

УДК 616.346-084

DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-1-64-68

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ОТРОСТКА

А.И. Мусаев, С.А. Ахматов, Т.А. Калыбеков, Максут у. Э.

При остром аппендиците нередко выявляется атипичное расположение отростка, из-за которого в послеоперационном периоде наиболее часто возникают различные осложнения, при этом больные требуют более длительного пребывания в стационаре и материальных затрат. В этом плане важным моментом является профилактика воспалительных осложнений в момент операции и после нее. В данной статье оценивается эффективность примененных мер профилактики после аппендэктомии, выполненной по поводу острого аппендицита при атипичном расположении отростка. Выполнен анализ результатов оперативного лечения больных с острым аппендицитом с атипичным расположением отростка у 64 пациентов, большинство из них были женщины в сравнении с мужчинами и чаще были госпитализированы до 24 часов с момента заболевания. Выделены 2 группы: первую составили 26 больных, у которых меры профилактики были традиционными (противовоспалительная, инфузионная терапия), а во вторую группу, которая для нас была основной, включены 38 больных, у них использованы с целью профилактики осложнений регионарная лимфостимуляция по методике С.У. Джумабаева, орошение брюшной полости и операционной раны выполняли озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8–10 мкг/мл. Обе группы по основным параметрам заболевания были равнозначны. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении отростка после аппендэктомии регионарную лимфостимуляцию выполняли в переходную складку брюшины, при мезоцелиакальном – в брыжейку подвздошной кишки, при высоком – в круглую связку печени и переходную складку брюшины илеоцелиакальной области, при левостороннем расположении отростка и низком – в переходную складку брюшины. Использование регионарной лимфостимуляции и орошение брюшной полости и операционной раны позволили снизить частоту осложнений в 8 раз.

Ключевые слова: острый аппендицит; атипичное расположение; диагностика; лечение; меры профилактики; регионарная лимфостимуляция.

КУРЧ КАРМАГАН СОКУР ИЧЕГИНИН ӨЗГӨЧӨ ЖАЙГАШУУСУНДА КАБЫЛДАП КЕТҮҮЛӨРДҮН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫ

А.И. Мусаев, С.А. Ахматов, Т.А. Калыбеков, Максут у. Э.

Курч кармаган сокур ичегинин типтүү эмес жайгашкан жери көп кезедешет, ага байланыштуу көбүнчө операциядан кийинки мезгилде ар кандай кабылдап кетүүлөр пайда болот, мындай учурда бейтаптардын ооруканада узак убакыт болушун жана материалдык чыгымдарды талап кылат. Бул жагынан алганда, маанилүү жагдай операция учурунда жана андан кийин кабылдап кетүүлөрдүн алдын алуу болуп саналат. Бул макалада типтүү эмес жайгашкан курч кармаган сокур ичеги үчүн жасалган аппендэктомиядан кийин колдонулган алдын алуу иш-чараларынын натыйжалуулугу бааланат. Курч кармаган сокур ичеги менен ооруган 64 бейтаптын хирургиялык дарылоонун натыйжаларына талдоо жүргүзүлдү, алардын көпчүлүгү аялдар жана эркектерге салыштырмалуу ооруган учурдан тартып 24 саатка чейин ооруканага көп жаткырылган. Эки топ аныкталган: биринчиси 26 бейтаптан турган, аларда профилактикалык иш-чаралар колдонулган (сезгенүүгө каршы, инфузиялык терапия) жана биз үчүн негизги болгон экинчи топко 38 бейтап кирген, кабылдап кетүүнүн алдын алуу үчүн аларга С.У. Жумабаевдин ыкмасы боюнча аймактык лимфа дүүлүктүрүүнү колдонушкан, ага ылайык курсак көңдөйүн жана хирургиялык жаратты 8–10 мкг/мл озондун концентрациясы менен туздуу натрий хлоридинин озондоштурулган эритмеси менен чайкашкан. Эки топ тең оорунун негизги параметрлери боюнча бирдей болгон. Аппендэктомиядан кийин сокур ичегинин ретроцекалдык жана ретроперитонеалдык жайгашуусунда ичтин өтмө бүктөмүндө, мезоцеллилер менен – жоон ичегинин мезентериясына, жогору жайгашканда – боордун тегерек байламтасына жана ичтин илеоцелиялык аймагынын өтмө бүктөлүшүнө, сол жакта жана төмөн жайгашуусунда – ичтин өтмө бүктөмүнө аймактык лимфа дүүлүктүрүү жасалган. Аймактык лимфа дүүлүктүрүүнү жана ич көңдөйүн, хирургиялык жаратты чайкоо ыкмасын колдонуу кабылдап кетүүлөрдү 8 эсеге чейин кыскартууга мүмкүндүк берди.

