

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

ЛЕБЕДЄВА КАТЕРИНА ОЛЕГІВНА

УДК 616.346.2-002.1-039-07-089

**ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ З АТИПОВИМ ПЕРЕБІГОМ**

14.01.03 – хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ – 2018

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця МОЗ України, м. Київ

Науковий керівник:

доктор медичних наук професор **Колосович Ігор Володимирович**, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця МОЗ України, кафедра хірургії №2, професор

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук професор **Слонецький Борис Іванович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра медицини невідкладних станів, професор;

доктор медичних наук **Костилєв Михайло Володимирович**, Державна установа «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О.Шалімова» НАМН України, відділ променевої та функціональної діагностики, керівник

Захист відбудеться «___» _____ 2018 р. о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.08 при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України (04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9).

Автореферат розісланий «___» _____ 2018 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

Гвоздяк М. М.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гострий апендицит залишається найбільш поширеним гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини, яке потребує виконання невідкладного оперативного втручання (С. Н. Завгородній та співавт., 2016; С. Н. Стяжкина, 2016; М. D. Chandrasegaram та співавт., 2012; D. Kollar та співавт., 2015). Перебіг даного захворювання в залежності від морфологічних змін у відростку, фізіологічного стану організму добре вивчені та широко висвітлені у сучасній літературі (А. Г. Гунин, 2014; В. І. Мамчич та співавт., 2015; А. К. Гагуа та співавт., 2016; Т. Н. Huang та співавт., 2013). Однак питання особливостей клінічної картини атипичних форм гострого апендициту широко дискутуються сьогодні та зводяться до проведення диференційної діагностики з різноманітними гострими та хронічним процесами, що розвиваються у черевній порожнині (М. В. Лисицкая, 2015; А. И. Панасюк та співавт., 2016; С. Kirkil та співавт., 2013, Н. Nan та співавт., 2014).

Діагностика гострого апендициту з атипичним розташуванням червоподібного відростка у ряді випадків є вкрай утрудненою (Р. В. Бондарев та співавт., 2012; Е. В. Ближенская, 2014; Р. Р. Касимов та співавт., 2015), про що свідчить, з одного боку, значна частота необґрунтованих оперативних втручань, яка сягає 20–39% (А. К. Сорока, 2013; А. П. Торгунаков та співавт., 2014; Г. И. Охрименко та співавт., 2016), а з другого – високий відсоток післяопераційних ускладнень (20–40%) (А. А. Призенцов та співавт., 2013; Н. В. Костенко, А. Г. Разувайлова, 2014; А. В. Салаватуллин та співавт., 2016). При цьому кількість апендектомій за відсутності гістологічно доведеного запалення у червоподібному відростку сягає 10–47% (Т. И. Мустафин и та співавт., 2014; А. Н. Паненков та співавт., 2015, М. Ibrar та співавт., 2015). Діагностичні помилки в даному випадку спричинюють і немало, як для гострого апендициту, летальність – 0,1–0,3% (О. В. Іванько, Р. А. Калина, 2014; Э. В. Каспаров та співавт., 2014, А. Д. Квіт, В. Т. Бочар, 2015).

Частота діагностичних помилок при застосуванні сучасних інструментальних методик у хворих з підозрою на гострий апендицит (УЗД, КТ, лапароскопія) сягає 35,5% (С. А. Касумьян та співавт., 2014; Ю. В. Кулезнёва та співавт., 2014; N. D'Souza та співавт., 2015; J. W. Nielsen та співавт., 2015; S. Schuh та співавт., 2015). Навіть під час виконання лапароцентезу не завжди можливо візуально оцінити характер вмісту черевної порожнини, а мікроскопічне дослідження рідини, крім вивчення нативного препарату, досить тривале. І дотепер не існує простої експрес-методики, яка б дозволила диференціювати ексудат від трансудату.

