

П.Г. Чусовитина, О.С. Покусаева, А.П. Пеньков
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В УСЛОВИЯХ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ «АРАМИЛЬСКОЙ ГОРОДСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ»

Кафедра факультетской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

P.G. Chusovitina, O.S. Pocusaeva, A.P. Penkov
THE RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS

Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: Chusovitina.polina@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы, касающиеся лечения острого аппендицита в условиях хирургического отделения, не располагающего возможностями для проведения лапароскопического вмешательства.

Annotation. The article deals with issues relating to the treatment of acute appendicitis in a surgical department, which don't have the capacity to carry out laparoscopic surgery.

Ключевые слова: острый аппендицит, традиционный доступ.

Keywords: acute appendicitis, traditional access

Острый аппендицит – наиболее распространенное острое заболевание органов брюшной полости, занимающее 20% от всей хирургической патологии, до сих пор является одним из частых показаний к неотложной хирургической интервенции [2]

В настоящее время, использование современных технологий благоприятно отразилось на результатах хирургического лечения больных с острым аппендицитом, в том числе получили признание малоинвазивные методы лечения острого аппендицита. Появление новых методов диагностики способствует раннему выявлению острого аппендицита в стационаре, а лапароскопия и её возможности в лечении острого аппендицита улучшают результаты лечения осложнённого течения заболевания. [1]

Также, некоторые авторы небезосновательно отмечают, что во многих районных и участковых больницах РФ до сегодняшнего дня основой диагностики являются физикальные методы обследования, умноженные на врачебный опыт. [3]

Цель исследования - изучить результаты лечения острого аппендицита в условиях хирургического отделения «Арамильской городской больницы».

Материалы и методы исследования

Обобщен опыт лечения 70 больных с острым аппендицитом (ОА) с мая 2015 по февраль 2016 года на базе хирургического отделения ГБУЗ СО «Арамильской городской больницы» Свердловской обл. Сысертского р-на г. Арамиля.

За 10 месяцев было выявлено 70 пациентов с ОА, при этом соотношение мужчин и женщин составило 1:1 (35 мужчин и 35 женщин). При этом, среди больных с катаральным и гангренозным аппендицитом достоверно преобладали женщины (83% и 75% соответственно). Среди больных с флегмонозным аппендицитом женщин было всего 43%, а преобладали пациенты мужского пола (57%)

Среди всех больных преобладали пациенты молодого и зрелого возраста (65 больных- 92,9%), пожилых и старых было в 13 раз меньше (5 больных- 7,1%). До 20 лет- 13 человек (18,6%), 21-30 лет- 27 человек (38,6%), 31-40 лет- 15 человек (21,4%), 41-50 лет- 5 человек (7,1%), 51-60 лет- 5 человек (7,1%), 61-70 лет- 4 человек (5,8%) и старше 71 года- 1 человек (1,4%). Таким образом, заболевают люди наиболее работоспособного возраста.

Средний возраст пациентов с катаральной и флегмонозной формой ОА составил 26 и 30,7 лет соответственно, при гангренозной форме ОА возраст был достоверно выше (43 года). Тем самым, выявлена зависимость между возрастом пациента и степенью деструкции аппендикита.

Статистическую обработку данных проводили с использованием среднего значения и критерия Стьюдента в программе MicrosoftExcel.

Результаты исследования и их обсуждение

Основными методами диагностики ОА в «АГБ» являются: сбор жалоб и анамнеза, осмотр, пальпация и перкуссия живота, общий анализ крови, общий анализ мочи.

При обследовании больные жаловались на определённые жалобы: Боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при хождении (выявлялся в 100% случаев); боли около пупка(встречались одинаково редко); боли вверху живота (встречались одинаково редко); жалобы на слабость; слабость (в 2 раза чаще при гангренозной форме); тошнота(в 3 раза чаще при гангренозной и флегмонозной форме); рвота (намного чаще при гангренозной форме, при катаральной форме не выявлено).