Түйүндүү сөздөр: курч кармаган сокур ичеги; типтүү эмес жайгашкан; дартты аныктоо; дарылоо; алдын алуу чаралары; аймактык лимфа дүүлүктүрүү.

MEASURES TO PREVENT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ABNORMAL POSITION OF THE APPENDIX

A.I. Musaev, S.A. Akhmatov, T.A. Kalybekov, Maksut u. E.

Abnormal position of the appendix is often revealed in acute appendicitis cases, in which various complications occur most often in the postoperative period, while patients require a longer hospital stay and cause financial expenses. Thus, it is important to prevent the inflammatory complications during surgery and after it. To evaluate the effectiveness of the preventive measures applied after appendectomy performed for acute appendicitis with an abnormal position of the appendix. The analysis of the results of surgical treatment was performed on 64 patients with acute appendicitis with abnormal position of the appendix, which amounted to 13.2 % of the number of patients who have undergone surgery for acute appendicitis. The majority of these patients were women and they were often hospitalized within 24 hours since symptoms were revealed. Patients were separated into 2 groups: the first group included 26 patients who received traditional preventive measures (anti-inflammatory and infusion therapy), and the second group which was the main one for us, included 38 patients, who received the regional lymphatic stimulation by the method of S.U. Dzhumabaev as preventive measures from complications, abdominal cavity and surgical wound were irrigated by the ozonated saline (sodium chloride with ozone concentration of 8–10 µ/ml). Both groups had the equivalent main parameters of the disease. The patients with retrocecal and retroperitoneal position of the appendix after appendectomy, the regional lymphatic stimulation was performed in the transitional fold of the peritoneum, patients with mesocecal position have received it in the mesentery of the ileum, patients with a higher position received it in the round ligament of the liver and in the transitional fold of the peritoneum in the ileocolic region, patients with a left-sided and lower position have received it in the transitional fold of the peritoneum. The use of regional lymphatic stimulation and irrigation of the abdominal cavity and surgical wound has reduced the frequency of complications by 8 times.

Keywords: acute appendicitis; abnormal position of the appendix; diagnostics; treatment; preventive measures; regional lymphatic stimulation.

Введение. Острый аппендицит – самое распространённое заболевание органов брюшной полости, диагностика которого и в настоящее время в ряде случаев затруднительна, особенно при атипичном расположении аппендикулярного отростка [1–3].

В настоящее время многие исследователи указывают, что частота диагностических ошибок острого аппендицита более высокая при атипичном расположении, так как клинические проявления не совпадают с типичным течением острого аппендицита. Атипичное расположение, по данным литературных сведений, колеблется от 8 до 20 %. Кроме того, большинство исследователей указывают, что, несмотря на достижение современных методов диагностики, они в 100 % не обеспечивают определение характера заболевания [4, 5], а частота осложнений после аппендэктомии значительно выше, чем при типичном расположении отростка [6, 7], что обусловлено более выраженной драматичностью. В этом плане идут поиски более совершенных мер профилактики осложнения у этой группы больных, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Материал и методы. Исследование основано на результатах наблюдения за больными, оперированными в хирургических отделениях Горьковской клинической больницы № 1 г. Бишкека,

за период с 2016 по декабрь-месяц 2020 г. включительно. За этот период в клинике с диагнозом «Острый аппендицит» оперировано 482 больных, из них с атипичным расположением отростка – 64 пациента, что составляет 13,2 %. Женщин было 38, мужчин – 26. Преобладали пациенты в возрасте от 16 до 30 лет (31,3 %), меньший удельный вес составила группа больных от 31 до 40 лет (23,4%) (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту (n = 64)

Возрастная группа, лет	Женщины	Мужчины	Всего	
	абс. ч.	абс. ч.	абс. ч.	%
16–30	12	8	20	31,3
31–40	9	6	15	23,4
41–50	7	5	12	18,8
51–60	6	4	10	15,6
Старше 60 лет	4	3	7	10,9
Всего	38 (59,3 %)	26 (40,7 %)	64	100,0

Анализ сроков госпитализации с момента появления признаков заболевания показал, что в период до 12 часов поступил 31 больной, от 12 до 24 часов – 21, от одних суток до трех госпитализировано 5, а позже трех суток поступило 3 пациента. Чаще госпитализированы больные с давностью заболевания до 12 часов.

В обследовании больных использовали анамнез, данные объективного исследования, локального, лабораторного (общий анализ крови, свёртываемость), лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я. Кальф-Калифу [8], инструментальные (УЗИ) и электрокардиограмму выполняли больным старше 50 лет. Ультразвуковое исследование выполняли аппаратом ALOKA Prosound F37 в масштабе реального времени.

