

УДК 616.346.2—002—089

Г. Г. ТАТЕВОСЯН, А. С. ЗОГРАБЯН

О ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ АППЕНДЕКТОМИИ,  
ВЫПОЛНЕННОЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО  
ВОСПАЛЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Проведено ретроспективное изучение поздних осложнений после аппендектомии. Рассмотрены характерные закономерности возникновения поздних осложнений и предложены способы их ранней профилактики.

Вопрос о поздних осложнениях аппендектомии, выполненной по поводу острого воспаления червеобразного отростка, в литературе освещен недостаточно. Поэтому многие вопросы этой патологии, в частности ее этиология, патогенез и др., продолжают оставаться неясными и спорными.

Следует отметить, что за последние годы в связи с активацией гнойной инфекции и ростом гнойных осложнений в послеоперационном периоде значительно возрос интерес и к поздним осложнениям аппендектомии. Если в прежние годы поздние осложнения аппендектомии описывались как единичные случаи, то в настоящее время число наблюдений значительно возросло. Так, В. П. Вербицкий [1] в 1966 г. пишет о 9 таких осложнениях, Б. Д. Богданов и В. А. Терентьев [7] в 1972 г.—о 177, а И. Х. Мударисов [5] в 1973 г.—о 132 поздних осложнениях аппендектомии. По данным литературы, частота поздних осложнений, возникающих после удаления червеобразного отростка, колеблется в довольно широких пределах. Так, по данным В. Д. Богданова и В. А. Терентьева [7], процент осложнений составил 2,5, Д. Л. Пиковского, В. И. Ефета и Ю. И. Ерофеева [6]—6,1, И. Х. Мударисова [5]—8,6. Что касается характера этих осложнений, то они весьма разнообразны. Чаще всего встречаются гнойно-воспалительные осложнения в виде инфильтратов, гранулем, лигатурных свищей, рецидивирующих абсцессов как брюшной стенки, так и межкишечных. Следует также указать на спаечную непроходимость кишечника, грыжи брюшной стенки, кишечные свищи и др.

Литературные данные относительно сроков причисления осложнений к поздним весьма разноречивы. Одни авторы поздними считают осложнения, возникшие через 1—2 недели после выписки больного из стационара [7], другие к поздним причисляют те осложнения, которые возникают через год после операции и позже [1]. Показателем для суждения о времени возникновения осложнений мы считаем трудоспособность больного. Если она полностью восстановлена и больной на-

правлен на работу, возникшее в дальнейшем осложнение мы классифицируем как позднее. Учитывая, что после аппендэктомии, выполненной по поводу острого воспаления червеобразного отростка, трудоспособность восстанавливается в среднем через один месяц, мы возникающие после этого срока осложнения относим к поздним.

Весьма сложен вопрос о патогенезе поздних осложнений аппендэктомии. Большинство авторов в механизме возникновения этих осложнений ведущую роль отводят инфекции, применению антибиотиков, местной анестезии, ранней выписке больных после операции, поздней госпитализации [3, 7].

В настоящее время хорошо известно об инфицированности выпота брюшной полости при остром аппендиците и наличии нечувствительных штаммов патогенных бактерий к многим антибиотикам. Это обстоятельство играет большую роль в торпидном течении воспалительного процесса и его своевременном распознавании. С другой стороны, большим изменениям подвергается и макроорганизм. Сенсибилизация последнего приводит к множеству аллергических реакций, способствующих возникновению в послеоперационном периоде различных осложнений. Так, Г. Д. Вилявин и соавторы [2] считают, что наблюдаемые после аппендэктомии хронические рецидивирующие язвы передней брюшной стенки обуславливаются сенсибилизацией организма гемолитическим стафилококком и возникают по типу феномена Артюса. Таким образом, установлено, что как этиология, так и патогенез поздних осложнений аппендэктомии являются весьма сложными. Если в этиологии последних ведущую роль играет инфекция, то в патогенезе значительное место отводится и макроорганизму, в частности его реактивности.

С целью выявления этиологии поздних осложнений аппендэктомии и их характеристики мы подвергли анализу материал госпитальной хирургической клиники Ереванского медицинского института за последние 10 лет.

За период с 1965 по 1974 г. в клинике по поводу острого аппендицита было оперировано 3835 человек. Поздние осложнения наблюдались у 70 больных (1,85%), 1216 больных имели катаральный аппендицит (31,45%), 1917—флегмонозный (50,24%), 484—гангренозный (12,61%) и 218—перфоративный аппендицит (5,70%). Таким образом, у 68,55% больных имелся деструктивный аппендицит.

