
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616. 346. 2-002. 1-089-07. 152: 616. 381-072.1

ОТКАЗ ОТ СРОЧНОЙ АППЕНДЕКТОМИИ НА ОСНОВАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ (непосредственные и отдаленные результаты)

А. В. Быков, А. Ю. Орешкин, О. Г. Лищук, А. С. Саидшях

Кафедра хирургических болезней с проктологией ФУВ

В статье обобщен 10-летний клинический опыт применения диагностической лапароскопии при остром аппендиците.

Ключевые слова: острый аппендицит, диагностическая лапароскопия.

REFUSAL FROM URGENT APPENDECTOMY BASED ON DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY (IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS)

A. V. Bykov, A. Y. Oreshkin, O. G. Lyshchuk, A. S. Saidshach

The paper presents the results of 10-year application of diagnostic laparoscopy in acute appendicitis.

Key words: acute appendicitis, diagnostic laparoscopy.

В проблеме диагностики и лечения острого аппендицита (ОА) до сих пор существуют нерешенные вопросы. Среди них можно выделить:

- значительное число диагностических ошибок (до 15—25 %) [1—6];
- не меняющаяся в течение многих десятилетий летальность — 0,3—0,5 % [2—6];
- чрезвычайно высокая доля (около 30 %) аппендектомий при так называемом «простом» аппендиците, когда удаляется практически неизменный червеобразный отросток [1—7];
- с достаточно высокой частотой (10—15 %), причиной острой спаечной кишечной непроходимости являются сращения после аппендектомии [4].

Наиболее высокоинформативным доступным методом, позволяющим разрешить диагностические сомнения при остром аппендиците, является лапароскопия (ЛС). Целесообразность ее применения в трудных случаях диагностики признается абсолютным большинством авторов [1—8]. Однако широкое, рутинное применение ЛС для диагностики острого аппендицита в хирургической практике еще далеко от реализации [1, 4].

В нашей работе мы подвергли оценке свой опыт организации и проведения ЛС в диагностике острого аппендицита, а также правомочность отказа от срочной аппендектомии после лапароскопического обследования больного.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Получить новые данные о ближайших и отдаленных результатах отказа от срочной аппендектомии после ЛС.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положены клинические наблюдения и анализ результатов лечения 2110 пациентов, оперированных в хирургической клинике факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета, базирующейся в МУЗ КБСМП № 15 по поводу ОА с 1996 по 2005 годы. Всего за указанный период в клинику с подозрением на ОА было госпитализировано 4303 пациента. В 2193 наблюдениях ОА был исключен на основании клинических данных. В 585 наблюдениях (13,6 %) при нечеткой клинической картине ОА выполнена срочная диагностическая ЛС (см. рис.).

Согласно задачам исследования, из общего числа перенесших диагностическую ЛС по поводу предполагаемого ОА, была выделена группа в 275 пациентов (47 %), у которых при лапароскопии каких-либо воспалительных изменений червеобразного отростка не выявлено, что послужило основанием отказа от срочной аппендектомии (1-я группа). Женщины составили абсолютное большинство, 213 человек (77,5 %). Средний возраст пациентов 1-й группы колебался от 14 до 89 лет.

Срочная диагностическая ЛС производилась в клинике в любое время суток лечащими врачами-хирургами либо силами дежурной бригады хирургов. При выполнении диагностической ЛС по поводу предполагаемого ОА в 91 % наблюдений использована местная анестезия. В большинстве наблюдений (98 %) ЛС проводилась без видеоподдержки.

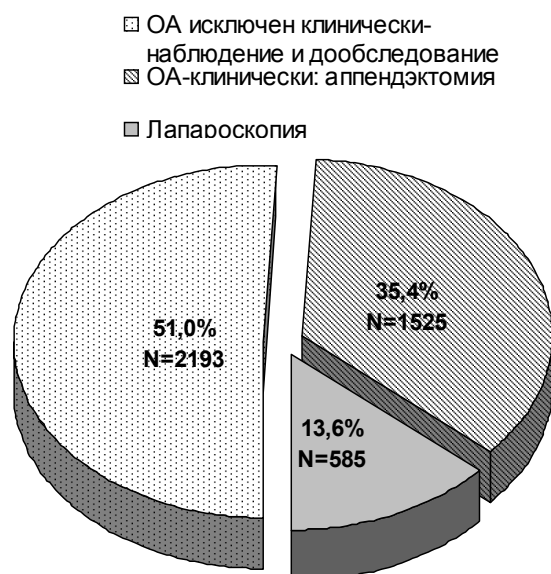


Рис 1. Распределение больных по типу хирургической тактики

Критериями отказа от срочной аппендэктомии являлись: отчетливая полная визуализация червеобразного отростка; отсутствие явных признаков гнойно-деструктивного воспаления; отсутствие ригидности червеобразного отростка при наличии явлений катарального воспаления со стороны его серозной оболочки; наличие отчетливой патологии (воспалительные заболевания гениталий, мезаденит) как вероятной причины вторичных воспалительных изменений червеобразного отростка [5].