Результаты исследования больных и выполненной операции показали, что из 64 пациентов ретроцекальное расположение выявлено у 26, ретроперитонеальное – у 15, мезоцелиакальное – у 7, высокое – у 7, низкое – у 8 и у двух – в левой подвздошной области при обратном расположении органов брюшной полости.

Клинические проявления при атипичном расположении были многообразны, но болевой синдром был ведущим при любой локализации. При высоком расположении клинические проявления были сходны с острым холециститом, а у двух больных сходны с признаками правосторонней пневмонии. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении отростка болевой синдром локализовался в поясничной области, но при глубокой пальпации живота все же наблюдалась болезненность в правой подвздошной области и слабо положительные симптомы острого аппендицита.

Для мезоцелиакального расположения характерны схваткообразные боли в животе, что требовало дифференциальной диагностики о кишечной непроходимости. При ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении применение ультразвукового исследования позволило исключить заболевания почек и мочеполовой системы, а при мезоцелиакальном – кишечную непроходимость. При низком расположении отростка боли локализовались внизу живота и их трудно было дифференцировать у женщин с заболеванием мочеполовой системы.

При ультразвуковом и гинекологическом обследовании у трех больных не удалось исключить гинекологическую патологию и лишь в момент операции установлена локализация отростка и его воспаление. При левостороннем расположении отростка боли и признаки острого аппендицита были четко выражены и диагноз

поставить удалось, учитывая наличие обратного расположения внутренних органов. Из лабораторных методов исследования в момент поступления количество лейкоцитов колебалось от $10,5 \times 10^9/\text{л}$, до $14,2 \times 10^9/\text{л}$, а ЛИИ от 1,5 до 3,

При ультразвуковом исследовании аппендикулярный отросток удалось визуализировать у 46 больных с наличием просвета отростка, утолщением его стенок, а у 18 – наличие выпота. На основании данных жалоб, объективного, инструментального и лабораторного исследования диагноз острого аппендицита был установлен у 60 больных, а у 4-х – в момент операций. После обследования все больные были оперированы, в основном под внутривенным наркозом, у 4-х – под местным обезболиванием, у 8 пациентов – под эндотрахеальным наркозом.

Доступ при аппендэктомии у большинства был по Волковичу – Дьяконову, у 4-х – в правом подреберье по Федорову, так как до операции выставлен диагноз Острый холецистит, а в момент операции Острый аппендицит с высоким расположением червеобразного отростка, еще у 4-х выполнена ниже-срединная лапаротомия. Из них у двух до операции не было уверенности в остром аппендиците, а было больше данных за заболевание органов малого таза, и у двух больных с левосторонним расположением отростка тоже выполнена ниже-срединная лапаротомия. Здесь была деструктивная форма аппендицита с местным перитонитом. Типичная аппендэктомия с погружением культи кيسетным швом выполнена у 41, с применением дополнительных узловых швов у 23 больных. В момент операции и затем при гистологическом исследовании, катаральная форма была выявлена у 5 больных, флегмонозная – у 37 и гангренозная форма с местным перитонитом – у 12.

Для оценки использованных мер профилактики мы выделили 2 группы. Первая группа (26 чел) получала традиционную противовоспалительную терапию, инфузионную и обезболивающие средства по показанию. Вторая группа, которая для нас была основной, включала 38 больных, у которых нами были использованы меры профилактики осложнений: в момент операции выполняли регионарную лимфостимуляцию в переходную складку брюшины при

ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении, в брыжейку тонкого кишечника – при мезоцелиакальном, в круглую связку печени при высоком расположении, а при низком и левостороннем расположении – в переходную складку брюшины. Регионарную лимфостимуляцию выполняли по методике, разработанной С.У. Джумабаевым [9]. Смесь состояла из цефазолина 1,0 + гепарина 70 МЕ на кг веса + прозерина 2 мл + лидазы 8–12 ед, на 0,5%-м растворе новокаина 10,0–15,0 мл. После операции больные с деструктивными формами острого аппендицита получали цефазолин 1,0 внутривенно 2 раза в сутки на протяжении 5 дней, а при катаральной форме антибиотика не применяли.

В момент операции брюшную полость орошали озонированным раствором с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, а также орошали операционную рану перед ее ушиванием. При деструктивных формах брюшную полость дренировали микроиригатором, и после операции пациенты получали цефазолин 1,0 внутривенно в сочетании с метронидазолом 100,0 мл внутривенно 2 раза в сутки на протяжении 3-х дней.