Из 70 человек с поздними осложнениями аппендэктомии у 14 был катаральный, у 29 флегмонозный, у 22 гангренозный и у 5 перфоративный аппендицит. Следовательно, у больных с поздними осложнениями аппендэктомии деструктивные формы воспалительного процесса в четыре раза преобладали над простой формой аппендицита. Среди больных с поздними осложнениями аппендэктомии мужчин было 36, женщин 34. Возраст больных колебался в весьма широких пределах—от 8 до 75 лет. Связи между частотой возникновения поздних осложнений аппендэктомии, возрастом и полом больных не установлено. В

послеоперационном периоде рана зажила первичным натяжением у 37 и нагноилась у 33 больных. Осложнения были выявлены в сроки от одного месяца до 11 лет после выздоровления. Характеристика наблюдаемых нами поздних осложнений приведена в таблице.

Таблица

Характер осложнений	Число больных	%
Гнойно-воспалительные процессы	44	62,85
Лигатурные свищи	27	
Рецидивирующие абсцессы	9	
Инфильтраты	6	
Каловые свищи	2	
Спаечная кишечная непроходимость	13	18,57
Гранулема	7	10,00
Послеоперационная грыжа	6	8,58

Как видно из таблицы, 62,85% всех поздних осложнений падает на гнойно-воспалительные заболевания. Анализ историй болезни этих больных показал, что подавляющее большинство было оперировано по поводу деструктивного аппендицита и длительное время в послеоперационном периоде получало антибиотики. Изучение микробной флоры раневого отделяемого, полученного после вскрытия воспалительного очага, выявило наличие кишечной палочки, патогенного стафилококка и стрептококка. Интересно отметить, что, как правило, все эти микроорганизмы были нечувствительны к применяемым антибиотикам.

Среди больных этой группы наблюдались случаи, когда осложнения возникали через много лет после перенесенной аппендэктомии. С целью иллюстрации приводим выписку из истории болезни.

Мужчина 60 лет (ист. бол. № 2350/1021), поступил 16.VII 1974 г. с жалобами на боли и припухлость в области послеоперационного рубца. 11 лет назад больной был оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Общее состояние больного удовлетворительное. Пульс 70 уд./мин., АД—130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области имеется косо расположенный рубец длиной 15 см. Вокруг рубца отмечается припухлость с выраженной гиперемией кожи. Пальпация резко болезненная, имеется флюктуация. Температура тела 36,8°. Анализ крови: Л—5100; ЛФ:С—58, П—7, Л—32, М—3; РОЭ—27 мм. Диагноз: абсцесс передней брюшной стенки.

16/VII под местной анестезией гнойник вскрыт, выпущено около 100 мл гноя. Бактериологический анализ выявил наличие кишечной палочки, нечувствительной к антибиотикам.

Из приведенной таблицы следует, что среди поздних реакций гнойно-воспалительного характера первое место занимают лигатурные свищи. Проведенные нами исследования дают основание думать, что инфицирование шовного материала происходит вторично, при возникновении воспалительного процесса в операционной ране. Во всяком случае, исключать роль шовного материала в этиологии поздних осложнений аппендэктомии не следует. В этом плане представляют интерес 7 наблюдений гранулем, возникших в поздние сроки после ап-

пендэктомии в области послеоперационного рубца, протекавших по типу доброкачественных новообразований, без каких-либо признаков воспалительного процесса. С целью иллюстрации приводим краткие сведения из истории болезни.

Женщина 35 лет (ист. бол. № 1001/532), поступила 15/III 1976 г. с жалобами на наличие опухоли в правой подвздошной области. Считает себя больной шесть месяцев, когда случайно обнаружила опухоль размером со сливу. В 1971 г. была оперирована по поводу острого аппендицита. Со стороны внутренних органов отклонений нет. В правой подвздошной области имеется косо расположенный рубец длиной около 12 см. Здесь же отмечается некоторая припухлость. При пальпации выявлено опухолеподобное образование величиною с маленький огурец, гладкой поверхностью, эластической консистенцией, неподвижное и болезненное. Анализ крови и мочи в пределах нормы. Диагноз: послеоперационная гранулема передней брюшной стенки? 19/III произведена операция. Под местным обезболиванием опухолевидное образование удалено в пределах здоровых тканей. Послеоперационное течение гладкое, заживление раны первичным натяжением.