При несвоечасно діагностованому гострому апендициті, спричиненому атипичним перебігом, внаслідок деструкції червоподібного відростка відбувається поширення запального процесу на оточуючі анатомічні структури (сліпа кишка, очеревина, судини) (Н. С. Утешев та співавт., 2010; А. В. Короткевич, Д. В. Чака, 2014). Це у свою чергу може призвести до розвитку тяжких гнійно-септичних ускладнень (перитоніту, флегмони сліпої кишки, пілефлебиту тощо) (І. І. Білик, 2013; I. G. Hendriks та співавт., 2015; D. Papes та співавт., 2015). Виконання стандартних варіантів апендектомії в умовах інфільтрації сліпої кишки може бути небезпечним розвитком неспроможності швів з виникненням кишкової нориці, що потребує

тривалого знаходження хворого у стаціонарі (И. В. Михин, А. Е. Бубликов, 2013; С. И. Ботабаев та співавт., 2014; А. К. Ашубаева, 2015). Застосування лапароскопічної техніки при деструктивних формах гострого апендициту, ускладнених тифлітом, дискутується (Е. Г. Бескровный та співавт., 2014; Д. Е. Климов та співавт., 2014; Г. А. Мрыхин, 2015).

У зв'язку з цим, пошук нових та удосконалення відомих методів діагностики та хірургічного лікування гострого апендициту з атиповим перебігом є особливо актуальним сьогодні, що дає підстави до виконання даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планам, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної тематики Національного медичного університету імені О. О. Богомольця МОЗ України і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургії №2 «Розробка та впровадження методів діагностики та лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини та гнійних захворювань м'яких тканин» (№0114U003980, 2014-2017 рр.).

Мета дослідження: покращання результатів хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом шляхом удосконалення методів діагностики та оперативних втручань.

Завдання дослідження:

1. На основі ретроспективного аналізу вивчити основні фактори, які обумовлюють атиповий перебіг гострого апендициту.
2. Проаналізувати частоту та структуру гострого апендициту з атиповим перебігом, а також відсоток діагностичних помилок та розходжень клінічних та патологоанатомічних діагнозів.
3. Удосконалити методику діагностики гострого апендициту при його тазовому розташуванні.
4. Розробити методику верифікації перитоніту в складних для клінічної діагностики випадках.
5. Удосконалити методику хірургічного лікування деструктивних форм гострого апендициту, ускладнених тифлітом, у т.ч. шляхом застосування лапароскопічних технологій.
6. Оцінити ефективність удосконалених технологій діагностики та хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом.

Об'єкт дослідження: гострий апендицит з атиповим перебігом.

Предмет дослідження: удосконалені методики діагностики та технології хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом.

Методи дослідження: клінічні, біохімічні, лабораторні, морфологічні, інструментальні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів та їх теоретичне значення. Вперше на основі аналізу термокартограм прямої кишки встановлено, що локальне підвищення ректальної температури, вимірювання якої здійснювалося за допомогою портативного високотемпературного вологостійкого контактного цифрового термометра на різних ділянках прямої кишки, свідчить на користь гострого апендициту з тазовим розташуванням відростка.

Вперше доведена ефективність 50% розчину етилового спирту для дослідження характеру вмісту черевної порожнини (ексудат або трансудат).

Вперше при гострому деструктивному апендициті за наявності тифліту для перитонізації кукси відростка виконували аплікацію клейової пластини поверх кукси відростка на інфільтровану стінку сліпої кишки.

Вперше розширено показання до лапароскопічної апендектомії при гострому деструктивному апендициті, ускладненому тифлітом, при цьому укриття кукси червоподібного відростка виконували евертованим клаптом очеревини.

Новизна та пріоритетність описаних вище методик підтверджена чотирма патентами України на корисну модель.

Практичне значення одержаних результатів та їх впровадження в практику. Застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму дозволило скоротити частоту розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів з 18,2% до 4,9% ($p < 0,001$)

Впровадження удосконаленого способу ректальної термокартографії при підозрі на гострий тазовий апендицит (чутливість методики – 93,1%, специфічність – 82,8%) дозволило зменшити частоту гангренозних його форм з 33,3% до 15,2% ($p < 0,01$) за рахунок суттєвого скорочення строків дообстеження хворих (на $1,4 \pm 0,3$ доби), а, як наслідок, знизити кількість розвитку периапендикулярних абсцесів при даній локалізації апендициту з 38,9% до 18,9% ($p < 0,01$).

Застосування запропонованого способу діагностики перитоніту у складних для клінічної верифікації випадках дозволило зняти показання до оперативного лікування, тобто уникнути виконання необґрунтованої апендектомії у 6,3% хворих ($p < 0,05$).

