

Н.Е. Николаев, Н.Я. Бовтюк, И.Б. Потапенко
Основные причины до-, и послеоперационных осложнений
острого аппендицита
Белорусский государственный медицинский университет.

Реферат. Приведен анализ 526 медицинских карт пациентов с острым аппендицитом. Простые формы составили 14,8%, деструктивные - 85,2%. В 114 случаях (21,7%) возникли внутрибрюшные гнойно-воспалительные осложнения до операции. Ранние послеоперационные осложнения в стационаре составили 4,8%, поздние – 12,1%. Причиной их в большинстве случаев явилась эндогенная инфекция.

Ключевые слова. Острый аппендицит, осложнение, воспаление.

Summary

526 medical records of patients with acute appendicitis were analyzed. Simple forms made up 14.8% and destructive forms made up 85.2%. Intra-abdominal purulent complications developed before the surgical interventions in 114 cases (21.7%). Early postoperative complications were registered in 4.8% cases, the delayed ones – 12.1%. Endogenous infection was the cause of complications in most cases.

Key words: acute appendicitis, complication, inflammation.

Надежды в недалеком прошлом на скорое разрешение проблем острого аппендицита не оправдались. Острый аппендицит по-прежнему остается одним из наиболее частых заболеваний среди острой хирургической патологии брюшной полости. Из всех экстренных операций аппендэктомии составляют 61,5%. В Республике Беларусь ежегодно выполняется более 22000 аппендэктомий (4). Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения развиваются у 5,0-30% пациентов (1, 2, 3). В литературе чаще уделяется внимание частоте послеоперационных осложнений (6, 7, 8).

Основной причиной их возникновения считают наличие внутрибольничной инфекции (ВБИ) в стационаре и все профилактические мероприятия направлены на борьбу с ВБИ.

Целью нашего исследования являются изучение основных причин гнойно-воспалительных осложнений при остром аппендиците и определить как влияют дооперационные внутрибрюшинные осложнения на развитие септических процессов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Нами произведен анализ 526 медицинских карт пациентов с острым аппендицитом, которым были произведены лапаротомные аппендэктомии, находящихся на лечении в хирургическом отделении 3-й ГКБ г. Минска. Среди исследованных нами больных было 255 мужчин (48,5%) и 271 женщина (51,5%). Следовательно, частота острого аппендицита не зависит от пола. Увеличение у женщин аппендэктомии на 3% связано с удалением вторичных аппендицитов при острой гнойной гинекологической патологии. В исследованной группе пациентов катаральные (простые) формы аппендицита составляли 14,8%, флегмонозные – 65,2%, гангренозные – 13,3%, прободные – 4,7%. Как видно, 85,2% больных поступало в хирургическое отделение на операцию в гнойно-некротической стадии воспаления. В качестве критерия формы аппендицита были использованы заключения гистологических исследований.

Результаты и обсуждение. Оперлируемые больные были в возрасте от 16 до 85 лет. Нами отмечено, что острым аппендицитом, преимущественно, страдают, люди до 30 лет (62,2%), а затем при достижении возраста 31-40 лет, частота их резко (в 3,5 раза) уменьшается. В последующем с каждым десятилетием его частота снижается на 2-3%, и совсем редко возникает у лиц старше 70 лет (1,9%). Однако в возрастной группе пациентов чаще встречались деструктивные и прободные аппендициты, что связано с очень поздней обращаемостью за медицинской помощью, атипичностью клинических проявлений заболевания и наличием сопутствующей патологии в других органах брюшной полости. В течение первых 6-12 часов с момента

заболевания в клинику поступило 38,4% пациентов, в течение 13-24 часов госпитализировано 32,5%, остальные больные явились через 2-3 суток и позже (29,1%). Причинами позднего обращения в 3 случаях (0,9%) были диагностические врачебные ошибки на догоспитальном этапе, а в остальных случаях (99,1%) – по вине самих пациентов, которые занимались самолечением на дому, применяя обезболивающие и спазмолитические препараты, теплые грелки, слабительные и другие средства.

