

УДК 616-089:616.346.2-089.87

*М.Д. Василюк, С.М. Василюк, І.Р. Лаб'як***ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ***Івано-Франківський національний медичний університет*

Із прооперованих 515 хворих з гострим апендицитом у 111 спостерігались різні ускладнення після оперативних втручань. З них 64 хворих були старечого і похилого віку. 9,4% пацієнтів поступили у клініку до 6 годин, а решта на 2-3 добу після початку захворювання. Спостерігались труднощі у постановці діагнозу. 85% хворих прооперовані в перші 4 години від моменту поступлення, а решті пацієнтів були проведені відтерміновані оперативні втручання. 94% хворих оперовано з доступу за Волковичем-Д'яконовим і 6% проведена середньо-серединна лапаротомія. У цих хворих спостерігався місцевий і загальний перитоніт. Дренування черевної порожнини проводили у правій, в окремих випадках у лівій здухвинних ділянках, а при розлитих перитонітах і апендикулярних абсцесах проводили широке дренування черевної порожнини із чотирьох точок. У післяопераційному періоді проводили інтенсивну терапію з ціленаправленим введенням антибіотиків. Смертності не спостерігалось.

Ключові слова: гострий деструктивний апендицит, перитоніт місцевий, перитоніт загальний, апендикулярний інфільтрат.

Апендектомія складає більше 80% оперативних втручань, виконаних при гострій хірургічній патології.

Матеріал та методи

Всього обстежено 515 хворих на гострий апендицит, які знаходились на лікуванні у клініці за три останні роки. З них 111 хворих були працездатного віку, 64 хворих похилого і старечого віку. У 15 людей працездатного віку спостерігали місцевий гнійний перитоніт, у 96 хворих – серозний місцевий і дифузний перитоніт. У людей похилого і старечого віку гострий гангренозний і перфоративний апендицит зустрічався у 25 хворих, у 9 загальний розлитий перитоніт, у 13 – дифузний і місцевий, у 3 нагноєний апендикулярний інфільтрат. Флегмонозний апендицит був у 33 хворих з них у 3 ускладнений гнійним дифузним перитонітом, у 30 – серозним місцевим та дифузним перитонітом.

В клініку поступило 9,6% хворих до 6 годин від початку захворювання. У цих хворих розлитого перитоніту не спостерігалось. 51,6% поступили в першу добу захворювання і 38,8% через 2 і більше діб. Причиною пізньої госпіталізації у 94,5% було самолікування. Ці хворі застосовували очисні клізми, грілки, знеболювальні середники і тільки з погіршенням стану звертались у клініку. Деструктивний гострий апендицит зустрічався у 175 хворих (флегмонозний, гангренозний і гангренозно-перфоративний). Серозний перитоніт, як правило був місцевий.

Результати та обговорення

Тільки у 28,6% діагноз при поступленні був встановлений, як гострий апендицит. 21,2% хворих поступали з діагнозом: гострий холецистит, панкреатит, виразкова хвороба шлунку і ДПК, ниркова коліка та ін. Правильний діагноз у цих хворих був встановлений після додаткових методів обстеження.

Температура тіла у хворих з деструктивними формами апендициту була $37,2 \pm 0,5^\circ\text{C}$. Таким чином, за показниками температури тіла не можна було твердити про наявність гострого апендициту у даних хворих. Лейкоцитоз у більшості пацієнтів був у межах $6-8 \times 10^9/\text{л}$, і тільки при оцінці лейкоцитарної формули спостерігався нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом формули ліворуч.

Основними симптомами захворювання у всіх хворих похилого і старечого віку була біль у правій здухвинній ділянці або навколо пупка. Захисне напруження м'язів передньої черевної стінки відмічалось у 24,5% хворих. Симтом Щоткіна-Блюмберга був позитивним у 52% хворих, Ровзінга – 43%, Сітковського – 34%. У 89% хворих старечого віку були наявні важкі супутні захворювання: ішемічна хвороба серця, дифузний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба серця, ожиріння, цукровий діабет, хронічні захворювання легень та інші хвороби, які в певній мірі затруднювали діагностику гострого апендициту.

У 85% хворих оперативне втручання було

виконано у перші 1-4 години після поступлення в клініку і у 15% відтерміноване в зв'язку з відмовою хворого від оперативного втручання або в зв'язку з неясною клінічною картиною. Всім хворим операції були проведені під загальним знеболенням. Під місцевим знеболенням оперативні втручаннями не виконували, оскільки цей вид анестезії потребує значного психологічного, фізичного та емоційного напруження під час оперативного втручання.