Використання удосконалених способів перитонізації кукси червоподібного відростка при деструктивних формах гострого апендициту в умовах інфільтрації сліпої кишки дозволяє зменшити частоту розвитку гнійних ускладнень на 13,04% ($p = 0,01$) та розширити показання до лапароскопічної апендектомії, що значно скорочує строки знаходження хворого у стаціонарі.

Впровадження удосконалених технологій діагностики та хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атипичним перебігом дозволило зменшити частоту розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді з 9,9% до 3,5% ($p < 0,001$), а у віддалені терміни – з 14,1% до 1,2% ($p < 0,001$).

Запропоновані положення, висновки і практичні рекомендації, що впливають з результатів дисертаційного дослідження, впроваджені у лікувальну практику хірургічних відділень Київської міської клінічної лікарні №4, а також залучені до лекційних курсів та учбових планів кафедри хірургії №2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. “Спосіб діагностики перитоніту” І.В. Колосович, В.М. Короткий, К.О. Лебедева внесений до «Реєстру галузевих нововведень» (№714/1/14 – 2014 р.).

Особистий внесок здобувача. Робота виконана особисто здобувачем під керівництвом професора кафедри хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, доктора медичних наук, професора Колосовича І.В. Автором спільно з науковим керівником на основі аналізу літератури було визначено напрямки, мету та задачі дослідження, шляхи їх вирішення, критерії оцінки одержаних результатів. Вибір методів дослідження, обробка матеріалів обстежень та лікування, теоретичні узагальнення, обґрунтування

висновків зроблені автором самостійно. Автор особисто провів аналіз усіх клінічних спостережень, ряд інструментальних досліджень (лапароскопія, лапароцентез, вимірювання ректальної температури, етаноловий тест, УЗД), приймав участь у переважній більшості оперативних втручань, у тому числі понад 50% операцій виконав самостійно.

Особистий внесок автора в них включає збір та аналіз даних з проблеми, розробку, наукове обґрунтування, клінічну апробацію запропонованих методик, узагальнення отриманих результатів лікування хворих, їх статистичну обробку та підготовку матеріалу до публікації. Результати, оприлюднені в публікаціях у співавторстві, до інших дисертаційних робіт не включались. В патентах участь дисертанта полягає у визначенні ідеї, розробці способу, оформленні патентів.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації обговорено на: XII з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (Київ, 2013); міжнародній науковій конференції «Сучасні дослідження медико-біологічних наук: удосконалення діагностики, розробка засобів профілактики і терапії хвороб» (Кіров, 2013); V (67) науково-практичному конгресі студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми сучасної медицини» (Київ, 2013); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання хірургії» (Київ, 2013); III міжнародній науково-практичній конференції «Морфологічні основи наукових досліджень в медицині», присвяченій 110-річчю з дня народження М. І. Зазибіна (Київ, 2013); міжнародній науковій конференції «Сучасні дослідження медико-біологічних наук» (Москва, 2014); XX Всесвітньому конгресі з реабілітації в медицині і імунореабілітації (Нью-Йорк, 2014); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Новітні технології в сучасній хірургічній практиці», присвяченій 80-річчю кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (Київ, 2015); XIV з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (Одеса, 2015); XXIII з'їзді хірургів України (Київ, 2015); всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Мінімально-інвазивна хірургія органів малого тазу» (Одеса, 2017).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 19 наукових робіт, у тому числі монографія «Гострий апендицит» за грифом Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України, у фахових виданнях, що рекомендовані МОН України – 5 (усі наукометричні); у матеріалах та тезах доповідей наукових конгресів та конференцій – 9; отримано 4 патенти України на корисну модель.

Структура дисертації. Дисертація викладена на 198 сторінках друкованого тексту. Складається із вступу, огляду літератури, характеристики об'єктів та методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій. Показчик використаної літератури включає 343 найменування, у т.ч. 193 кирилицею та 150 латиною. Робота ілюстрована 15 рисунками, 36 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Дисертаційна робота складається з двох частин. Перша частина дослідження включала ретроспективний аналіз історій

хвороби пацієнтів, які поступили в клініку в період з 2007 по 2010 рр. з підозрою на гострий апендицит або були переведені до хірургічного відділення з приводу гострого апендициту з інших відділень стаціонару (3795 осіб).