Изучение отдаленных результатов проведено путем анкетирования и осмотра 186 пациентов (67,6 %), которых удалось найти по месту жительства и месту работы (2-я группа). Среди них было 124 женщины и 62 мужчины. Сроки наблюдения составили от 2 до 10 лет, в среднем $6 \pm 2,5$ года. Проведено изучение амбулаторных карт и результатов лечения этих больных (извлечение и изучение медицинской документации из архивов) в различных стационарах города.

Нас интересовали следующие вопросы: наличие или отсутствие рецидивов болей в животе; результаты последующего обследования и лечения, особенно хирургического; факты повторной госпитализации с подозрением на острый аппендицит и результаты этих госпитализаций; морфологические результаты аппендэктомий, если были таковые.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По итогам 310 аппендэктомий, выполненных после ЛС, диагноз катарального аппендицита установлен у 37 (11,9 %) пациентов; флегмонозный аппендицит — у 189 (60,9 %); гангренозный — у 78 пациентов (13,3 % соответственно); в 8 наблюдениях (2,6 %) выявлен аппендикулярный инфильтрат. Основной причиной аппендэктомий при малоизмененном червеобразном отростке явились трудности его полной визу-

ализации в процессе ЛС при атипичном ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении. Показательно, что у пациентов, оперированных без предварительной ЛС, доля «катарального аппендицита» составила почти 20 %.

Анализ результатов ЛС у мужчин и женщин в различных возрастных группах показал наибольшую частоту «отрицательных» результатов у женщин — 54,9 %, в то время как у мужчин она составила 31,5 %.

В изучаемой группе из 275 пациентов после исключения ОА значительная часть была выписана из хирургического отделения с диагнозом «функциональное расстройство кишечника» (см. табл.). Следует отметить, что у 37 % пациенток с предварительно отвергнутым гинекологическим диагнозом ЛС выявила патологию гениталий.

Таблица

Характер установленной патологии после исключенного по результатам лапароскопии ОА

Характер патологии	Количество чел. (в %)
Функциональное расстройство кишечника	75 (27,3%)
Б-нь Крона	3 (1,1%)
Острый мезаденит	16 (5,8%)
Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки	2 (0,7%)
Острый панкреатит	11 (4%)
Острый холецистит	6 (2,2%)
Патология женских половых органов (в т.ч.)	132 (48%;62%*)
воспаление	117 (42,5%;54,9%*)
кровотечение	15 (5,5%;7,1%*)
Патология мочевыводящих путей	3 (1,1%)
Прочие	27 (9,8%)
Всего	275(100%)

* — по отношению к числу женщин (213).

17 женщин (7,98 %) были оперированы в срочном порядке по поводу гинекологической патологии. Четверо пациенток были оперированы срочно с хирургической патологией: 2 по поводу тупой травмы живота, получение которой они скрыли при расспросе; 1 с терминальным илеитом, осложненным местным перитонитом; 1 с острым обтурационным холециститом (открытая холецистэктомия).

У мужчин в 2 наблюдениях выявлена перфоративная язва 12-перстной кишки (ушивание), в 1-м наблюдении обтурационный холецистит (холецистэктомия), в 1-м наблюдении некроз жирового подвеса сигмовидной кишки (резекция подвеса). Таким образом, у 26 (9,5 %) пациентов была выявлена патология, послужившая показанием к соответствующему оперативному вмешательству.

Большинство пациентов — 145 (52,7 %) — были выписаны из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии. В 130 случаях потребовался перевод в другие отделения. Наибольшее число пациенток — 125 (58,7 % от числа женщин) были переведены в

гинекологическое отделение; 2 больных переведены в урологическое отделение; 3 в инфекционную больницу.

