

С. Н. Завгородний¹, М. А. Кубрак¹, А. И. Рылов^{1,2}, М. Б. Данилюк^{1,2}, Е. А. Зимняя¹

¹ Запорожский государственный медицинский университет

Запорожье, Украина

² КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи»

Запорожье, Украина

S. N. Zavgorodniy¹, M. A. Kubrak¹, A. I. Rylov^{1,2}, M. B. Danyluk^{1,2}, E. A. Zymnia¹

¹ Zaporozhye State Medical University

Zaporozhye, Ukraine

² MI «City clinical hospital of emergency and ambulance»

Zaporozhye, Ukraine

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Laparoscopic appendectomy at acute appendicitis for patients of elderly and senile years

Резюме

Актуальность. Ежегодно увеличивается удельный вес лиц пожилого и старческого возраста (более 60 лет) в общей структуре населения Украины. Примерно 12,0–18,0% больных данной возрастной категории госпитализируются в хирургический стационар в ургентном порядке с диагнозом «острый аппендицит».

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста, которым выполнена видеолaparоскопическая аппендэктомия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 158 историй болезни пациентов старше 60 лет, поступивших в период с декабря 2013 по декабрь 2016 года в 1-е хирургическое отделение КУ «ГКБЭ и СМП г. Запорожье» с диагнозом «острый аппендицит», которым была выполнена видеолaparоскопия.

Результаты и обсуждения. Лишь у 42 (26,6%) пациентов имелась четкая клиническая картина острого аппендицита по данным объективного обследования. У 153 (96,8%) пациентов при обследовании выявлены сопутствующие хронические заболевания. По данным обследований 67 (42,4%) больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия в течение 2 часов с момента госпитализации пациента в стационар.

В 91 (57,6%) случае выполнена диагностическая видеолaparоскопия в сроки 3–6 часов с момента поступления, во время которой подтвержден диагноз острого аппендицита. Несложные формы острого аппендицита наблюдались у 43 (27,2%) госпитализированных. Осложненные формы острого воспаления червео-

Abstract

Introduction. Annually specific gravity of persons, more than 60 years old, increases in the general structure of population of Ukraine. Approximately 12,0–18,0% patients of this age category hospitalized in surgical permanent establishment in the urgent order with a diagnosis «acute appendicitis».

The purpose of the study. To estimate the results of treatment of patients of elderly and senile age that is execute videolaparoscopic appendectomy.

Materials and methods. The retrospective analysis is conducted 158 case of patients of elderly and senile age (older 60) histories entering period from December 2013 for December, 2016 in a 1st surgical department of clinical hospital of emergency and ambulance (Zaporozhye) with a diagnosis «acute appendicitis» that is execute videolaparoscopy.

Results and discussion. Only 42 (26,6%) patients had clear classic presentation of sharp appendicitis from data of objective inspection. The concomitant chronic diseases were educed for 153 (96,8%) patients. From data of research it was 67 (42,4%) patients were executed laparoscopic appendectomy during 2 hours from the moment of hospitalization of patient. In 91 (57,6%) case diagnostic videolaparoscopy is executed in terms 3–6 hours from the moment of receipt, during that the diagnosis of acute appendicitis is confirmed. The not complicated forms of sharp appendicitis were observed at 43 (27,2%) hospitalized. The complicated forms of sharp inflammation of vermicular appendix were marked at 115 (62,8%) patients. In 23 (14,6%) cases produced