Усі хворі, які поступили з підозрою на гострий апендицит були розподілені на три підгрупи: 1) 1-ша підгрупа – 1347 (35,7%) пацієнтів з типовою картиною гострого апендициту, які були прооперовані протягом двох годин після госпіталізації; 2) 2-га підгрупа – 848 (22,5%) хворих, які знаходились під динамічним спостереженням та обстеженням протягом 24-48 год; 3) 3-тя підгрупа – 1574 (41,8%) пацієнтів, у яких гострий апендицит було виключено протягом двох годин динамічного спостереження. Також вивчені 26 історій хвороби пацієнтів, госпіталізованих до інших профільних відділень лікарні (гінекологічного стаціонару) та у подальшому переведених до хірургічного відділення з приводу гострого апендициту.

На основі ретроспективного аналізу було визначено групу хворих з провідним фактором серед основних чинників, які обумовлюють атиповий перебіг гострого апендициту. Цим провідним фактором є атипове розташування червоподібного відростка, яке було виявлено у 423 (26,4%) з 1605 хворих, прооперованих з приводу гострого апендициту протягом 1-го періоду спостереження (2007-2010 рр.). Цим хворим застосовували стандартні підходи у діагностиці та лікуванні гострого апендициту, тому вони склали контрольну групу. До основної групи включено 429 пацієнтів на гострий апендицит з атиповим розташуванням червоподібного відростка, які проходили лікування протягом 2-го періоду (2011-2016 рр.) з використанням удосконалених нами діагностичних та оперативних методик. Всього у дослідження включено 852 хворих, що склало 25,3% від загальної кількості осіб (3370 хворих), прооперованих з приводу гострого апендициту у клініці кафедри хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України у період з 2007 по 2016 рр.

В цілому ретроцекальне розташування запаленого червоподібного відростка спостерігали у 521 (15,5%) хворих, з них ретроперитонеальні форми виявлені у 152 (4,5%) осіб, тазове розташування – у 207 (6,1%), медіальне – у 95 (2,8%), підпечінкове – у 29 (0,9%). В структурі форм гострого апендициту з атиповим розташуванням червоподібного відростка ретроцекальна локалізація гострого апендициту є переважаючою 521 (61,2%) випадків (у 152 (17,8%) випадків – відросток знаходиться заочеревинно, у 369 (43,4%) – в черевній порожнині). Тазове розташування відростка зустрічається у 207 (24,3%) хворих, медіальне – у 95 (11,2%), а під печінкове – у 29 (3,4%) хворих.

Чоловіків було 324 (38,03%) осіб, жінок – 528 (61,97%). Вік хворих коливався від 21 до 85 років, середній вік склав $(37,2 \pm 1,2)$ роки. Відповідно в основній групі чоловіків було 161 (37,5%), жінок – 268 (62,5%), а в контрольній – 163 (38,5%) та 260 (61,5%). Таким чином, співвідношення загальної кількості чоловіків та жінок становило 1:1,6. Переважну більшість хворих обох груп склали особи працездатного віку (відповідно 90,7 та 91,02%). Групи хворих співставні за віком, статтю, характером супутньої патології, строками госпіталізації (оцінка p за критерієм χ^2).

Деструктивні форми гострого апендициту зустрічались в цілому у 92,5% випадків. Значна частина хворих як контрольної 157 (37,1%) пацієнтів, так і основної груп 155 (36,1%) поступили у стаціонар через 1 добу від моменту захворювання. Супутні захворювання діагностовані у 274 (32,2%) пацієнтів: у 139 (32,4%) хворих основної групи та у 135 (31,9%) хворих – контрольної групи.

Усі 852 хворих були прооперовані, 171 (39,9%) хворому основної групи виконана лапароскопічна апендектомія. Також застосовували власні удосконалені методики апендектомії, коли перитонізацію кукси червоподібного відростка здійснювали клейовою пластиною (пат. України на корисну модель №84301), а в умовах лапароскопічної хірургії – евертованим клаптом очеревини (пат. України на корисну модель №88052).

Діагноз гострого апендициту встановлювали на основі скарг, анамнезу захворювання, даних фізикального, лабораторного та інструментального (УЗД, КТ, лапароцентез, лапароскопія) досліджень. За показаннями брали мазок калу для ідентифікації кишкової групи інфекцій. Оцінку видалених червоподібних відростків здійснювали за морфологічною класифікацією гострого апендициту (А. И. Струков, В. В. Серов, 1985).