Удаленный препарат макроскопически представляет плотную рубцовую ткань, центре которой имеется небольшая полость, содержащая шелковую лигатуру и грануляционную ткань. Микроскопически выявлено асептическое воспаление с исходом в фиброз и склероз. При бактериологическом исследовании содержимое гранулемы оказалось стерильным.

Результаты клинических наблюдений и данные литературы дают нам основание сделать следующие выводы.

1. Поздние осложнения аппендэктомии, выполненной при остром воспалении червеобразного отростка, встречаются преимущественно при его деструктивных формах и составляют 1,85%.

2. В основе этиологии и патогенеза поздних осложнений аппендэктомии лежит множество факторов, ведущими из которых являются вирулентность инфекции, ее чувствительность к антибактериальным препаратам и состояние макроорганизма.

3. Среди многочисленных поздних осложнений аппендэктомии основными являются гнойно-воспалительные осложнения, в возникновении которых значительную роль играет также шовный материал.

4. Для профилактики поздних осложнений аппендэктомии необходимо использовать комплекс мероприятий, среди которых важное место должны занять средства, повышающие иммунобиологические свойства больного, удлинение сроков его пребывания в стационаре и выписка только при нормализации показателей перенесенного воспалительного процесса.

ՈՐԴԱՆՄԱՆ ԵՆՈՒՆՈՒ ՍՈՒՐ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՊԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ  
ԿԱՏԱՐՎԱԾ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻՑ ՀԵՏՈ ՈՒՇ ԱՌԱՋԱՑԱԾ  
ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակները ուսումնասիրել են կույր աղիքի սուր բորբոքումների կապակցությամբ վիրահատված 70 հիվանդների մոտ ուշ առաջացած բարդությունները: Կլինիկական դիտողությունների արդյունքները և գիտական տվյալների ընդհանրացումը թույլ է տվել եզրակացնելու, որ որդանման ելունի սուր բորբոքային պրոցեսների դեպքում կատարված ապենդեկտոմիայից հետո առաջացող ուշ բարդությունները հանդիպում են, առավելապես, դաստրուկտիվ ձևերի դեպքում և կազմում են 1,85%:

Ապենդեկտոմիայից հետո առաջացած ուշ բարդությունների էթիոլոգիայում և պաթոգենեզում ընկած են բազմաթիվ ֆակտորները, որոնցից կարևոր են ինֆեկցիայի վիրուլենտությունը, նրա զգայունությունը անտիբիոտիկ պրեպարատների նկատմամբ և մակրո օրգանիզմի վիճակը:

Ապենդեկտոմիայից հետո առաջացող բազմաթիվ ուշ բարդություններից հիմնականը հանդիսանում է թարախային-բորբոքային բարդությունը, որի առաջացմանը նպաստում է կարի նյութը:

Ապենդեկտոմիայի ուշ բարդությունների կանխման համար, անհրաժեշտ է օգտվել միջոցառումների կոմպլեքսից, այդ թվում վիրաբույժ-օպերատորի բարձր վիրաբուժական կուլտուրայի հետ միասին, կարևոր տեղ պետք է հատկացնել նաև հիվանդի իմունոլոգիական վիճակի բարձրացմանը, ստացիոնարում նրա գտնվելու ժամանակամիջոցի երկարացմանը և դուրս գրումը կատարել միայն, երբ կրած բորբոքային պրոցեսի ցուցանիշները նորմալացել են:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вербицкий В. П. Тез. и реф. докладов. Харьков, 1966, стр. 60.
2. Вилявин Г. Д., Егорова Е. К., Залужовский С. Г. Тр. Уральской конференции хирургов 24—27 июня 1969 г. Пермь, 1971, стр. 154.
3. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л., 1972.
4. Мищук А. Д. Хирургия органов пищеварения. Киев, 1974.
5. Мударисов И. Х. Тр. Горьковского мед. ин-та, 1973, в. 50, стр. 53.
6. Пиковский Д. Л., Ефет В. И., Ерофеев Ю. И. Тр. Уральской конференции хирургов 24—27 июня 1969 г. Пермь, 1971, стр. 272.
7. Терентьев В. А., Богданов Б. Д. Тр. Горьковского мед. ин-та, 1972, в. 44, стр. 115.