

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА

В. И. ДЕМЧЕНКО¹, М. В. КУКОШ¹, Д. Л. КОЛЕСНИКОВ¹, Л. С. ЗОЛОТНИЦКАЯ²

¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Нижний Новгород

²ГБУЗНО ГКБ№7 им. Е.Л. Березова, Нижний Новгород

Сведения об авторах:

Кукош Михаил Валентинович – профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, д.м.н.
Демченко Виталий Иванович – ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, к.м.н.;
 e-mail: vita.dem64@yandex.ru.

Колесников Дмитрий Леонидович – ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, к.м.н.

Золотницкая Людмила Сергеевна – врач-хирург хирургического отделения ГБУЗНО ГКБ№ 7 им. Е. Л. Березова

Проанализированы результаты лечения 623 пациентов с острым аппендицитом, поступивших в клинику факультетской хирургии на базе «Городской клинической больницы № 7 им. Е.Л. Березова» г. Нижний Новгород в период с 2010 по 2015 годы.

В зависимости от операционного доступа, больные были разделены на две группы: первая – с доступом Волковича-Дьяконова (период с 2010–2012 гг.), вторая – с лапароскопическим доступом (период с 2013–2015 гг.).

Оценку результатов лечения проводили по наличию осложнений и количеству койко-дней, проведенных в стационаре.

Установлено, что применение лапароскопии в лечении аппендицита позволяет верифицировать диагноз и исключить необоснованную аппендэктомию, сократить с 10,2 до 6,2 средний койко-день пациентов в стационаре, в том числе у больных с осложнениями – с 15,7 до 14,0.

Ключевые слова: аппендицит, доступ Волковича-Дьяконова, лапароскопия, осложнения.

Введение

Острый аппендицит является одним из самых распространенных заболеваний в экстренной хирургии.

Классическая клиническая картина острого аппендицита не вызывает сложностей в постановке диагноза. Однако, большое разнообразие клинических масок, под которыми может протекать заболевание, нередко вызывает затруднения в диагностике, что приводит к значительному количеству диагностических ошибок – 15–25% [1, 2].

Одним из наиболее эффективных методов диагностики острого аппендицита сегодня является видеолапароскопия [3], которая может быть как диагностической, так и этапом выполнения аппендэктомии (лапароскопическая аппендэктомия становится «золотым стандартом» хирургии).

Послеоперационные осложнения после аппендэктомии варьируют от 5 до 9%, а летальность при данной патологии составляет 0,1–0,3% [4, 5]. Несмотря на внедрение лапароскопических методик число послеоперационных осложнений не уменьшается.

Цель

Провести анализ осложнений после аппендэктомии в зависимости от операционного доступа.

Материал и методы

С 2013 года в клинике факультетской хирургии Нижегородской медицинской академии активно стал внедряться ме-

тод лапароскопии в лечении заболеваний брюшной полости, в том числе и аппендицита. Сложным в диагностическом плане пациентам выполняется лапароскопия, которая в случае выявления деструктивного аппендицита становилась этапом аппендэктомии.

Мы проанализировали результаты лечения 623 пациентов с острым аппендицитом, поступивших в клинику факультетской хирургии на базе «Городской клинической больницы №7 им. Е.Л. Березова» г. Нижний Новгород в период с 2010 по 2015 гг. Из них мужчин было 332 (53,3%), женщин – 291 (46,7%). До 60 лет пациентов было 571 (91,6%), старше 60 лет – 52 (8,4%).

Пациенты, в зависимости от операционного доступа, разделены на две группы: первая – с доступом Волковича-Дьяконова (период с 2010–2012 гг.), вторая – с лапароскопическим доступом (период с 2013–2015 гг.).

Из исследования исключены больные с аппендикулярным инфильтратом, распространенным фибринозно-гнойным перитонитом.

Оценку результатов лечения проводили по наличию осложнений и количеству койко-дней, проведенных в стационаре.

Статистическую обработку проводили с помощью специализированных пакетов прикладных лицензионных программ – SPSS 13.0 и Statistica 10.0. Для сравнения количественных признаков использовались t-тест Стьюдента для независимых выборок; качественных признаков – критерий χ^2 Пирсона и точный тест Фишера; для сравнения малых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни.

Таблица 1

Характеристика пациентов, включенных в исследование

Показатели	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)	Р
Мужчины/женщины (%)	52,2/47,8	56,7/43,3	0,4
Средний возраст, лет (M±σ)	32,8±14,6	33,7±15,8	0,5

Таблица 2

Время с момента заболевания до госпитализации

Сроки обращения от начала заболевания	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)	Р
До 24 часов	209 (73,3%)	227 (77,5%)	0,27
Свыше 24 часов	121 (36,7%)	66 (22,5%)	

Для определения достоверности различий в сравниваемых группах пациентов проводили расчет коэффициента достоверности (р), достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Сравниваемые группы сопоставимы по основным показателям. Возрастно-половой состав изучаемых групп не имел статистически значимых различий.

