

DOI: 10.21802/artm.2021.3.19.95
УДК 616.346.2

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

В.К. Чурпій, К.Л. Чурпій

*КНП «Маловисківська лікарня», м. Мала Виска, Кіровоградська область, Україна,
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998, e-mail: volodymyr_churpiy@yahoo.com;
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216, e-mail: kdok1808@gmail.com*

Резюме. Запалення червоподібного відростка – одне з найпоширеніших хірургічних захворювань. Труднощі верифікації гострого апендициту, тяжкість ускладнень, пов'язаних з пізньою діагностикою, свідчать про те, що проблеми діагностики та лікування цієї патології не втратили своєї актуальності.

Мета. Проаналізувати та систематизувати причини труднощів діагностики гострого апендициту на доопераційному етапі.

Проведено ретроспективний аналіз 586 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні.

Висновки:

1. Під клінікою гострого апендициту або у поєднанні з ним можуть маскуватися інші гострі захворювання органів черевної порожнини, що складають до 12,8 %, які важко або в деяких випадках неможливо діагностувати на доопераційному етапі.

2. Однією з причин труднощів діагностики є замовчування хворими анамнестичних даних про початок та перебіг захворювання, а також вживання алкоголю.

3. Труднощі діагностики трапляються у дітей, особливо молодшого віку, що складає 61,3 % випадків.

4. Поєднання гострого апендициту з мезоаденітом спостерігали в 6,6 %. Серед цих пацієнтів ацетонемічний синдром був у 87,2 % випадках. В цій групі хворих переважають діти.

5. Гінекологічні захворювання маскуються під клінікою гострого апендициту в 1,9 %, що вимагає спільного огляду хірурга і акушер-гінеколога хворих з підозрою на гострий апендицит в передопераційному періоді.

6. Прийняття рішення про оперативне лікування при підозрі на гострий апендицит зумовлене клінікою гострого перитоніту, яку спостерігали в 63,3 %, що вимагає правильного клінічного мислення хірурга, поєднаного з досвідом і врахуванням лабораторних та інструментальних обстежень.

Ключові слова: гострий апендицит, труднощі діагностики, атиповий перебіг захворювання.

Вступ. З часу першої апендектомії, яку виконав Клаудіус Аманд в Англії у 1735 році, минуло майже три століття. Але, незважаючи на значні досягнення в сучасній хірургії, широкі можливості лабораторного і інструментального обстеження, проблема діагностики гострого апендициту (ГА) залишається актуальною і нині. Частота пізньої діагностики, виникнення перфорацій, розвиток ускладнень, і навіть летальних випадків, в післяопераційному періоді залишаються достатньо високими [1, 2, 3].

Запалення червоподібного відростка – одне з найпоширеніших хірургічних захворювань, стабільно займає перше місце за частотою госпіталізації та оперативних втручань серед гострих хірургічних захворювань живота, про що свідчить статистика. Захворюваність становить 4-5 випадків на 1 тис. населення [4]. Гострий апендицит зустрічається переважно в осіб віком 20-40 років, причому жінки хворіють у 1,5-2 рази частіше [1, 5]. З віком частота захворюваності на ГА зменшується. Слід зазначити, що в Україні залишається стабільна тенденція зміни демографічних показників чисельності населення на користь осіб, старших за 60 років (22,9 % – 2018, 29,7 % – 2020), тому збільшення чисельності населення похилого віку закономірно збільшує і кількість захворювань у цій категорії пацієнтів [6].

У структурі невідкладної хірургії органів черевної порожнини ГА є найбільш поширеним і на нього припадає 60 – 70 % [7, 8]. Гострий апендицит найбільш часта причина розвитку перитоніту. Частка апендектомій становить 20-50 % серед усіх хірургічних втручань, які виконуються в загальнохірургічних стаціонарах на органах черевної порожнини при «гострому животі», 80 % апендектомій виконується в районних лікарнях [4]. Протягом останнього десятиліття післяопераційна летальність при гострому апендициті перебуває на рівні 0,1-0,5 % без тенденції до зниження, а при пізній госпіталізації, деструктивних формах, супутніх захворюваннях збільшується до 3 % і навіть до 10 % [7].