При підозрі на тазове розташування гострого апендициту виконували термокартографію прямої кишки портативним цифровим високотемпературним вологостійким термометром WT-1 (довжина вологонепроникного щупа (термосенсора) – 105 мм, тривалість однократного вимірювання – протягом 1 хв). Досліджували температуру різних ділянок прямої кишки на глибині до 10 см (пат. України на корисну модель №85318).

У складних для клінічної діагностики випадках у разі виявлення в черевній порожнині вільної рідини за допомогою одного з зазначених інструментальних методів дослідження здійснювали забір вмісту черевної порожнини та визначення його характеру (ексудат, трансудат). Для цього до 5 мл перитонеальної рідини після її попередньої візуальної оцінки додавали 1,5 мл 50% розчину етанолу (пат. України на корисну модель №84299). Кінцеву оцінку проби проводили протягом 10 хв (позитивний або негативний результат). Утворення гелю свідчило про наявність ексудату в черевній порожнині, що розцінювали як позитивний результат тесту. У разі негативного результату проводили більш поглиблений аналіз вмісту черевної порожнини (мікробіологія, цитологія тощо).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою статистичного апарату Microsoft Office Excel 2007 та ліцензійної версії пакету Stata 12.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Резюмуючи результати ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів, які знаходились на лікуванні протягом 1-го періоду спостереження, було встановлено наступне. Навіть за наявності класичної клініки гострого апендициту (1-ша підгрупа хворих – 1347 осіб), у 105 (7,8%) пацієнтів під час оперативного втручання було виявлено іншу гостру патологію органів черевної порожнини (гостра гінекологічна патологія – 58 (55,2%) хворих, гострий мезаденіт – 18 (17,1%), причому у 5 (27,8%) випадків – специфічного генезу), запалення дивертикулу Меккеля (15 (14,3%) хворих тощо). При інтерпретації візуальних змін у червоподібному відростку зустрічаються випадки як гіпер-, так і гіподіагностики (201 хворий), що підтверджено даними

гістологічного дослідження (частота розходжень клінічного та патоморфологічного діагнозів склала 16,1%). У подальшому у 28 (13,9%) осіб (16 (7,96%) – з відсутністю змін у відростку та 12 (5,97%) – з простим апендицитом у ранньому післяопераційному періоді з'явилися специфічні симптоми, які викликали необхідність перегляду тактики лікування пацієнтів. Так, в 11 (5,5%) осіб (4 (1,99%) – з відсутністю змін у відростку при гістологічному дослідженні та 7 (3,5%) – з простим апендицитом виникла діарея на фоні гіпертермії. Після консультації інфекціоніста 5 (2,5%) хворих були переведені до інфекційного відділення з приводу гострої кишкової інфекції. З 9 (4,5%) жінок молодого віку (5 (2,5%) – з відсутністю змін у відростку при гістологічному дослідженні та 4 (1,99%) – з простим апендицитом після операції відмічено появу рясних виділень з піхви різного характеру, у 5 (2,5%) хворих з відсутністю змін у червоподібному відростку виникло загострення сечокам'яної хвороби (СКХ), а у трьох (1,5%) – виразкової хвороби ДПК (підтвержені при інструментальному дослідженні).

Гострий апендицит з атипичним розташуванням червоподібного відростка було виявлено у 213 (17,1%) хворих даної підгрупи, причому ретроцекальне розташування склало 61,03% (130 осіб), а серед клінічних форм гострого апендициту переважали його деструктивні форми (203 особи – 95,3%).

У ході динамічного спостереження протягом 24-48 год 337 (39,7%) пацієнтів з 848 хворих 2-ї підгрупи були прооперовані з приводу гострого апендициту, а у 511 (60,3%) пацієнтів діагноз гострого апендициту було знято. Найбільш часто гострий апендицит з решти 511 (60,3%) хворих симулювали кишкова колька – 204 (39,9%) особи, загострення хронічної патології органів травного тракту – 128 (25,05%) осіб, хронічні гінекологічні захворювання у жінок (87 (17,03%) осіб, СКХ – 61 (11,9%), гостра інфекційна патологія кишечника – 25 (4,9%), гострий мезаденіт – 6 (1,2%). Відмічено зростання частоти розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів гострого апендициту у 89 прооперованих хворих 2-ї підгрупи по відношенню до 1-ї (26,4% проти 16,1%) ($p < 0,001$). Особливо різною є різниця у частоті хворих, яких було прооперовано з приводу простого апендициту (20,2% проти 11,3%) ($p < 0,001$).

