

Клиническое Течение Острого Аппендицита И Изменения Морфологии Аппендицита В Бухарской Области

Рахматуллаев Ж. Д.¹

Аннотация: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 183 больных с перитонитом, развившимся на фоне острого аппендицита в Бухарском и Вобкентском отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2020-2021 годах. В зависимости от времени поступления в стационар все больные были условно разделены на следующие подгруппы: 1А - подгруппа (n=130) поступили в стационар в течение 6-8 часов от начала заболевания и поступили в стационар в течение 16-20 часов от начала заболевания и перенесли аппендэктомию и дренирование брюшной полости 1Б - подгруппа (n=50), 1В - подгруппа (n=3) поступили в стационар в течение 21-36 часов от начала заболевания и перенесли аппендэктомию, санацию брюшной полости и дренирование. Результаты анализа показали, что ранняя диагностика и ранняя аппендэктомия у пациентов повлияли на сокращение срока выздоровления после заболевания и возвращение к активной жизни.

Ключевые слова: перитонит, стационар, аппендэктомия, брюшная полость, дренирование, диагностика, активная жизнь.

Актуальность

Перитонит, как осложнение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости встречается у 15-30% пациентов [4]. До настоящего времени проблема лечения перитонита по-прежнему остается одной из самых актуальных в связи с высоким уровнем летальности, который, несмотря на постоянно совершенствующиеся методы лечения и использование современных антибактериальных препаратов, не имеет тенденции к снижению и колеблется в широком диапазоне от 18,3% до 62,8% [1,2,4]. Перитонит является полимикробным заболеванием с участием широкого спектра анаэробных и аэробных грамотрицательных микроорганизмов. Присоединение к аэробным микроорганизмам анаэробов обычно усугубляет течение гнойно-воспалительного процесса. За последние десятилетия выявлены существенные изменения чувствительности основных возбудителей распространенного гнойного перитонита к антимикробным препаратам [1,4]. С увеличением продолжительности применения того или иного антибиотика и эмпирическим подходом в лечении возросла частота устойчивых форм в микробных популяциях, а в результате введения в практику новых препаратов расширился спектр резистентности и сформировались множественно устойчивые штаммы [1].

Успех в лечении такого серьезного заболевания как перитонит обеспечивается комплексом лечебных мероприятий, одним из которых является антибактериальная терапия. Известно, что нерациональное применение антибиотиков в послеоперационном периоде существенно ухудшает результаты лечения, увеличивая уровень неблагоприятных исходов [2,4]. Для проведения рациональной антибактериальной терапии необходимо точное и быстрое определение чувствительности к широкому спектру антибиотиков. Поэтому в настоящее время большое значение приобретает разработка новых методов экспресс-диагностики микрофлоры при перитоните с идентификацией доминирующих возбудителей и прогнозированием их вероятной динамической смены. Это позволит значительно ускорить переход к избирательной

¹ Бухарский государственный медицинский институт



этиотропной антибактериальной терапии и избежать неблагоприятных последствий длительного необоснованного применения антибиотиков широкого спектра действия [3].

Цель. улучшить результаты хирургического лечения больных с перитонитом путем изучения влияния жаркого климата на процесс развития перитонита.

Материалы и методы

Было обследовано 183 больных в Бухарском и Вабкентском филиале Республиканского экстренного научного центра медицинской помощи за 2020-2021г. С учетом проведенного метода операции все обследованные больные условно были распределены на условные подгруппы. В первую А подгруппу составили 130 (71,2%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 6-8 часов от начало приступа и выполнена операция аппендэктомия, первую Б подгруппу составили 50 (27,4%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 16-20 часов от начало приступа и выполнена операция аппендэктомия с дренированием брюшной полости, первую В подгруппу составили 3 (1,4%) больных аппендикулярным перитонитом поступившие до 21-36 часов от начало приступа, выполнена операция аппендэктомия с санацией и дренированием брюшной полости. Для однородности групп в исследовании отобраны больные в возрасте от 18 до 45 лет, которые не имели сопутствующих заболеваний. По степени патологических изменений в червеобразном отростке определяли согласно классификации В.С. Савельева, которые приведены в табл. 1.