Время с момента заболевания до госпитализации в сравниваемых группах так же достоверно не отличалось, хотя и имеется тенденция к снижению поздней госпитализации: позже 24 часов в первой группе было 121 (36,7%) больных, во второй группе – 66 (22,5%).

На основании сравнительного анализа двух групп пациентов проведена оценка эффективности использования в лечении острого аппендицита лапароскопического доступа.

Результаты

Тактика по отношению к сложным в диагностическом плане пациентам стала активнее, на смену повторным осмотрам в динамике пришла диагностическая лапароскопия. Отмечается тенденция к сокращению времени от момента госпитализации до оперативного вмешательства: позже 6 часов в первой группе оперировано 22% больных, во второй – 7,2%.

За период 2010-2012 гг. (1 группа) типичная аппендэктомия с доступом Волковича-Дьяконова была выполнена у 330 человек, из них при поверхностном аппендиците – у 29, флегмонозном – 201, гангренозном – 49, перфоративном – 51.

За период 2013-2015 гг. (2 группа) лапароскопическая аппендэктомия была выполнена у 293 пациентов, из них при флегмонозном аппендиците – 252, гангренозном – 17, перфоративном – 24, при поверхностном аппендиците червеобразный отросток не удалялся.

Осложнений в первой группе было 15 (4,5%), из них раневых – 13, внутрибрюшных – 2. Среди осложнений встречались инфильтрат и гематома послеоперационной раны – 9, нагноение раны – 4, кровотечение из брыжейки отростка – 1, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1. Таким образом, в

структуре послеоперационных осложнений после традиционных аппендэктомий преобладают раневые осложнения.

Пациентам с подозрением на внутрибрюшное осложнение в экстренном порядке выполнялось ультразвуковое исследование, после чего решался вопрос о тактике лечения. При кровотечении из брыжейки отростка выполнена релапаротомия путем снятия швов с послеоперационной раны и остановка кровотечения, при спаечной кишечной непроходимости – нижнесрединная лапаротомия, рассечение спаек.

Осложнений во второй группе было 8 (2,7%), все они были внутрибрюшные. Среди осложнений встречались: кровотечение из брыжейки отростка – 1, инфильтрат брюшной полости – 3, абсцесс брюшной полости – 4. Таким образом, в структуре послеоперационных осложнений после лапароскопических аппендэктомий преобладают внутрибрюшные осложнения.

Как и в первой группе, вопрос о тактике лечения решался после ультразвукового исследования. При кровотечении из брыжейки отростка выполнена релапароскопия с остановкой кровотечения, при абсцессе брюшной полости – дренирование его под ультразвуковым наведением. Дренирование осуществлялось по одномоментной методике с применением стилет-катетера типа Pigtail 9 Fr. Все абсцессы были дренированы на 7–8 сутки после операции. Время нахождения дренажа – от 7 до 10 дней.

Летальных исходов за рассматриваемый промежуток времени не было.

Средний койко-день в 1 группе – 10,2, в том числе средний койко-день больных с осложнениями – 15,7.

Средний койко-день во 2 группе – 6,2, в том числе средний койко-день больных с осложнениями – 14,0.

Таким образом, во 2-й группе ниже как средний койко-день больных с острым аппендицитом ($p=0,0001$), так и средний койко-день больных с осложнениями ($p>0,05$).

Обсуждение

С.А. Совцов (2013) утверждает, что в России, практически во всех неясных ситуациях с целью уточнения диагноза выполня-

Таблица 3

Время с момента госпитализации до операции

Время с момента госпитализации до операции	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)	Р
До 6 часов	78%	92,8%	0,00001
Свыше 6 часов	22%	7,2%	

Таблица 4

Сравнение групп по наличию деструкции червеобразного отростка

Аппендицит	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)	Р
Поверхностный	29	0	0,00001
Деструктивный	301	293	

Таблица 5

Распределение пациентов в группах по форме аппендицита

Аппендицит	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)
Поверхностный	29	0
Флегмонозный	201	252
Гангренозный	49	17
Перфоративный	51	24

Таблица 6

Осложнения в группах сравнения

Осложнения	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)
инфильтрат, гематома послеоперационной раны	9	0
нагноение раны	4	0
кровотечение из брыжейки отростка	1	1
ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	0
инфильтрат брюшной полости	0	3
абсцесс брюшной полости	0	4
Всего (%)	15 (4,5%)	8 (2,7%)

Таблица 7

Сравнение групп по блокам осложнений

Осложнения	Группа с доступом Волковича-Дьяконова (n=330)	Группа с доступом лапароскопическим (n=293)	Р
Раневые (%)	13 (3,9)	0 (0)	0,002
Внутрибрюшные (%)	2 (0,6)	8 (2,7)	0,0001
Всего (%)	15 (4,5)	8 (2,7)	0,3

ют диагностическую лапароскопию. Для исключения напрасных операций автор призывает более широко применять не только лапароскопию, но и неинвазивные УЗИ и КТ. Но квалифицированный врач-специалист по ультразвуковой диагностике не всегда присутствует на экстренном дежурстве и аппаратами КТ оснащены еще не все районные больницы. Мы согласны с М.В. Темирбулатовым (2014) и считаем, что лапароскопия (несмотря на свою инвазивность) является в настоящее время основным и наиболее точным методом диагностики острого аппендицита и других острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Поэтому, сложным для постановки диагноза пациентам выполняем диагностическую лапароскопию.