У 21 (11,4%) випадків атипичний перебіг гострого апендициту у 2-й підгрупі був пов'язаний з тяжкою супутньою фоновою патологією (імунодефіцит, онкологічна патологія, хронічна патологія серцево-судинної, дихальної систем та нирок на стадії декомпенсації). 5 (2,7%) осіб страждали на ВІЛ-інфекцію, причиною якої була наркоманія. Основні скарги у цієї категорії хворих зводились до відчуття вираженого без чіткої локалізації больового синдрому у животі за відсутності симптомів подразнення очеревини. Хворі вимагали проведення знеболення наркотичними анальгетиками, не дотримувались рекомендацій лікаря та лікарняного режиму. У 4 (2,2%) осіб гострий апендицит розвинувся на фоні онкологічної патології. Усі хворі мали 4 стадію захворювання, знаходились на симптоматичному лікуванні. Важкість стану хворих була зумовлена раковою інтоксикацією, кахексією, які на початкових стадіях розвитку гострого апендициту нівелювали його клінічну картину. Динамічний нагляд за хворими, УЗ-діагностика дозволили вчасно встановити діагноз. У 12 (6,5%) пацієнтів клініка гострого апендициту була ускладнена декомпенсованою хронічною соматичною патологією: серцево-

судинною – 5 (2,7%), дихальною – 3 (1,6%) та нирковою – 4 (2,2%) недостатністю тяжкого ступеня.

Атипове розташування запаленого червоподібного відростка виявлено достовірно більше у 2-й підгрупі (184 хворих), ніж у 1-й (54,6% проти 17,1%) ($p < 0,001$). Частота ретроцекального розташування запаленого червоподібного відростка 112 (60,9%) осіб, тазового – 45 (24,5%), а серед морфологічних форм гострого апендициту переважають деструктивні форми 175 (95,1%) хворих.

Ретельний збір скарг хворого, анамнезу хвороби та життя, дані фізикального, лабораторного та інструментального обстежень хворих, консультації суміжних спеціалістів дозволили вчасно провести диференціальну діагностику гострого апендициту з іншими захворюваннями органів черевної порожнини та заочеревинного простору, виключити діагноз гострого апендициту у 1574 (41,8%) хворих (3-тя підгрупа) протягом двох годин динамічного спостереження. Найбільш часто симулюють гострий апендицит кишкова колька 584 (37,03%) хворих, запальні захворювання верхніх відділів травного тракту – 362 (22,9%) хворих, гінекологічні захворювання – 268 (17,3%), СКХ – 189 (12%) осіб, гостра кишкова інфекція – 94 (5,97%), що дало змогу перевести дану категорію хворих для подальшого лікування у профільні відділення та стаціонари.

Аналізуючи історії хвороби 26 хворих, які були переведені з інших відділень стаціонару та прооперовані з приводу гострого апендициту, слід відмітити, що атиповий перебіг даного захворювання був зумовлений первинним превалюванням симптоматики фонові супутньої патології (розсіяний склероз, гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба ДПК, хронічний панкреатит, запальні гінекологічні захворювання тощо) та атиповим розташуванням запаленого червоподібного відростка.

Зокрема з неврологічного відділення було переведено 2 (7,69%) хворих. Особливих скарг хворі не виявляли, непокоїв дискомфорт у животі та його здуття. Впадали в око підвищення температури тіла до субфебрильних цифр та запальні зміни у загальному аналізі крові. При УЗД у черевній порожнині виявлено вільну рідину, а в одному випадку – симптом «мішені». При цьому напруга м'язів живота була відсутня внаслідок наявності супутнього демієлінізуючого захворювання. Хворі були прооперовані через 18 та 24 год від початку захворювання. Виявлено відповідно гангренозний та гангренозно-перфоративний апендицит (в обох випадках ретроцекальне розташування). У 7 (26,9%) хворих, які були переведені до хірургічного відділення з гінекологічного стаціонару, де вони перебували з приводу гострої та хронічної гінекологічної патології, під час операції виявлено в одному випадку гангренозно-перфоративний апендицит з абсцесом малого тазу, у 6 – флегмонозний апендицит, ускладнений різними формами перитоніту. У даній категорії хворих переважало тазове розташування запаленого червоподібного відростка (4 випадки – 15,4%), у 3 (11,5%) пацієнток виявлена ретроцекальна форма гострого апендициту.