Хворі з підозрою на гострий апендицит складають до 50 % всіх екстрено госпіталізованих в загальнохірургічні стаціонари. Незважаючи на застосування численних діагностичних методів обстеження, при підозрі на ГА, кількість діагностичних помилок не має тенденції до зменшення і досягає 35,5 %, при цьому найчастіше видаляють незмінений червоподібний відросток 15-22 % [5, 9, 10].

Прояви ГА мають особливості в дітей, вагітних, осіб старшої вікової групи. У дітей діагностика ГА ускладнена через анатомічні відмінності та фізіологічні особливості організму, особливо дітей моло-

дшої вікової групи [11, 12, 13]. Фізіологічні зміни, яких зазнає організм вагітної жінки в різні терміни вагітності, впливає на точність діагностики ГА, що призводить до хибного направлення в непрофільні стаціонари та до затримки оперативного втручання [14, 15, 16].

Труднощі верифікації гострого апендициту, тяжкість ускладнень, пов'язаних з пізньою діагностикою, свідчать про те, що проблема діагностики та лікування цієї патології не втратила своєї актуальності.

На питання про труднощі діагностики гострого апендициту більшість хірургів відповідають, що їх не має, оскільки це захворювання часто зустрічається і має добре вивчену характерну клініку і симптоми. Але, як і будь-яке захворювання, гострий апендицит може протікати атипово, або інші гострі захворювання органів черевної порожнини можуть маскуватися під його клінікою. Гострий апендицит – «за захворювання-хамелеон», яке потребує в багатьох випадках складної диференціальної діагностики. Перед хірургом постає найважче питання – вчасно діагностувати гострий апендицит і провести оперативне лікування, попередити всі можливі ускладнення та звести до мінімуму частоту видалення незміненого апендикса.

Мета дослідження. Проаналізувати та систематизувати причини труднощів діагностики гострого апендициту на доопераційному етапі.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 586 медичних карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні Маловисківської центральної районної лікарні Кіровоградської області з 2009 по 2020 роки, в тому числі дітей – 238 (40,6 %). Серед них чоловічої статі було 264 (45,1 %), жіночої – 322 (54,9 %). Вік пацієнтів коливався від 4 до 90 років. Середній вік пацієнтів складає 30,6 років, а серед дітей – 12,3 роки.

Усім хворим в доопераційному періоді проводили загальноприйняті клініко-лабораторні обстеження згідно з протоколом. За показаннями проводили оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини, консультації гінеколога, педіатра. Всім хворим проведена апендектомія.

Результати дослідження та їх обговорення. Простий апендицит спостерігали в 267 випадків, що склало 45,6 %, флегмонозний – 211 (36,0 %), гангренозний – 68 (11,6 %), перфоративний – 40 (6,8 %). В 371 пацієнтів з гострим апендицитом, що становить 63,3 %, спостерігали прояви перитоніту: місцевий – 302 (81,4 %), дифузний – 62 (16,7 %), розлитий 7 (1,9 %).

Серед прооперованих 511 (87,2 %) хворих діагноз гострий апендицит до і після операції збігався, що підтверджено морфологічно. В 75 випадках, що складає 12,8 %, діагноз гострого апендициту мав атипову симптоматику або маскувався клінікою іншої патології, яка його імітувала. В цих хворих клініка гострого апендициту на основі анамнестичних даних, клінічної картини, даних лабораторних та інструментальних обстежень була показом до оперативного лікування.

У віковому розрізі серед 75 хворих, де клініка гострого апендициту була атиповою, дітей було 46 (61,3 %), хворих віком 18 – 59 років – 23 (30,7 %), хворі, старші 60 років – 6 (8,0 %). Прояви перитоніту спостерігали в 28 пацієнтів, що становить 37,3 %.