бразного отростка были отмечены у 115 (62,8%) больных. В 23 (14,6%) случаях произведена конверсия путем нижнесрединной лапаротомии. В послеоперационном периоде у 14 (8,8%) больных оперированных лапароскопически наблюдались осложнения. Среднее время оперативного вмешательства при проведении лапароскопической аппендэктомии составило $32,4 \pm 19,7$ минут. Средний койко-день при лапароскопической аппендэктомии составил $8,3 \pm 3,4$ дня. Летальных исходов среди больных не было.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с диагнозом острый аппендицит. У возрастных пациентов с подозрением на острый аппендицит, учитывая высокий процент стертой клинической картины заболевания (57,6%), в качестве метода диагностики должна широко использоваться видеолапароскопия, которая позволяет не только окончательно установить диагноз, но и определиться с дальнейшей тактикой хирургического вмешательства. У пациентов пожилого и старческого возраста отмечается резкое увеличение количества осложненных форм острого аппендицита после 12 часов с начала заболевания – 76 (48,1%) по сравнению с 39 (24,7%) до 12 часов, $p < 0,05$.

Ключевые слова: острый аппендицит, пожилой и старческий возраст, видеолапароскопия.

by the conversion of lower midline laparotomy. In a postoperative period at 14 (8,8%) patients of operated laparoscopic there were complications.

The average time of surgical intervention when performing laparoscopic appendectomy was $32,4 \pm 19,7$ minutes. The average time in the hospital in laparoscopic appendectomy was $8,3 \pm 3,4$ days. Fatal outcomes were not among patients.

Conclusions. Laparoscopic appendectomy is the method of choice of operative treatment of patients of elderly and senile age with a diagnosis acute appendicitis. For age-dependent patients with suspicion on sharp appendicitis, taking into account the high percent of the effaced clinical presentation of disease (57,6%), as a method of diagnostics videolaparoscopy that allows not only finally to set a diagnosis must be widely used but also determined with further tactics of operative intervention. For the patients of elderly and senile age the sharp increase of amount of the complicated forms of acute appendicitis is marked after 12 hours from the beginning of disease – 76 (48,1%) as compared to 39 (24,7%) before 12 hours, $p < 0,05$.

Keywords: appendicitis, elderly and senile age, videolaparoscopy.

ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно увеличивается удельный вес лиц пожилого и старческого возраста (более 60 лет) в общей структуре населения Украины [4]. Несмотря на то, что с возрастом снижается частота встречаемости острого аппендицита, проблема диагностики и лечения этого заболевания у лиц старше 60 лет остается актуальной [3]. Примерно 12,0–18,0% больных данной возрастной категории и госпитализируются в хирургический стационар в ургентном порядке с диагнозом «острый аппендицит» [1, 5, 4]. При этом лишь у 25,0–30,0% пациентов удается достоверно выявить данную патологию на основании клинико-anamnestических и лабораторных данных [8, 10]. Летальность при остром аппендиците у возрастных больных колеблется в пределах 0,3–0,7% без тенденции к снижению [2, 6]. Количество осложненных и деструктивных форм воспаления червеобразного отростка в 2–3 раза превышает аналогичную статистику у пациентов до 60 лет [9, 11]. Учитывая широкое распространение у больных пожилого и старческого возраста сопутствующей соматической патологии, склонность данной группы больных к субклиническому и фульминантному течению острых воспалительных процессов в брюшной полости,

предрасположенность этих пациентов к развитию послеоперационных осложнений, возникает необходимость в более широком применении современных миниинвазивных методов лечения. Именно лапароскопические хирургические вмешательства, обладая такими преимуществами как минимальная травматизация, обеспечение адекватной ревизии органов брюшной полости, снижение частоты послеоперационных осложнений, ранняя активизация пациентов и сокращение сроков пребывания в стационаре, становятся методами выбора у пациентов старше 60 лет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста, которым выполнена видеолапароскопическая аппендэктомия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 158 историй болезни пациентов пожилого и старческого возраста (старше 60 лет, согласно возрастной классификации, принятой на международном симпозиуме по проблемам геронтологии ВОЗ в Киеве, 1963), поступивших в период с декабря 2013 по декабрь 2016 года в 1-е хирургическое отделение КУ «ГКБЭ и СМП г. Запорожье» с диагнозом «острый аппен-

дицит», которым выполнена видеолапароскопия. Среди пациентов: 92 (58,2%) женщины и 66 (41,8%) мужчин. Средний возраст в исследуемой группе составил $73,0 \pm 12,3$ лет (табл. 1).