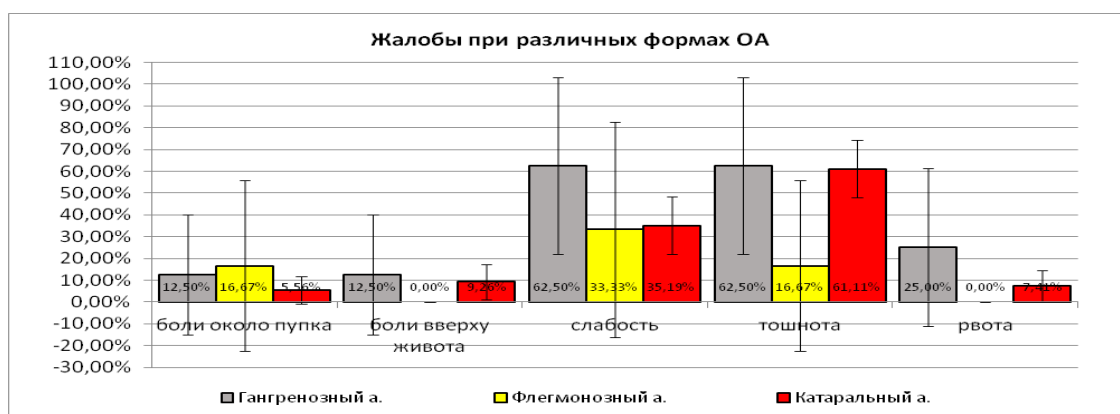


Рис. 1 Жалобы при различных формах ОА

В ходе анализа полученных данных было выявлено, что жалобы на слабость, тошноту и рвоту, характерны при более деструктивных формах ОА.

При обследовании выявляли следующие симптомы (Рис.2).

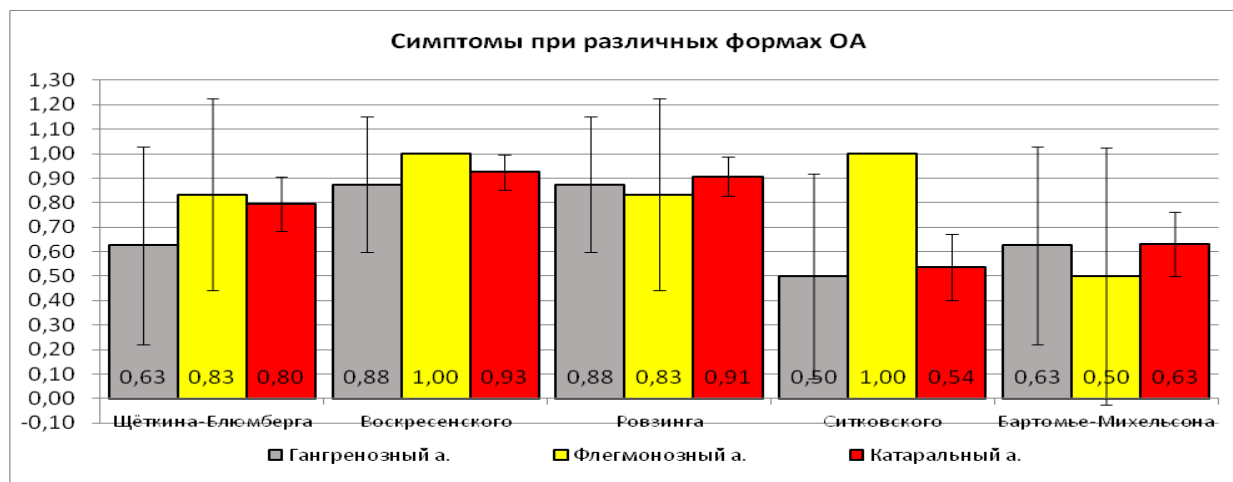


Рис. 2 Симптомы при различных формах ОА

При анализе выявленных симптомов были получены следующие результаты: Частота выявления симптомов Щёткина-Блумберга, Воскресенского, Ровзинга и Бартомье-Михельсона не зависела от степени деструкции аппендицита. Симптом Ситковского, напротив, зависел от степени деструкции аппендицита, при катаральной форме аппендицита симптом Ситковского встречался в 100% клинических случаев, тогда как при флегмонозной форме всего лишь в 54% случаев, а при гангренозной лишь в 50% случаев. Также, при анализе полученных данных, не сразу при поступлении в стационар были выявлены симптомы острого аппендицита при катаральной форме - у 33% пациентов, флегмонозной- 19%, гангренозной-25%. Данным пациентам аппендэктомия была сделана только через 10-18 часов, только после того как стали чётко выявляться симптомы острого аппендицита. При этом, такой метод диагностики как лапароскопия, использовалась очень редко (лишь у 2 больных из 70, т.е. у 2,9%).

Аппендэктомию проводили в 98,6% через традиционный доступ Волковича-Дьяконова (у 1 пациента (1,4%) с ОА и острым диффузным перитонитом после доступа Волковича-Дьяконова было решено перейти на срединный доступ), так как в хирургическом отделении «Арамилской городской больницы» отсутствует необходимая аппаратура и необходимый набор инструментов для проведения лапароскопической аппендэктомии.

Из общего числа больных было прооперировано 70 пациентов (100%), прооперированных через разрез Волковича-Дьяконова- 69 пациентов (98,6%), у 1 пациента (1,4%) с ОА и острым диффузным перитонитом после доступа Волковича-Дьяконова было решено перейти на срединный доступ.