Таким чином, серед зазначених пацієнтів у час оперативного втручання встановлено, що причиною клінічних проявів ГА були наступні захворювання, які перебігали під його клінікою або поєднувались з ним:

- перфорація тонкого кишечника кісткою риби – 4 випадки;
- перфорація дивертикула Меккеля – 2. В одному випадку – перфорація кісткою риби, в іншому – запалення з його перфорацією.
- термінальний ілеїт – 1;
- перекрут і некроз жирової підвіски подовженої сигмовидної кишки – 2;
- перфорація дивертикула подовженої сигмовидної кишки – 1;
- розрив кістки яєчника – 9 випадків, з них двоє дітей 13 і 17 років;
- піосальпікс – 2;
- 1 випадок поєднання гострого калькульозного холециститу з гангренозним апендицитом, який виявлено під час ревізії черевної порожнини;
- запальний інфільтрат сальника – 3;
- заворот і гангрена сальника – 2;
- поєднання гострого апендициту з оментитом – 8 випадків;
- поєднання гострого апендициту з мезоаденітом – 39 випадків.
- розрив селезінки – 1.

Інтраопераційне уточнення діагнозу вносило відповідну корекцію в об'єм оперативного лікування відповідно до причини захворювання.

Наводимо спостереження. Хворий Б. 20-ти років поступив в хірургічне відділення в ургентному порядку через 16 годин від моменту захворювання.

Діагноз при госпіталізації – гострий панкреатит, алкогольне сп'яніння. Нв до операції 140 г/л, Нт – 40 %, кількість лейкоцитів $8,0 \times 10^9$ /л, формула не змінена. При УЗД обстеженні органів черевної порожнини виявлено помірну кількість вільної рідини в малому тазі. Призначене лікування на час дообстеження малоефективне. За період лікування і спостереження протягом 3-х годин клінічна картина змінилась на користь гострого апендициту з характерними симптомами, що було показом до оперативного лікування. Під час операції доступом в правій здухвинній ділянці виявлено кров в черевній порожнині. Проведено середино-серединну лапаротомію. При ревізії виявлено причину кровотечі – розрив селезінки, проведена спленектомія, санація та дренивання черевної порожнини. Хворий до і після операції заперечував травму черевної порожнини, падіння, чи побиття. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

Діагноз при виписці: Закрита тупа травма живота. Розрив селезінки. Гемоперітонеум. Постгеморагічна анемія I-Пступеня. Алкогольне сп'яніння.

Хворий на 8 добу в задовільному стані виписаний додому.

Запалення мезентеріальних лімфатичних вузлів в поєднанні з гострим апендицитом – окрема група пацієнтів, де важко було встановити першопричину гострої хірургічної патології. Серед прооперованих на їх долю припадає 6,6 %. З 39 випадків, що складають 52 % всіх атипичних проявів ГА, 89,7 % (35 хворих) – діти. Клінічна картина в цих хворих була типовою лише в одному випадку – пацієнт з флегмонозним апендицитом. В інших больовий синдром був не вираженим, біль локалізувався більше біля пупка і по ходу брижі тонкого кишечника. Симптоми подразнення очеревини були виражені не чітко. Збільшена кількість лейкоцитів відмічалася у 5 хворих, але зсув формули вліво був лише в одному випадку (флегмонозний апендицит). В одному випадку спостерігали лейкопенію без зсуву формули вліво. У решти 33 випадках, з них 31 дитина, кількість лейкоцитів була в межах норми, зміни у формулі представлені збільшеним числом лімфоцитів. Крім цього, в 34 пацієнтів (87,2 %), з групи поєднання гострого апендициту та мезоаденіту, при поступленні в стаціонар діагностували ацетонемію. Гістологічно у всіх випадках були підтверджені запальні зміни в червоподібному відростку.