За допомогою типового розтину за Волковичем-Д'яконовим прооперовано 94% хворих і середньо-серединної лапаротомії – 6%. При простих формах гострого апендициту операція закінчувалась введенням ПВХ трубки до місця розташування апендикулярного відростка та в малий таз. При дифузних перитонітах, крім ПВХ трубки використовували гумовий дренаж. У 6 хворих з дифузним гнійним перитонітом дренивали черевну порожнину у правій та лівій здухвинних ділянках. При розлитих перитонітах і апендикулярних абсцесах проводили широке дренивання черевної порожнини із чотирьох точок в правій та лівій підреберних та здухвинних ділянках малого тазу та латеральних каналів. При всіх гнійних перитонітах проводили посів гною на ідентифікацію збудника та визначення чутливості до антибіотиків. У післяопераційному періоді призначали антибіотики широкого спектру дії: цефтріаксон, цефотаксим, цифран, метрогіл, абактал та інші. У 40% хворих призначали синтетичні пеніциліни у комбінації з вищеприведеними антибіотиками. В черевну порожнину антибіотики не вводили. Одночасно застосовувалась детоксикаційна та симптоматична терапія. З другої доби після операції назначались стимулятори перистальтики (прозерін, церукал).

Як правило у всіх хворих глухий шов на рану не накладався. У післяопераційному періоді для профілактики тромбоемболічних ускладнень всім хворим назначали підшкірні ін'єкції клексану по 0,3 або фраксипарину по 0,2 мл в добу. Летальності у хворих похилого та старечого віку не було.

Післяопераційні ускладнення: пневмонії – 6%, нагноєння рани – 12,6%. У хворих з надмірною масою тіла проводили інтенсивну профілактику дихальної дисфункції: заходи, що покращують дихальну функцію легень

(дихальна гімнастика, еуфілін, відхаркуючі та інше). При підозрі на виникнення госпітальної пневмонії призначали рентгенографію органів грудної клітки та консультацію терапевтів з наступним лікуванням.

В и с н о в к и

1. 90,4% хворих старечого і похилого віку поступають у клініку в пізні терміни захворювання.

2. Температура тіла, лейкоцитоз при поступленні не відіграють важливого діагностичного значення. Необхідно проводити ретельне клінічне обстеження таке, як ультрасонографію органів черевної порожнини і оцінювати лейкоцитарну формулу.

3. У хворих з перитонітом і абсцесами, необхідно проводити ретельну санацію черевної порожнини із широким дрениванням, визначення бактеріограми і призначати антибіотики широкого спектру дії.

4. У майбутньому доцільно було б проводити санітарно-освітню роботу у людей старечого і похилого віку, спрямовану на раннє звернення при виникненні болю в черевній порожнині.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.Д. Василюк, С.М. Василюк, И.Р. Лабьяк

Из прооперированных 515 больных с острым аппендицитом в 111 наблюдались разные осложнения после оперативных вмешательств. Из них 64 больных были старческого и преклонного возраста. 9,4% пациентов поступило в клинику до 6-ти часов, а остальные на 2-3 сутки после начала заболевания. Наблюдались трудности в постановке диагноза. 85% больных прооперированы в первые 4 часа от момента поступления, а остальным пациентам были проведены отсроченные оперативные вмешательства. 94% больных оперировано из доступа за Волковичем-Дьяконовым и 6% проведена средне-срединная лапаротомия. У этих больных наблюдался местный и общий перитонит. Дренирования брюшной полости проводили в правом, в отдельных случаях в левом подвздошном участке, а при разлитом перитоните и апендикулярных абсцессах проводили широкое дренирование брюшной полости из четырех точек. В послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию с целенаправленным введением антибиотиков. Смертности не наблюдалось.

Ключевые слова: острый деструктивный аппендицит, перитонит местный, перитонит общий, апендикулярный инфильтрат.

ACUTE APPENDICITIS FOR PEOPLE OF ELDERLY AND SENILE AGE

M. Vasylyuk, S. Vasylyuk, I. Labyak

From operated 515 patients with acute appendicitis in 111 there were different complications after operative interventions. From them 64 patients were senile and declining years. 9,4% patients was hospitalised to 6 hours, and other on a 2-3-rd day after the beginning of disease. There were difficulties in raising of diagnosis. 85% patients to operate in the first 4 hours from a moment hospitalisation, and to other patients were conducted to carry operative interventions. 94% patients are operated from access after Volkovich-D'yakonov and 6% middling-middle laparotomy is conducted. These patients had local and general peritonitis. The catchments of abdominal region were conducted in right, on occasion in the left iliac area, and at general peritonitis and appendicited abscesses conduct-

ed the wide catchment of abdominal region from four points. In a postoperative period conducted intensive therapy with purposeful introduction of antibiotics. A death rate was not observed.

Key words: acute destructive appendicitis, local peritonitis, general peritonitis, appendicular infiltration.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. – Л., 1972. – 185 с.
2. Кавин В.О. Особливості імунно-біологічних зрушень в організмі при різних формах аппендициту / В.О. Кавин. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук, Тернопіль. – 1999. – 20 с.
3. Юхтин В.И. Острый аппендицит у больных пожилого и старческого возраста / В.И. Юхтин, И.Н. Хуторянский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1984. – № 8. – С. 22-26.

Стаття надійшла 10.03.2011