Таблица 1

Возраст оперированных больных

Возраст пациентов (лет)	Количество больных	От оперированных больных (%)
Пожилой возраст (60–74)	103	65,2
Старческий возраст (75–90)	53	33,5
Долгожители (старше 90)	2	1,3
Всего	158	100

Среди поступивших 34 (21,5%) пациента госпитализированы в хирургический стационар в сроки до 6 часов от начала заболевания, 36 (22,8%) больных – в период от 6 до 12 часов, 31 (19,6%) – от 12 до 24 часов с момента появления симптомов, 57 (36,1%) – доставлены в сроки более 24 часов.

На этапе госпитализации всем пациентам проводилось объективное обследование, сбор жалоб и данных анамнеза, а также выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, малого таза и почек, обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки и брюшной полости, забор общеклинических анализов крови (ОАК) и мочи, электрокардиография (ЭКГ), консультация терапевта, смежных специалистов (уролога, гинеколога, кардиолога, невролога) при наличии показаний.

Больным с клинической картиной острого аппендицита выполнялось оперативное вмешательство в ургентном порядке посредством видеолапароскопической аппендэктомии.

Пациентам с подозрением на острый аппендицит проводилась спазмолитическая терапия, контроль лейкоцитов и лейкоцитарной формулы в ОАК через 3 и 6 часов с момента госпитализации с динамическим обследованием каждые 2 часа. При сохранении болевого синдрома на фоне консервативной терапии, сомнительных аппендикулярных симптомах, сохранении или нарастании воспалительных изменений в ОАК, больным проводилась диагностическая видеолапароскопия.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по описанной нами методике с трех троакарных доступов с клипированием червеобразного отростка титановыми клипсами [7].

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась обезболивающая, антибактериальная терапия с коррекцией сопутствующей соматической патологии с учетом рекомендаций смежных специалистов.

Перед выпиской всем больным проводился контроль ОАК, а также выполнялось УЗИ орга-

нов брюшной полости.

Результаты исследования обработаны методами вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента с помощью программы Microsoft Excel, набора программ STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Из 158 госпитализированных во время осмотра 112 (70,9%) пред]являли жалобы на боли в животе, у 73 (46,2%) больных отмечалось повышение температуры тела, у 59 (37,3%) – имелись диспептические расстройства (тошнота, рвота, диарея).

Лишь у 42 (26,6%) пациентов имелась четкая клиническая картина острого аппендицита по данным объективного обследования, у 93 (58,9%) имелись слабоположительные аппендикулярные симптомы и у 23 (14,5%) – сомнительные данные за острый аппендицит.

Всем пациентам выполнено УЗИ органов брюшной полости и почек. У 34 (21,5%) больных отмечены косвенные признаки острого аппендицита (утолщение червеобразного отростка, наличие жидкости вокруг отростка), у 21 (13,3%) пациента имелся гидроперитонеум в брюшной полости до $180,0 \pm 75,0$ мл, у 16 (10,1%) обследованных выявлен инфильтрат в правой подвздошной области, у 4 (2,6%) – эхопризнаки аппендикулярного абсцесса.

В ОАК у 98 (62,0%) больных имелось повышение уровня лейкоцитов в периферической крови до $13,0 \pm 3,8$ 10⁹/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево до $18,0 \pm 7,0\%$.

У 153 (96,8%) пациентов при обследовании выявлены сопутствующие хронические заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 139 (88,0%), артериальная гипертензия (АГ) у 126 (79,7%) поступивших, сахарный диабет у 49 (31,0%), хроническое обструктивное заболевание лёгких (ХОЗЛ) у 37 (23,4%) больных, хронический холецистит у 67 (42,4%), хронический панкреатит 57 (36,1%) госпитализированных (рис. 1).