Ацетонемічний синдром як один із проявів гострого апендициту відмічали в 73 хворих (12,4 %) – в 15 випадках серед дорослих, що склало 4,3 % та в 58 випадках, 24,4 %, серед дітей. В післяопераційному періоді ці пацієнти потребували відповідної медикаментозної корекції ацетонемії.

За нашими спостереженнями, поєднання клініки ГА та гінекологічної патології спостерігали в 11 випадках, що становить 1,9 %, а серед всіх атипичних проявів на їх долю припадає 14,6 %. Всі хворі прооперовані. При гістологічному дослідженні в усіх випадках підтверджено запальні зміни в червоподібному відростку.

Висновки:

1. Під клінікою гострого апендициту або у поєднанні з ним можуть маскуватися інші гострі захворювання органів черевної порожнини, що складають до 12,8 %, які важко або в деяких випадках неможливо діагностувати на доопераційному етапі.

2. Однією з причин труднощів діагностики є замовчування хворими анамнестичних даних про початок та перебіг захворювання, а також вживання алкоголю.

3. Труднощі діагности трапляються у дітей, особливо молодшого віку, що складає 61,3 % випадків.

4. Поєднання гострого апендициту з мезоаденітом спостерігали в 6,6 %. Серед цих пацієнтів ацетонемічний синдром був у 87,2 % випадках. В цій групі хворих переважають діти.

5. Гінекологічні захворювання маскуються під клінікою гострого апендициту в 1,9 %, що вимагає спільного огляду хірурга і акушер-гінеколога хворих з підозрою на гострий апендицит в передопераційному періоді.

Прийняття рішення про оперативне лікування при підозрі на гострий апендицит зумовлене клінікою гострого перитоніту, яку спостерігали в 63,3 %, що вимагає правильного клінічного мислення

хірурга, поєднаного з досвідом і врахуванням лабораторних та інструментальних обстежень.

References:

1. Honcharov MP, Khorkava BA. Khirurhichne likuvannya khvorykh na apendytsyt ta osoblyvosti pisliaoperatsiinoho dohliadu za nymy. Visnyk problem biolohii i medytsyny. 2017; 4(3):14-19.
2. Pereiaslov AA, Bobak AI, Nykyforuk OM, Stenyk RV, Opikan NM, Pereiaslova ZhM. Spivvidnoshennia neutrofiliv do limfotsytiv yak marker hostroho apendytsytu ta yoho destruktivnykh form u ditei. Khirurhiia dytiachoho viku. 2020; 1:35-40.
3. Konoplytskyi VS, Konoplytskyi VS, Pohorilyi VV, Dymchyna YuA, Mykhalchuk TI, Korobko YuYe. Analiz prychn rozvytku destruktivnykh form hostroho apendytsytu u ditei. Khirurhiia dytiachoho viku. 2020; 2:43-47.
4. Voronych VM, Voronych MV, Laskina NM, Bara VYu. Metodyka laparoskopichnoi apendektomii v urhenthnomu likuvanni hostroho apendytsytu. Shpytalna khirurhiia. Zhurnal imeni LYa Kovalchuka. 2020; 2:126-129.
5. Duzhyi ID, Duzhyi VI, Babych VO, Hresko IYA, Horbasov VV, Sereda NI, Shymko VV, Kharchenko SV. Kohortne doslidzhennia. Zviazok mizh zakhvoriuvanistiu na hostryi apendytsyt i demohrafichnym spadom. Klinichna khirurhiia. 2017; 10:10-13.
6. Liesnyi VV, Liesna AS. Osoblyvosti kliniky i diahnozyky hostroho apendytsytu u khvorykh pokhyloho viku. Kharkivska khirurhichna shkola. 2020; 2:134-137.
7. Duzhyi ID, Shymko VV, Piatykov HI. Imunni porushennia i reaktsiia selezinky pry hostromu apendytsyti ta vplyv na nykh limfotropnoi terapii. Odeskyy medychnyi zhurnal. 2017; 4:32-35.
8. Shpriakha YaS, Voronych MV, Sheremet AP, Kurakh II. Maloinvazyvnyi metod operatyvnoho likuvannya hostroho apendytsytu. Problemy klinichnoi pediatrii. 2017; 1-2:80-84.
9. Kolosovych IV, Bezrodnyi BH, Chykolovets KO, Kolosovych AI. Osoblyvosti diahnozyky ta khirurhichnoho likuvannya khvorykh z pryvodu atypovykh form hostroho apendytsytu. Klinichna khirurhiia. 2016; 12:16-19.
10. Baiazitov DM, Kresiun NV, Buzynovskyi AB, Liashenko AV, Nienova OM. Avtomatyzovana kompiuterna diahnozyka apendytsytu pid chas laparoskopichnoho vtruchannia. Klinichna khirurhiia. 2017; 8:21-23.
11. Pohorilyi VV, Konoplytskyi VS, Navrotskyi VA, Korobko YuYe. Analiz nezadovilnykh rezultativ likuvannya hostroho apendytsytu u ditei. Khirurhiia dytiachoho viku. 2019; 4:30-34.
12. Konoplytskyi VS, Korobko YuYe, Motyhin VV. Intehralna otsinka endohennoi intoksykatsii orhanizmu v prohnozuvanni form perebihu hostroho apendytsytu u ditei. Art of medicine. 2020; 3:92-97. DOI: 10.21802/artm.2020.3.15.92.
13. Pereiaslov AA, Pereiaslov AA, Nykyforuk OM, Bobak AI, Stenyk RV, Dats RI, Malovanyi BYa. Znachennia danykh laboratornoho doslidzhennia u