Таблица 1. Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1А подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
катаральный	21	16,2
флегмонозный	109	83,8
Всего	130	100

Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1Б подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
флегмонозный	36	72
гангренозный	14	28
Всего	50	100

Частота и вид патологических изменений на червеобразном отростке в 1В подгруппе.

Вид изменения	Количество пациентов	%
флегмонозный	1	33,3
гангренозный	1	33,3
гангренозно - перфоративный	1	33,3
Всего	3	100

Всем больным этой группы выполнен разрез с точки Мак-Бурнея по Дьяконов – Волковичу.

При поступлении больных большое внимание уделялось сбору анамнеза. Выяснялись сведения о болевом синдроме, длительности существования боли, характере и локализации болей, их интенсивности. Оценивалось присутствие тошноты, рвоты, сухости во рту, температуры тела. При осмотре пациента визуально оценивали цвет кожных покровов и слизистых оболочек. Объективное исследование включало: пальпаторное определение перитонеальных симптомов. Всем больным проводилась из инструментальных; ультразвуковое исследование, рентгенография брюшной полости. Из лабораторных исследований; общий анализ крови, общий анализ мочи, определение индекса интоксикации. На основании клинических и лабораторных обследования всем больным было решено произвести оперативное вмешательство: аппендэктомия. Из 183 (100%) первой группе больных были мужчины-



136(73,1%) из них в первую А подгруппу составили-52(38,2%) больных, первую Б подгруппу-54(39,7%), первую В подгруппу-30(22,1), из общего числа женщин была-47(25,7%), из них в первую А подгруппу составили-19(40,4%) больных, первую Б подгруппу- 17 (36,2%), первую В подгруппу-11 (23,4%). По полу, возрасту, длительности течения заболевания подгруппы больных были синхронными. (табл.2)

Таблица 2. Группы пациентов в зависимости от видов оперативного лечения

Показатель	От всего количества (n=183)	Первая А подгруппа (n=130)	Первая Б подгруппа (n=50)	Первая В подгруппа (n=3)
% Мужчин	73,1	38,2	39,7	22,1
% Женщин	26,9	40,4	36,2	23,4
Средний возраст	31,5±10,1	27,4±7,1	39,1±5,1	23,3±6,5
Длительность от начало аппендикулярных симптомов (часы)	28,3±8,2	8,4±2,3	15,4±4,8	32,4±3,6

Отказа пациентов от оперативного вмешательства не выявлено. Все операции проводились под местной-64 (35,0%) и внутривенной-119(65,0%) (причиной к этому являлось желание пациентов и возбужденное состояние больных) анестезии. Всем пациентам послеоперационном периоде проводилась комплексная медикаментозная терапия, включающая в себя коррекцию нарушений электролитно-водного обмена, введение антибиотиков и ежедневное смена повязок.

Результаты и обсуждение

Для сравнения подгруппами мы выделили следующие критерии:

1. длительность оперативного вмешательства и анестезии.
2. продолжительность пребывания в стационаре.
3. наличие осложнений в раннем послеоперационном периоде. Полученные результаты отражены в табл.3и 4

Таблица 3. Сравнительная характеристика I-II группы.

Критерии сравнения	Первая А подгруппа	Первая Б подгруппа	Первая В подгруппа	Среднем
Длительность операции (минут)	37 ± 8,2	48 ± 5,2	58± 7,5	47,5±7,0
Продолжительность пребывания в стационаре (день)	3±1,4	4± 2,4	7,8 ± 0,9	4,9±1,6

Как видно при сравнении данных таблицы № 3, средняя продолжительность операций, выполненных первой А подгруппе больных в среднем составляла 47,5 минут, во первой В подгруппе больных время длительности операций занимало до 58 минут. По нашему мнению, это связано с перитонеальными осложнениями, которые существенно влияли на время операции, а также минимализация травматичности операции. (Таб.4)

Таблица 4. Сравнительная характеристика осложнений основной группы больных.