Все операции были проведены по срочным показаниям. У 1 пациента

(1,43%) имел место периаппендикулярный абсцесс, который был дренирован с помощью сигарообразного тампона, установленного в полости периаппендикулярного абсцесса. У 5 пациентов (7,1%) было выявлено наличие аппендикулярного инфильтрата. Процент осложнений в виде аппендикулярного инфильтрата достоверно выше при гангренозной форме аппендицита и выявлялся больше чем в половине клинических случаев. При катаральном аппендиците аппендикулярных инфильтратов выявлено не было. Летальных исходов при лечении воспалительных инфильтратов не было.

Из 70 оперированных больных до 12 часов от начала заболевания оперированы только 22,9% пациентов (16), от 12 до 24 часов- 28,6% пациентов (20), а 48,5% пациентов (34) были оперированы позже суток от начала заболевания. Следует отметить, что больше половины пациентов пожилого и старческого возраста были оперированы после суток от начала заболевания в связи с поздним поступлением в стационар и в связи с трудностями диагностики.

Между временем, прошедшим от возникновения заболевания до госпитализации, и степенью деструкции а. была выявлена взаимосвязь. При гангренозной форме а. время от начала заболевания до госпитализации было максимальным- 22,38 часа. Между катаральной и флегмонозной формой а. различия во времени были не достоверны (19,17 и 17,8 часов соответственно).

Трудности при выполнении аппендэктомии достоверно чаще встречались у пациентов с гангр а. (в 38% случаев), при фл а. в 19% операций. При проведении аппендэктомии пациентам с катар а. трудностей во время операций не возникало.

Диагноз острого катарального аппендицита был установлен у 9 пациентов, что составило 12,9%. Из них у 2 пациентов (2,6%) в ходе операции был выявлен вторичный катаральный аппендицит и признана диагностическая ошибка. Флегмонозные изменения при гистологическом исследовании в червеобразном отростке были обнаружены у подавляющего количества пациентов (52 больных- 74,3%). Гангренозный аппендицит после гистологического исследования установили у 8 (11,4%) больных. Аппендицит с перфорацией червеобразного отростка после гистологического исследования был выявлен у 1 пациента (1,4%), при этом перфорация червеобразного отростка сопровождалась клиническими проявлениями местного отграниченного серозного перитонита (рыхлого инфильтрата). С явлениями острого диффузного перитонита был выявлен 1 пациент (1,4%).

Среднее время между госпитализацией пациента с острым катаральным аппендицитом и операцией (аппендэктомией) составило 3 часа 27 минут, с флегмонозным аппендицитом- 5 часов 21 минута, с гангренозным аппендицитом- 3 часа 20 минут. Из всех пациентов, госпитализированных с диагнозом острого аппендицита в первые 2 часа после госпитализации было прооперировано только 30 человек (42,9%); 26 человек (37,1%) было прооперировано в первые 6 часов после госпитализации; остальные, 14 человек

(20%), были прооперированы позже, чем через 6 часов после госпитализации. Диагностическая лапароскопия была проведена только у 2 пациентов (2,9%), и то позже, чем через 6 часов после госпитализации.

При проведении аппендэктомии использовалось два вида анестезии: эндотрахеальный наркоз (ЭТН) и спинномозговая анестезия (СМА). Операций под местной анестезией по А.В. Вишневскому за данный период времени проведено не было. Все 100% пациентов с катар а. были прооперированы под СМА. Также под СМА было прооперировано 46% пациентов с фл а. и 37% пациентов с гангр а. Остальные пациенты были прооперированы под ЭТН. Летальных исходов за период с мая 2015 по февраль 2016 года выявлено не было.

Выводы:

1. Персонал хирургического отделения «Арамельской городской больницы» не обладая современными методами диагностики и лечения острого аппендицита успешно лечит больных с острым аппендицитом.

2. С мая 2015 по февраль 2016 года не было зафиксировано ни одного летального исхода, а количество послеоперационных осложнений было минимальным.

3. Полученные результаты могут доказывать, что отсутствие современных методов диагностики и лечения ОА, но наличие высокого профессионализма, ответственности и других качеств медицинского персонала в значительной степени влияют на процесс выздоровления больных с острым аппендицитом.

Литература:

1. Будинский А.Н. Клиническая оценка современных методов лечения острого аппендицита / к.м.н. диссертация// Омск, 2008, с. 4

2. Дронина Н.Г. Объективизация диагностики острого аппендицита/ ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минзд// Саратов, 2011, с. 2

3. Пугаев А.В. Аппендицит /А.В. Пугаев, Е.Е Ачкасов // М.: Триада-Х, 2011, с. 8-9

УДК 616.352-007.253.053

С.У. Шавкиев, Н.М. Бабажанов, А.Н. Бобомуродов
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТОВ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра детской хирургии
2 клиника СамМИ
Самарканд, Узбекистан

S.U.Shawkiyev, N.M. Babadjanov, A.N.Bobomurodov
TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE ABSCESS IN CHILDREN
EARLY AGE