Важную роль играет продолжительность наблюдения в стационаре. Согласно наших исследований в течение 1 часа с момента госпитализации больного в хирургическое отделение прооперировано 52 человека (9,9%), в течение 2 часов – 211 (40,1%), от 3 до 6 часов – 158 человек (30,0%), от 7 до 12 часов – 67 (12,8%), позже 12 часов – 38 (7,2%). Причинами задержки операции явились дополнительные исследования (УЗИ, ФГДС, повторные анализы крови и т.п.), консультации других специалистов. В двух случаях задержка операции произошла из-за отказа больных от операции. В 28 случаях (5,3%) проводилось пассивное длительное наблюдение. У 81 пациента (13,4%) причинами задержки были – атипичное течение болезни и недоучет имевшихся клинических данных. Поздняя обращаемость больных, длительное наблюдение в стационаре способствовало прогрессированию воспаления в червеобразном отростке, т.е. переходу серозно-инфильтративной стадии в гнойно-некротическую, которая завершилась в 114 случаях (21,7%) осложнениями брюшной полости: периаппендикулярными абсцессами – 22 (4,2%), аппендикулярными инфильтратами – 42 (8,0%), местными перитонитами – 28 (5,3%), разлитыми перитонитами – 13 (2,5%), гнойным оментитом – 1 (0,2%), тифлитами – 8 (1,5%). В этой ситуации сама операция по степени инфицированности переходит из разряда II-III типа категории в IV (т.е. грязную операцию), где риск послеоперационных осложнений достигает 30-40%, тогда, как при «условно чистых» и контаминированных операциях частота их снижается до 5% (3). При наличии гнойно-воспалительных процессов (перитонита,

абсцесса и т.п.) антисептическое санирование брюшной полости не может привести ее к стерильному состоянию, оставшаяся в животе инфекция, а также транслокационная микрофлора кишки (при перитоните) будут поддерживать воспаление ткани и контактным путем способствовать инфицированию операционных ран с дальнейшим развитием послеоперационных септических осложнений.

У хирургов часто возникает вопрос, при какой форме (стадии) воспаления червеобразного отростка лучше производить аппендэктомия. Некоторые хирурги (5) являются яркими противниками оперативных вмешательств в начальной стадии острого аппендицита в связи с тем, что нередко катаральная форма (т.е. серозно-инфильтративная стадия воспаления) имеет abortивное течение. В связи с этим они рекомендуют выполнять аппендэктомия только при деструктивных формах. Но как показывают наши наблюдения, выжидательная тактика приводит к развитию в 21,7% тяжелых внутрибрюшных осложнений. Мы также не придерживаемся мнения, что лучше удалить неизмененный отросток, чем просмотреть аппендицит, так как «безобидное» вмешательство порой связано с возможностью возникновения осложнений и даже летальных исходов. На наш взгляд, нагноение при удалении «катаральных» форм аппендицита чаще встречаются у тех хирургов, которые ошибочно производят аппендэктомия при наличии в животе воспалительных процессов не аппендикулярного происхождения. Поэтому у них женщины в 2-3 раза чаще болеют аппендицитом, чем мужчины. Считаем, что в настоящее время в хирургических отделениях имеются все возможности (УЗИ, лапароскопия и т.п.) для проведения своевременной и правильной диагностики острого аппендицита. Однако высокая частота внутрибрюшных осложнений свидетельствует, что аппендэктомия в результате поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью (29,1%) или длительного пассивного наблюдения в стационаре (5,3%) производится несвоевременно.

До сих пор окончательно не решен вопрос о механизме развития послеоперационных осложнений. Принято считать, что все гнойно-воспалительные осложнения, возникшие после операции, в период нахождения пациента в отделении, вызываются госпитальной инфекцией. Но для того, чтобы возникла ВБИ, необходимы условия, т.е., в первую очередь наличие экзогенного источника. Это значит, что оперированный больной должен контактировать с гнойной раной другого пациента или с контаминированными перевязочными материалами, инструментами и т.п. Чаще это происходит в тех случаях, когда в клинике отсутствует гнойное хирургическое отделение, и больные с осложнениями не изолируются. Такие ситуации нарушения санитарно-гигиенического режима в хирургических стационарах приводят к возникновению ВБИ.

С целью изучения микрофлоры брюшной полости во время операции из выпота или гноя был взят бактериологический посев у 186 больных. Ответ из баклаборатории получен в 97 случаях (52%). Выявлена определенная картина микробного пейзажа с преобладанием *E.Coli* (34%), *Enterobacter* (9,3%), различных видов стафилококков (7,2%), *P.aeruginasa* (5,2%) и другие (5%). В 39,3% случаев посев роста не дал (no growth). Это связано, по-видимому, с некачественным забором материала или несвоевременной доставкой его в бактериологическую лабораторию, которая расположена в другом учреждении города. Выделенная микрофлора из осложненных операционных ран совпадала с микробиологической картиной бакпосевов, взятых во время операции из брюшной полости. Выделенные штаммы микробов были высокочувствительны к цефалоспорином и аминогликозидом. В тоже время известно, что госпитальная инфекция, преимущественно, вызывается полирезистентными грамотрицательными бактериями, продуцирующими бета-лактамазы и устойчива к цефалоспорином (3). Сопоставление микробной флоры и чувствительности ее штаммов к антибиотикам, позволяет считать главной причиной гнойных послеоперационных раневых осложнений флору, циркулирующую в брюшной полости до операции. В