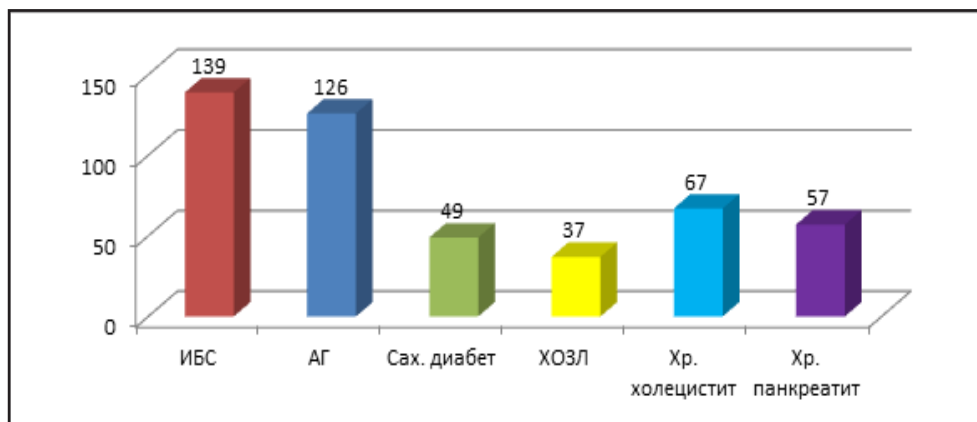


Рис. 1. Сопутствующая патология у пациентов с острым аппендицитом

По данным объективного, инструментального и лабораторного обследований 67 (42,4%) больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия в течение 2 часов с момента госпитализации пациента в стационар.

В 91 (57,6%) случае больным проводилась спазмолитическая терапия и динамическое наблюдение с контролем ОАК. У 68 (43,0%) пациентов до 3 часов и у 23 (14,6%) через 3–6 часов с момента начала консервативной терапии отмечалось сохранение болевого синдрома с нарастанием количества лейкоцитов до $14,3 \pm 3,7 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерных нейтрофилов до $13,0 \pm 6,0\%$ в ОАК. Всем этим больным – 91 (57,6%) выполнена диагностичес-

кая видеолапароскопия в сроки 3–6 часов с момента поступления, во время которой подтвержден диагноз острого аппендицита.

Не осложненные формы острого аппендицита наблюдались у 43 (27,2%) госпитализированных. Осложненные формы острого воспаления червеобразного отростка были отмечены у 115 (62,8%) больных (табл. 2). При этом деструктивный гангренозно-перфоративный аппендицит обнаружен у 49 (31,0%) пациентов. Обращает на себя внимание то, что после 12 часов с момента начала заболевания количество осложненных форм, выявленных во время операции, резко увеличивается – 76 (48,1%) по сравнению с 39 (24,7%), $p < 0,05$.

Таблица 2

Структура осложнений при остром аппендиците

Осложнение	Количество больных	% от оперированных больных
Периаппендикулярный инфильтрат	20	12,7
Периаппендикулярный абсцесс	18	11,4
Местный перитонит	53	33,5
Диффузный перитонит	24	15,2
Всего	115	62,8

По данным гистологического исследования, у 27 (17,1%) пациентов обнаружена катаральная форма острого аппендицита, у 76 (48,1%) больного выявлена флегмонозная форма воспаления червеобразного отростка, и у 55 (34,8%) оперированных – гангренозная форма.

Во всех 158 (100%) случаях острого аппендицита первым этапом оперативного вмешательства была видеолапароскопия.

