Если во время операции в брюшной полости определялся выпот у больного, он отправлялся на посев, в брюшную полость вводился микроирригатор и больному назначались антибиотики

внутримышечно и в микроирригатор. После определения чувствительности микрофлоры больному применяем антибиотики прицельного действия.

Считаем показанной тампонаду ложа аппендикулярного отростка, при неустойчивом гемостазе из ложа отростка, невозможности полностью удалить отросток, при наличии сформированного гнойника, забрюшинной флегмоны.

Аппендикулярный инфильтрат диагностирован у (14) 1,9 % больных госпитализированных по поводу острого аппендицита. По данным других авторов [6,9,15,18] частота этого осложнения составляет 1,3- 2,8%. К настоящему времени еще не решены окончательно вопросы хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате: одни авторы расценивают оперативное вмешательство при этом осложнении как ошибку, приводящую к развитию перитонита и образованию каловых свищей [18], другие считают возможным оперировать больных с рыхлым аппендикулярным инфильтратом [13]. Мы придерживаемся оправдавшей себя тактики: диагностированные плотные инфильтраты малоподвижные, без признаков абсцедирования мы лечим консервативно, при абсцедировании очага, предпринимаем оперативное вмешательство, объем содержания которого определяется в каждой конкретной ситуации. В случаях диагностических ошибок до операции при выявлении во время последней твердого аппендикулярного инфильтрата, то его отграничивали перчаточными марлевыми дренажами, подводили микроирригатор для антибиотиков, а если оказывался рыхлым, то его осторожно разделяли и производили аппендэктомию, хотя операция в этой ситуации далеко не простое вмешательство и оно должно выполняться опытным хирургом.

При твердом инфильтрате, даже при вскрытой брюшной полости, выделение червеобразного отростка считаем недопустимым, можно легко повредить инфильтрированную слепую кишку и петли тонкого кишечника, разрушить сформировавшийся защитный барьер, вызывать разлитый перитонит, кишечные свищи.

Всем больным аппендикулярным инфильтратом проводилась консервативная комплексная терапия (антибиотики, сульфамидные препараты, физиопроцедуры, щадящая диета). Если консервативная терапия оказывалась эффективной, то больные оперировались в холодном периоде через 3-5 месяцев.

Заслуживают внимания данные, касающиеся лечения больных пожилого возраста, доля которых по нашим данным составляет 4,5%.

По данным других авторов этот показатель варьирует в пределах 4,9- 8,6 % [5,10,17,19]. У пожилых больных, имелись сопутствующие заболевания, в экстренных ситуациях способствующие развитию сердечно-сосудистых, печеночных, легочных осложнений, нередко осложняющих течение послеоперационного периода. Процент после осложнения у них значительно выше, чем у молодых.

И в заключении, проведенный клинический анализ, показал, что своевременная диагностика, госпитализация, оперативное вмешательство, с применением современных методов интенсивной терапии (гемосорбция, УФО крови, лазеротерапия, назогастральное дренирование, электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия) при аппендикулярных перитонитах позволяли значительно уменьшить послеоперационные осложнения и летальность, улучшить результаты лечения больных острым аппендицитом.

Список литературы

1. Братусь В.Д., Федоров Е.А., Иоффе Я.Б., Пустовит С.С. // Клин. Хирургия-1985.-№ 4.-С. 1-5.
2. Гравура А.Я., Дрогань Д.А., Гапонов // Клин.хирург.-1985.-№4-С. 66-67.
3. Гилевич Ю.С., Кумачева В.Г., Щербина П.М., и др. // Хирург.- 1976-№3.-С. 16-20.
4. Гилевич Ю.С., Кумачева Г.В., Щербина П.М. и др. // Клин. Хирург.-1976-№3.-С. 14-18.
5. Данович Ф.М., Муштакова Т.В., Цуканова А.Г. // Клин. Хирург.-1980.-№3-С.4.
6. Ерюхин И.А., Уманчев А.А. / Вести. Хирург.-1982.-№ 7.-С.120-124.
7. Коралев Б.А., Корепанова И.В., Орлова Н.Е. // Осложнения в абдоминальной хирургии. - Горький, 1982.- С.4-9.
8. Кузин М.И. / Клин. Мед. - 1966. №10.-С.3-7.
9. Крилов Б.П., Дронина Р.А., Потехинский С.М. / Аппендицит.-Киев, 1966.-С.39-43.
10. Ковалев М.М., Дроздовский Т.М., Бзышко В.Ф. и др. / Аппендицит.-Киев 1966.- С.242-247.
11. Кудинский Ю.Г., Думбаров Д.А., Алексеев Л.Б. / Хирург.-1984.-№8- С.28-31.
12. Куликов Ю.А. / Вестн. Хирург. -1980.-№3.-С.126-128.

13 Лыткин М.И., Корякин А.М., Быков В.С. / Вестник хирургии-1976.-№8.-С. 28-34.

14. Матяшин И.М., Балайтис Ю.В./Клин.хирург.-1977.-№1.-С 1-8.

15. Огоновский О.В. / Клин. Хирург.-1985.-№4- С .29-31.

16. Погорелова Н.Я., Масюкова А.С., Костынина З.Г. / Аппендицит. -Киев.- 1966.-С 247-252..

17. Погорелова Н.Я./Аппендицит.-Киев.- 1966.-С. 150-154.

18. Родионов В.В., Прикурпец В.А., Моргучев В.М., Чагаев Н.В. / Хирург. 1976.-№8.-С.107-109.

19. Савицкий И.Я., Мороз Н.А./ Хирург.-1978.№3.-С66 -70. 20-Уханов А.П. / Хирург.-1989.-№ 2.-С. 17-21.

21. Чикин С.Я., Савельев В.С. / Хирург. 1968. №6.- С.21-14.

22. Юхтин В.В., Хоторянский И.Н. /Хирург.- ! 981.-№7.-С.38-42.

Ways of improvement of results of treatment of patients sharp аппендицитом young age

P.A. Ponkratov

Under supervision of the author there were 1073 patients, at 730 - the diagnosis is confirmed also they, the operative peritonitis is diagnosed for 24 patients, at 14-infiltrate. Complications after operation developed at 4,7 % of patients. Lethality and serious intrastrip postoperative complications it was not marked. The author connects improvement of results with thought over surgical tactics, increase of vocational training of doctors, also young age of patients.