некоторых случаях отсутствие идентичности микробной флоры связано с транслокацией флоры из кишки. Мы согласны с мнением Б.С. Брискина и др. о трактовке причин послеоперационных раневых осложнений, которые по определению относятся к ВБИ, а по существу являются продолжением течения гнойно-воспалительных процессов, с которыми больные были госпитализированы, т.е. эндогенной инфекцией.

Осложнения у 2-х больных с катаральными формами аппендицита в виде инфильтрата и нагноения раны, возможно, вызваны госпитальной инфекцией, т.к. аппендэктомии протекали с травматизацией ткани и некоторой геморрагией в связи с расположением отростков ретроцекально и ретроперитонеально. В связи с отсутствием выпота в брюшной полости бактериологическое исследование не производилось. Мы не отрицаем значения госпитальной флоры в развитии послеоперационных осложнений. Однако правильное понимание этого процесса влияет на выбор путей профилактики возникших осложнений.

Из всех оперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде выявлено 25 (4,8%) случаев гнойно-воспалительных осложнений. Отдаленные послеоперационные осложнения выявлялись изучением амбулаторных карт больных в поликлиниках и опросом пациентов по телефону. Всего обследовано 149 человек. Сроки наблюдений варьировали от 8 до 20 месяцев. Выявлено 18 осложнений (12,2%): 2 абсцесса передней брюшной стенки, 5 инфильтратов в области ран, 7 нагноений операционных ран, в 2-х случаях – лигатурные свищи, а еще у 2 пациентов развилась ранняя острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая повторного оперативного вмешательства. Кроме осложнений восемь (6,2%) больных жаловались на боли в области рубца в течение от 3 месяцев до 1 года, шесть пациентов (4,5%) были недовольны формой, размерами и плотностью рубца. На основании вышеизложенных данных можно утверждать, что несвоевременная аппендэктомия приводит к развитию гнойно-

воспалительных процессов в брюшной полости до операции, и способствует возникновению и увеличению осложнений в послеоперационном периоде.

Выводы.

1. Поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью (29,1%) и длительное наблюдение (5,3%) их в стационаре являются основной причиной развития внутрибрюшных гнойно-воспалительных осложнений.

2. Послеоперационные септические процессы в большинстве случаев являются продолжением дооперационных осложнений.

3. Аппендэктомия должна производиться независимо от стадии воспаления до развития внутрибрюшных гнойных осложнений.

4. Снизить позднюю обращаемость пациентов за медицинской помощью может активная целенаправленная санитарно-просветительская работа и запрет в СМИ на рекламирование спастических и обезболивающих препаратов.

Литература.

1. Аверьянов М.Г. Эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями в хирургических стационарах с использованием компьютерной программы эпидемиологического мониторинга: тез. докл. II российск. науч.-практ. конф. с межд. участием / М.Г. Аверьянов, В.Т. Соколовский. М., 1999. С. 6-7.

2. Алиев С.А. Эволюция способа перитонизации культи червеобразного отростка при остром деструктивном аппендиците, осложненном тифлитом / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии. 2006. Т. 165. № 1. С. 67-71.

3. Брискин Б.С. Внутрибольничные инфекции и их профилактика: взгляд хирурга / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян // Абдоминальная хирургия. 2002. Т. 04. № 6. С. 46-51.

4. Завада Н.В. Основные направления развития неотложной хирургии в Республике Беларусь. / Н.В. Завада, И.И. Пикиреня // Медицина. 2009. № 3. С. 13-16.

5. Торгунаков А.П. Что делать при простом (катаральном) аппендиците? / А.П. Торгунаков // Хирургия. 2005. № 7. С. 60-62.

6. Appendicitis necessitates: appendicitis perforating the abdominal wall / I. Gockel [et al.] // Chirurg. – 2007. – Vol. 78, № 9. – P. 840-842.

7. Physiologic predictors of postoperative abscess in children with perforated appendicitis: subset analysis from a prospective randomized trial / J.D. Fraser [et al.] // Surgery. – 2010. – Vol. 147, № 5. P. 729-732.

8. Boland, E. Subhepatic abscess caused by retained appendicolith: a rare complication requiring surgical intervention / E. Boland, J.S. Thompson // Surg. – 2009. Vol. 75, № 6. – P. 515-516.