- diahnostytsi hostroho apendytsytu u ditei. Khirurgiia dytiachoho viku. 2020; 2:48-54.
14. Stets MM, Chernenko VM. Diahnostychni rezervy detalizatsii hostroho apendytsytu u vahitnykh. Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni LYa Kovalchuka. 2018; 1:29-34.
15. Stets MM, Chernenko VM, Polovyi VP, Bilyk II, Sydorchuk RI, Palianytsia AS. Alhorytm diahnostyky hostroho apendytsytu vahitnykh. Klinichna ta eksperymentalna patolohiia. 2018; 17(2):87-90.
16. Petrasenko II, Loskutova TO, Zavizion YeM. Analiz efektyvnosti videolaparoskopii pry hostromu apendytsyti u vahitnykh. Ukrainyskyi zhurnal medytsyny, biolohii ta sportu. 2021; 6(1):113-118.

УДК 616.346.2

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
АПЕНДИЦИТА**

В.К. Чурпий, К.Л. Чурпий

*КНП «Маловисковская больница», г. Малая Виска
Кировоградской области, Украина,
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998,
e-mail: volodymyr_churpiy@yahoo.com;
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216,
e-mail: kdok1808@gmail.com*

Резюме. Воспаление червеобразного отростка – одно из самых распространенных хирургических заболеваний. Трудности верификации острого аппендицита, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой, свидетельствуют о том, что проблема диагностики и лечения данной патологии не потеряла своей актуальности.

Цель. Проанализировать и систематизировать причины трудностей диагностики острого аппендицита на дооперационном этапе.

Проведен ретроспективный анализ 586 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении.

Выводы:

1. В клинике острого аппендицита или в сочетании с ним могут маскироваться другие острые заболевания органов брюшной полости, составляющие до 12,8%, которые трудно или в некоторых случаях невозможно диагностировать на дооперационном этапе.

2. Одной из причин трудностей диагностики является замалчивание больными анамнестических данных относительно начала течения заболевания, а также употребление алкоголя.

3. Трудности диагностики случаются у детей, особенно младшего возраста, что составляет 61,3% случаев.

4. Сочетание острого аппендицита с мезоаденитом наблюдали в 6,6%. Среди этих пациентов ацетонемический синдром отмечен в 87,2% случаях. В этой группе больных преобладают дети.

5. Гинекологические заболевания маскируются под клиникой острого аппендицита в 1,9%,

что требует общего осмотра хирурга и акушер-гинеколога больных с подозрением на острый аппендицит в предоперационном периоде.