В 23 (14,6%) случаях произведена конверсия путем нижнесрединной лапаротомии в связи с невозможностью выполнения полного объема оперативного вмешательства при помощи видеолапароскопии: у 12 (7,6%) больных при деструктивном гангренозно-перфоративном аппендиците с диффузным серозно-фибринозным перитонитом; у 6 (3,8%) пациентов с периаппендикулярным абсцессом, вскрывшимся

в брюшную полость с местным гнойным перитонитом и деструкцией червеобразного отростка, у 5 (3,2%) больных с выраженными воспалительными изменениями купола слепой кишки (тифлит) на фоне деструктивных изменений червеобразного отростка. Все больные из этой группы – 23 (14,6%), выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии в сроки $13,5 \pm 4,7$ дней. Летальных случаев не зафиксировано.

В послеоперационном периоде у 11 (6,9%) больных оперированных лапароскопически наблюдались осложнения, связанные с оперативным вмешательством. У 1 (0,6%) пациента, на 6 сутки после операции, возникла ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, по поводу которой больному выполнялось оперативное вмешательство. У 2 (1,3%) опе-

рированных обнаружен послеоперационный абсцесс правой подвздошной области, больные оперированы на 7 и 9 сутки после первичной операции. Еще у 3 (1,9%) пациентов имел место инфильтрат правой подвздошной области, который разрешился на фоне консервативной терапии. У 5 оперированных (3,1%) мы наблюдали нагноение троакарных ран передней брюшной стенки в месте экстракции червеобразного отростка из брюшной полости. Все больные из данной группы после санации ран и консервативной терапии выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии. Летальных случаев не было.

Осложнение не связанное с оперативным вмешательством наблюдались у 3 (1,9%) больных: на фоне лечения на 5–7 сутки после операции у пациентов развилась нозокомиальная пневмония, что удлинит сроки пребывания пациентов в стационаре в среднем на $7,1 \pm 2,5$ суток и потребовало проведения повторного курса антибиотикотерапии со сменой антибактериального препарата. Следует отметить, что у всех больных сопутствующей патологией было ХОЗЛ.

Среднее время оперативного вмешательства при проведении лапароскопической аппендэктомии составило $32,4 \pm 9,7$ минут.

При видеолапароскопии с конверсией среднее время оперативного вмешательства было $37,3 \pm 24,8$ минуты.

Средний койко-день при лапароскопической

аппендэктомии составил $8,3 \pm 3,4$ дня.

Летальных исходов среди больных, которым выполнялась лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого аппендицита, за период с 2013 по 2016 годы не было.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с диагнозом острый аппендицит.

2. У возрастных пациентов с подозрением на острый аппендицит, учитывая высокий процент стертой клинической картины заболевания (57,6%), в качестве метода диагностики должна широко использоваться видеолапароскопия, которая позволяет не только окончательно установить диагноз, но и определиться с дальнейшей тактикой оперативного вмешательства: лапароскопической аппендэктомией или конверсией.

3. У пациентов пожилого и старческого возраста отмечается резкое увеличение количества осложненных форм острого аппендицита после 12 часов с начала заболевания – 76 (48,1%) по сравнению с 39 (24,7%) до 12 часов, $p < 0,05$, что связано с более быстрым развитием деструктивных изменений в червеобразном отростке на фоне сниженной реактивности организма у данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л. Лапароскопическая аппендэктомия с перитонизацией культи червеобразного отростка // Эндоскопическая хирургия. – 2015. – № 1. – С. 8–12.
2. Белобородов В. А., Кельчевская Е. А. Оптимизация диагностики острого аппендицита // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 99–101.
3. Дробышев А. Д. и соавт. Лапароскопическая аппендэктомия приоритетное направление в экстренной хирургии // Вестник Тамбовского университета. – 2014. – Т 19. – № 6. – С. 1983–1985.
4. Каминский М. Н. Современные возможности в диагностике острого аппендицита // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – № 4. – С. 122–127.
5. Некрасов А. Ю., Касумьян С. А., Прибыткин А. А. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – № 3. – С. 31–34.
6. Кригер А. Г., Федоров А. В., Воскресенский П. К. Острый аппендицит. / М.: Медпрактика, 2012. – 244 с.
7. Завгородний С. Н. и соавт. Опыт применения лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците // Патология. – 2016. – № 3. – С. 43–47.
8. Уханов А. П., Байдо С. В., Игнатъев А. И. Опыт использования видеолапароскопических операций у больных острым аппендицитом // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 4. – С. 13–21.
9. Чарышкин А. Л., Яковлев С. А. Проблемы диагностики и лечения острого аппендицита // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2015. – № 1. – С. 92–100.
10. Beldi G. et al. Laparoscopic appendectomy using endoloops: a prospective, randomized clinical trail // Surg. Endosc. – 2014. – Vol. 18. – № 5. – P. 749–750.
11. Paya K., Rauhofe U., Rebhandl W. Perforating appendicitis. An indication for laparoscopy? // Surg. Endosc. – 2013. – Vol. 14. – № 2. – P. 182–184.