Для оценки эффективности наших мер профилактики мы проанализировали течение послеоперационного периода и при этом установили, что осложнения у больных контрольной группы имели место у 9 пациентов. Это были раневые осложнения у 4-х, парез кишечника у 4-х и кишечная непроходимость у одного. Среднее пребывание в стационаре составило $8,3 \pm 0,97$ койко-дня.

Иные результаты были получены у больных основной группы, здесь мы не наблюдали пареза кишечника, а раневые осложнения имели место у трех больных. Таким образом, результаты наших исследований показали более благоприятное течение послеоперационного периода при использовании разработанных нами подходов в оперативном лечении острого аппендицита при атипичном расположении отростка, и среднее пребывание в стационаре составляло $5,4 \pm 0,21$ суток.

Обсуждение. Несмотря на множество методов профилактики осложнений после аппендэктомии, их частота изменилась незначительно, особенно при атипичном расположении

отростка, так как операции более травматичны и необходимы поиски мер профилактики. Мы обратили внимание, что при атипичном расположении отростка после операции часто развивается парез кишечника и раневые осложнения и использовали регионарную лимфостимуляцию для улучшения дренажной функции лимфатической системы, что доказано рядом исследователей [9–12]. Введение антибиотика с лимфотропной смеси с учетом расположения лимфатических узлов и сосудов предотвращает прогрессирование воспалительного процесса. Озонированные растворы обладают бактерицидным, бактериостатическим и иммуномодулирующим действием и способствуют снижению контаминации послеоперационных ран. Использование этих мер позволило улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания в стационаре.

Выводы

1. Атипичное расположение аппендиклярного отростка на нашем материале составило 13,1 %.

2. С целью профилактики осложнений после аппендэктомии при атипичном расположении отростка применение региональной лимфостимуляции в момент операции и орошение брюшной полости озонированным раствором снижает частоту осложнения и сроки пребывания в стационаре.

Литература

1. *Касимов А.А.* Современное состояние диагностики острого аппендицита / А.А. Касимов, С.А. Мухин // СТМ. 2013. Т. 5. № 4. С. 11.
2. *Бутырский А.Г.* Актуальные проблемы острого аппендицита / А.Г. Бутырский, М.Д. Хакимов, С.С. Хилько // Травматический медико-биологический вестник. 2018. Т. 21. № 1. С. 28–33.
3. *Charyshkin A.L.* Preperitoneal blockade in the treatment of patients with perforated gastroduodenal ulcers and peritonitis / A.L. Charyshkin, S.A. Yakovlev, V.P. Demin // Int. J. Biomed. 2016. Vol. 6. № 2. P. 114–118.
4. *Ремизов О.В.* Возможности лучевой визуализации при остром аппендиците / О.В. Ремизин, С.С. Маскин, А.М. Карсанов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017. № 12. С. 105–110.
5. *Carroll P.J.* Surgeon – performed ultrasound at the bedside for the detection of appendicitis and

- gallstones: systematic review and meta-analysis / P.J. Carroll, D. Gibson // *Am J. Surgery*. 2013. Vol. 205. № 1. P. 102–108.
6. *Корита В.Р.* Осложнения острого аппендицита с ретроцекальным и ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка / В.Р. Корита, С.А. Вавренчук, И.Н. Стрельцова // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*, 2007. Т. 56. № 4. С. 101–102.
 7. *Майстренко Н.А.* Современные тенденции в диагностике и лечении деструктивного аппендицита / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, М.В. Агин // *Вестник хирургии*. 2017. Т. 176. № 3. С. 67–73.
 8. *Любарский М.С.* Лимфотропное введение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений / М.С. Любарский, А.Б. Белужников, Э.Д. Филипов // *Проблемы клинической и экспериментальной лифологии*. Новосибирск, 1992. С. 104–105.
 9. *Джумабаев С.У.* Региональная лимфатическая терапия / С.У. Джумабаев // *Медицинский журнал Узбекистана*. 1990. № 9. С. 36–53.
 10. *Кальф-Калиф Я.Я.* О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении / Я.Я. Кальф-Кальф // *Врачебное дело*. 1941. № 1. С. 31–33.
 11. *Пекарев О.Г.* Состояние гемо-лимфоциркуляции при обострении хронического воспалительного процесса органов малого таза у женщин в условиях коррекции / О.Г. Пекарев // *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2019. № 3. С. 12–30.
 12. *Мусаев А.И.* Лимфостимулирующая терапия в коррекции синдрома системной воспалительной реакции / А.И. Мусаев, У.Э. Усубакунов // *Казанский медицинский журнал*. Казань, 2016. С. 239–244.