6. Принятие решения об оперативном лечении при подозрении на острый аппендицит обусловлено клиникой острого перитонита, которую наблюдали в 63,3%, что требует правильного клинического мышления хирурга в сочетании с опытом, лабораторным и инструментальным обследованием.

Ключевые слова: острый аппендицит, трудности диагностики, атипичное течение заболевания.

UDC 616.346.2

**PROBLEMS OF ACUTE APPENDICITIS
DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT**

V.K. Churpiy, K.L. Churpiy

*Malovyiskivska hospital, Kirovohrad region,
Mala Vyska, Ukraine,
ORCID ID: 0000-0003-1635-7998,
e-mail: volodymyr_churpiy@yahoo.com;
ORCID ID: 0000-0003-1751-2216,
e-mail: kdok1808@gmail.com*

Abstract. Acute appendicitis is a "chameleon disease" that requires in many cases a complex differential diagnosis. Inflammation of the appendix is one of the most common surgical diseases. Difficulties in the verification of acute appendicitis, the severity of complications associated with late diagnosis indicate that the problems of diagnosis and treatment of this pathology has not lost its relevance. The most difficult question for the surgeon is to diagnose acute appendicitis in time and carry out surgical treatment, prevent all possible complications and minimize the frequency of removal of the unaltered appendix.

The aim of the study to determine and systematize the causes of difficulties in diagnosing acute appendicitis at the preoperative stage.

A retrospective analysis of 586 medical records of inpatients who were treated in the surgical department was performed. Among the operated 511 (87.2%) patients, the diagnosis of acute appendicitis before and after surgery coincided, which was confirmed morphologically. In 75 cases, which is 12.8%, the diagnosis of acute appendicitis had atypical symptoms or was masked by the clinic of another pathology.

Observations of atypical cases of acute appendicitis in combination with other pathologies were the following diseases that occurred under the clinic signs, or combined with them: perforation of the small intestine with fish bone - 4 cases; perforation of Meckel's diverticulum - 2. In one case perforation by a fish bone, in another inflammation with its perforation.

- terminal ileitis - 1; torsion and necrosis of the fatty suspension of the elongated sigmoid colon - 2; perforation of the diverticulum of the elongated sigmoid colon - 1, rupture of the ovarian cyst - 9 cases, including two children 13 and 17 years; piosalpinx - 2, 1 case of combination of acute calculous cholecystitis with

gangrenous appendicitis, which was detected during the audit of the abdominal cavity; inflammatory infiltrate of the omentum - 3; torsion and gangrene of the omentum - 2, a combination of acute appendicitis with omentitis - 8 cases; combination of acute appendicitis with mesoadenitis - 39 cases; rupture of the spleen - 1.

Conclusions:

1. Under the clinic of acute appendicitis or in combination with it other acute diseases of the abdominal cavity can mask, up to 12.8%, which are difficult or in some cases impossible to diagnose in the preoperative period.

2. One of the reasons for the difficulties of diagnosis is the omission by patients of anamnesis data regarding the onset and course of the disease, as well as alcohol consumption.

3. Difficulties in diagnosis occur in children, especially young people, which is 61.3% of cases.

4. The combination of acute appendicitis with mesoadenitis was observed in 6.6%. Among these patients, acetonemic syndrome was observed in 87.2% of cases. This group of patients is dominated by children.

5. Gynecological diseases are disguised under the clinic of acute appendicitis in 1.9%, which requires a joint examination by a surgeon and obstetrician-gynecologist of patients with suspected acute appendicitis in the preoperative period.

6. Deciding on surgical treatment for suspected acute appendicitis is a clinic of acute peritonitis, which was observed in 63.3%, requires proper clinical thinking of the surgeon combined with experience, laboratory and instrumental examination.

Keywords: acute appendicitis, difficulties in diagnostics, atypical course.

Стаття надійшла в редакцію 09.09. 2021 р.