REFERENCE

1. Andreev A. L. (2015) Laparoskopicheskaya appendektomiya s peritonizatsiey kulti cherveobraznogo otrostka [Laparoscopic appendectomy with periodizacii appendicular stump]. *Endoskopicheskaya hirurgiya*, no 1, pp. 8–12.
2. Beloborodov V. A., Kelchevskaya E. A. (2014) Optimizatsiya diagnostiki ostrogo appenditsita [Optimizing the diagnosis of acute appendicitis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*, no 3, pp. 99–101.
3. Drobyishev A. D., Baranov A. V., Yamschikov O. N. (2014) Laparoskopicheskaya appendektomiya prioritetnoe napravlenie v ekstremnoy hirurgii [Laparoscopic appendectomy priority in emergency surgery]. *Vestnik Tambovskogo universiteta*, vol. 19, no 6, pp. 1983–1985.
4. Kaminskiy M. N. (2014) Sovremennyye vozmozhnosti v diagnostike ostrogo appenditsita [Modern possibilities in the diagnosis of acute appendicitis]. *Dalnevostochnyy meditsinskiy zhurnal*, no 4, pp. 122–127.
5. Nekrasov A. Yu., Kasumyan S. A., Pribyitkin A. A. (2011) Laparoskopiya v diagnostike i lechenii ostrogo appenditsita [Laparoscopy in the diagnosis and treatment of acute appendicitis]. *Endoskopicheskaya hirurgiya*, no 3, pp. 31–34.
6. Kriger A. G., Fedorov A. V., Voskresennskiy P. K. (2012) Ostryiy appenditsit [Acute appendicitis]. M.: Medpraktika (in Russian).
7. Zavgorodniy S. N. et al. (2016) Opyit primeneniya laparoskopicheskoy appendektomii pri ostrom appenditsite [Experience in laparoscopic appendectomy in acute appendicitis]. *Patologiya*, no 3, pp. 43–47.
8. Uhanov A. P., Baydo S. V., Ignatev A. I. (2014) Opyit ispolzovaniya videolaparoskopicheskikh operatsiy u bolnyih s ostrym appenditsitom [Experience in the use of video laparoscopic operations in patients with acute appendicitis]. *Endoskopicheskaya hirurgiya*, no 4, pp. 13–21.
9. Charyishkin A. L., Yakovlev S. A. (2015) Problemy diagnostiki i lecheniya ostrogo appenditsita [Problems of diagnosis and treatment of acute appendicitis]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskyy zhurnal*, no 1, pp. 92–100.
10. Beldi G., Muggli K., Helbling C. (2014) Laparoscopic appendectomy using endoloops: a prospective, randomized clinical trail. *Surg. Endosc.*, vol. 18, no 5, pp. 749–750.
11. Paya K., Rauhofer U., Rebhandl W. (2013) Perforating appendicitis. An indication for laparoscopy?. *Surg. Endosc.*, vol. 14, no 2, pp. 182–184.

Статья поступила в редакцию 15.05.2018