Критерии сравнения	Первая А подгруппа	Первая Б подгруппа	Первая В подгруппа	Среднем
Нагноение раны	2(1,0%)	11(14,8%)	2 (50,0%)	15(5,5%)
Гематома	1(0,5%)	0(0%)	0(0%)	1(0,4%)
Инфильтрат раны	3(1,5%)	5(6,8%)	1(25,0%)	9(3,3%)



Из Таб.4 следует отметить нагноение раны в первой А подгруппе наблюдали-2(1,0%) больных, первой Б подгруппе - 11(14,8%) и первой В подгруппе -2 (50,0%). Гематома в послеоперационном периоде у основной группы больных в среднем встречались в 0,4% случаях, Инфильтрат раны послеоперационном периоде наблюдалась у 3,3% случаях.

Таблица 5. Динамика сравнительной оценки показателей интоксикации I группа больных

Критерии сравнения	1-сутки	2-сутки	4-сутки	5-сутки	7-сутки
	Температура тела	37,7±1,1	37,4±0,8	37,2±0,6	37,0±0,5
Пульс	92,0±8,0	88,0±7,5	86,0±5,5	82±4,5	76±4,0
Лейкоциты	14,7±3,8	12,5±4,4	10,4±3,1	8,7±1,2	8,4±1,0
СОЭ	22,5±3,2	21,2±3,3	20,1±3,5	18,5±3,7	15,8±1,8
Лимфоциты	32,1±5,2	30,5±4,7	28,7±3,7	25,5±4,2	23,1±2,6
Молекула средней массы($\lambda = 254$ нм) усл. Ед.	0,84±0,02	0,72±0,02	0,61±0,01	0,49±0,04	0,35±0,02
Лейкоцитарный индекс интоксикации	7,7±1,2	6,8±1,3	5,5±1,1	4,1±0,5	2,7±0,9.

В Таблице 5 приведена динамика показателей интоксикации основной группы больных, из которых видно, что в первой группе при поступлении частота пульса в среднем было 92 уд. в минуту, температура тела составила в среднем 37,7⁰С после произведенного оперативного и консервативного лечения показатели стали уменьшаться, приравнялась к норме (5 суткам). Остальные лабораторные показатели, отражающие ответную реакцию организма на воспалительные процессы, уравнились к норме к 7 суткам после госпитализации больных в стационар.

Выводы:

Таким образом, проблема лечения и ранняя диагностика острого аппендицита в зависимости от сроков поступления больных и хирургический подход больным с учетом, осложнённых распространенным перитонитом, ещё остаётся из ведущих задач хирургов экстренной помощи. Предметом дискуссии остаётся вопрос о выборе адекватной хирургической тактики, когда необходимо учитывать не только этиологию, распространённость и характер микрофлоры в брюшной полости, но и степень эндогенной интоксикации и полиорганную недостаточность, прогноз заболевания. На наш взгляд наиболее эффективными являются комплексные методы динамической санации брюшной полости при распространенном перитоните. Применение методов ежедневной динамической послеоперационной санации брюшной полости существенно сокращает многих послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУР

1. <http://jhlsr.innovascience.uz/index.php/jhlsr/article/view/103>
2. <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/785>
3. <https://jhlsr.innovascience.uz/index.php/jhlsr/article/view/735/643>
4. <https://jhlsr.innovascience.uz/index.php/jhlsr/article/view/683>
5. <https://academic-zone.net/index.php/rjtds/article/view/2742/2420>
6. <https://academic-zone.net/index.php/rjtds/article/view/2745/2422>