У пациентов, которым после лапароскопии ОА был исключен, и не потребовалось других оперативных вмешательств, осложнений, связанных с проведением ЛС, не отмечалось. Во всех наблюдениях в послеоперационном периоде не требовалось назначение наркотических анальгетиков, пациенты были активизированы в первые сутки, не отмечалось послеоперационного пареза кишечника, нарушений мочеиспускания. Длительность пребывания в стационаре после диагностической ЛС колебалась в широких пределах, от 2 до 14 дней, что обусловлено, в основном, либо оперативным вмешательством по поводу иной патологии либо необходимостью дополнительного обследования для уточнения причины болевого синдрома.

Изучение отдаленных результатов у 186 пациентов показало, что у большинства из них (118 человек — 63,5 %) вновь появлялись боли в животе.

Среди мужчин 11 человек (17,7 % к общему числу мужчин) в различные отдаленные сроки — от 3 до 8 лет — вновь госпитализировались в различные хирургические стационары с подозрением на ОА. Троем из них (4,8 %) была выполнена аппендэктомия без предварительной ЛС и только в одном наблюдении (1,6 %) отмечен подтвержденный результатами морфологического исследования «острый флегмонозный аппендицит». У двух же остальных при операционном диагнозе «катарального аппендицита» гистологически определен «поверхностный аппендицит» и «склероз червеобразного отростка». У 8 пациентов диагноз острого аппендицита был исключен клинически: трое больных выписаны из стационара с диагнозом «функциональное расстройство кишечника», у 5 после выполненной ЭГДС диагностированы язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (3 пациента) и гастродуоденит (2 пациента).

Трое мужчин (в возрасте старше 40 лет) госпитализировались в хирургическое отделение с острым калькулезным холециститом.

Из 118 женщин с повторными приступами болей в животе 9 были повторно госпитализированы в хирургическое отделение с подозрением на ОА. Четверым (3,2 %) была выполнена аппендэктомия — в 2 наблюдениях (1,6 %) диагностирован морфологически подтвержденный острый флегмонозный аппендицит, в 2 наблюдениях клинически катаральный аппендицит, в одном наблюдении — «поверхностный аппендицит», в одном случае данные результаты морфологического исследования удаленного отростка выяснить не удалось. В 2 наблюдениях после исключения ОА на УЗИ верифицированы конкременты в желчном пузыре, и пациенткам в последующем выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В 3 случаях в результате наблюдения установлена гинекологическая патология, и больные продолжили лечение в профильном отделении.

Пятеро пациенток госпитализированы в хирургические стационары с острым калькулезным холециститом, и всем выполнена холецистэктомия. Четыре пациентки в изучаемый период госпитализировались в урологическое отделение: одна с мочекаменной болезнью и левосторонней почечной коликой, трое с острым пиелонефритом. Все пациентки выписаны без операций. У трех женщин в отдаленном периоде при амбулаторном гастроскопическом обследовании диагностирован гастродуоденит.

Таким образом, повторной госпитализации с подозрением на острый аппендицит были подвергнуты 20 пациентов (10,7 %), а аппендэктомия выполнена по поводу деструктивного аппендицита лишь в 3 наблюдениях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая диагностика позволяет выявить надежные критерии отказа от срочной аппендэктомии, что значительно сокращает число оперативных вмешательств при так называемом «простом» аппендиците.

В ближайшие сроки наблюдения после выполнения лапароскопической диагностики в большинстве случаев удалось выявить причину абдоминальных болей и выбрать последующую тактику лечения. Осложнений после ЛС не отмечалось.

Изучение отдаленных результатов отказа от срочной аппендэктомии после лапароскопического обследования больного, свидетельствует о правомочности и эффективности подобной тактики.

Большинству пациентов после лапароскопического исключения ОА требуется диспансерное наблюдения гинеколога и гастроэнтеролога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараев Т. М. Острый аппендицит. Актуальные проблемы диагностики и лечения. — Одесса: Одес. гос. мед. ун-т, 1998. — 136 с.
2. Гринберг А. А., Михайлузов С. В., Тронин Р. Ю. и др. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. — М.: Изд-во «Триада-Х», 1998. — 128 с.
3. Кочнев О. С., Ким И. А. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. — Казань: изд-во Казанского университета, 1988. — 151 с.
4. Кригер А. Г., Федоров А. В., Воскресенский П. К. и др. Острый аппендицит. — М.: Медпрактика, 2002. — 244 с.
5. Седов В. М. Аппендицит. — СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. — 232 с.
6. Ротков И. Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 208 с.
7. Шайн Моше. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. — М.: Гэотар-мед, 2003. — 272 с.
8. Perri S. G., Altilla F., et al. // Laparoscopy in abdominal emergencies. Indications and limitations. Chir. Ital. — 2002. — Vol. 54, № 2. — P. 165—178.