Мы поддерживаем точку зрения Совцова С.А. (2013) об отсутствии фазности течения острого аппендицита, что делает целесообразным выполнение аппендэктомии только при деструктивных его формах. Катаральный (поверхностный) аппендицит мы не удаляем.

По данным А.В. Сажина (2013), структура послеоперационных осложнений при традиционной и лапароскопической аппендэктомии отличаются. Так в первом случае раневые осложнения отмечены им в 18,3%, во втором – в 5,2%. По нашим данным при традиционной аппендэктомии также преобладают раневые осложнения – 3,9%, против 0% при лапароскопической аппендэктомии. В тоже время внутрибрюшных осложнений больше при лапароскопической аппендэктомии – 2,7%, против 0,6% при традиционной.

По данным А.С. Ермолова (2014) летальность при остром аппендиците в Москве за последние 20 лет снизилась с 0,54 до 0,11%. Нами летальных исходов за рассматриваемый промежуток времени отмечено не было.

Выводы

1. Общее количество послеоперационных осложнений в обеих группах статистически не различается.

2. В структуре послеоперационных осложнений после традиционных аппендэктомий преобладают раневые, после лапароскопических – внутрибрюшные осложнения.

3. Применение лапароскопии позволяет верифицировать диагноз и исключить напрасную аппендэктомию, сократить с 10,2 до 6,2 средний койко-день пациентов в стационаре, в том числе у больных с осложнениями – с 15,7 до 14,0.

Список литературы

1. Новосельцев А.Е., Блинова Н.И., Нестеренкова Е.А., Вакулин Г.В. Проблемы дифференциальной диагностики с заболеваниями гениталий у женщин с симптомами острого аппендицита. Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя». Приложение к научно-практическому журналу «Вестник Санкт-Петербургского Университета» серия II. Медицина 2010; 427.
2. Howell J.M., Eddy O.L., Lukens T.W., Thiessen M.E., Weingart S.D., Decker W.W. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. *Ann Emerg Med* 2010; 55: 1: 71–116.
3. Темирбулатов В.М., Темирбулатов М.В. К дискуссии о лечебной тактике при остром аппендиците. *Хирургия им. Н.И. Пирогова* 2014. №4. С. 20–23.
4. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под редакцией В.С. Савельева. М.: Триада-Х, 2005. 640с.*
5. Ермолов А.С., Смоляр А. Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. *Хирургия им. Н.И. Пирогова* 2014. №5. С. 7–16.
6. Совцов С.А. Острый аппендицит: что изменилось в начале века? *Хирургия им. Н.И. Пирогова*. 2013. N 7. С. 37–42.
7. Сажин А.В., Коджоглян А. А., Лайпанов Б. К., Мосин С.В., Мирзоян А.Т. Дифференцированный подход миниинвазивной хирургии при осложненных формах острого аппендицита. *Кубанский научный медицинский вестник* 2013. № 7. С. 152–157.

COMPLICATIONS OF APPENDECTOMY DEPENDING ON THE OPERATING ACCESS

V. I. DEMCHENKO¹, D. L. KOLESNIKOV¹, M. V. KUKOSH¹, L. S. ZOLOTNITSKAYA²

¹*Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod*
²*City hospital №7 them. E.L. Berezov, Nizhny Novgorod*

Information about the authors:

Demchenko V.I. – M.D., Ph.D. (Medicine), Assistant Lecturer of the Department of Faculty Surgery of the Nizhny Novgorod State Medical Academy
Kolesnikov D.L. – M.D., Ph.D. (Medicine), Assistant Lecturer of the Department of Faculty Surgery of the Nizhny Novgorod State Medical Academy
Kukosh M.V. – M.D., D.Sc. (Medicine), Professor of the Department of Faculty Surgery of the Nizhny Novgorod State Medical Academy

Analyzed the treatment results of 623 patients with acute appendicitis admitted to the clinic of faculty surgery on the basis of "City hospital №7 them. E.L. Berezov" Nizhny Novgorod in the period from 2010 to 2015.

Depending on the operating access, the patients were divided into two groups: first – with of access Volkovich-Diakonova (the period 2010-2012), the second with a laparoscopic access (period 2013-2015).

Evaluation of the treatment results was conducted in the presence of complications and the number of bed-days spent in the hospital.

The use of laparoscopy in the treatment of appendicitis allows to verify the diagnosis and to exclude unnecessary appendectomy, reducing from 10,2 to 6,2 average hospital stay of patients in hospital, including patients with complications from 15,7 to 14,0.

Key words: appendicitis, of access Volkovich-Diakonova, laparoscopy, complications.