Також було прооперовано 12 (46,2%) хворих, первинно госпіталізованих до інфекційного відділення з підозрою на гостру кишкову інфекцію (висока температура тіла на фоні діареї). Хворі скаржились на біль у животі, що посилювався при рухах та перед нападами діареї, а також на тенезми. Напруга м'язів

живота була відсутня, однак визначався перитонізм. У 9 (34,6%) пацієнтів на фоні консервативного лікування симптоми інтоксикації швидко зникли, однак біль у животі посилювався, з'явилась напруга м'язів, симптоми подразнення очеревини. Отримані результати бактеріологічного дослідження калу підтвердили відсутність кишкової інфекції. Під час операції було виявлено катаральну форму апендициту у двох (7,69%) пацієнтів, флегмонозний апендицит – у 6 (23,1%), гангренозний – в одного (3,8%) пацієнта. У 6 (23,1%) хворих відросток локалізувався ретроцекально (1 (3,8%) – ретроперитонеально, в одного (3,8%) – у малому тазу, а ще у двох (7,69%) – медіально. У решти 3 (11,5%) хворих – при бактеріологічному дослідженні калу виявлено шигельоз (збудник – *Shigella sonnei*). Незважаючи на інтенсивну інфузійну та антибактеріальну терапію, на фоні вираженого інтоксикаційного синдрому відмічено прогресування симптомів гострого апендициту (посилення болю, поява перитонеальних симптомів), у зв'язку з чим цих хворих було прооперовано. Гангренозний апендицит виявлено в одного (3,8%) хворого тазове розташування), гангренозно-перфоративний апендицит – у 2 (7,69%) пацієнтів, (ретроцекальне розташування червоподібного відростка, причому в 1 (3,8%) випадку – ретроперитонеальне.

Резюмуючи в цілому результати ретроспективного аналізу історій хвороби пацієнтів протягом 1-го періоду спостереження, слід констатувати, що частота гострого апендициту серед хворих, що поступили до хірургічного стаціонару з підозрою на дану патологію, складає 42,3% (1605 осіб). Серед цих хворих визначені основні фактори, які зумовлюють атиповий перебіг гострого апендициту: 1) атипове розташування запаленого червоподібного відростка виявлене у 26,4% випадків; 2) старша вікова група 8,98% хворих; 3) фонові супутні патології (імунодефіцит, онкологія, хронічні захворювання на стадії декомпенсації тощо) – 2,9%, причому в 1,3% випадків атиповий перебіг був пов'язаний з тяжкістю супутньої патології.

Серед форм гострого апендициту з атиповим розташуванням червоподібного відростка переважає ретроцекальна (60,99%), тазова форма зустрічається в 24,1% випадків. Згідно даним морфологічних досліджень, серед атипових форм гострого апендициту превалює флегмонозна форма (66,7%), значним є відсоток гангренозного апендициту (25,7%).

Найбільша частота гангренозних (в т.ч. гангренозно-перфоративних) форм атипового гострого апендициту зустрічається при тазовому розташуванні відростка (33,3%) та ретроцекальному (29,3%), по відношенню до інших локалізацій ($p < 0,01$). Встановлено, при тазовому апендициті переважають жінки (співвідношення – 1,9:1) ($p < 0,01$). У 78,96% хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом було виявлено різні форми перитоніту, а частота розвитку периапендикулярних абсцесів є найбільш високою у хворих з тазовим розташуванням гострого апендициту (38,9%) ($p < 0,01$).

Аналізуючи результати лікування хворих на гострий апендицит з атиповим розташуванням червоподібного відростка (основна та контрольна групи), слід зазначити, що протягом першого періоду спостереження частота розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів склала 18,2% проти 4,9% у другому періоді ($p < 0,001$), причому у другому періоді взагалі не було зареєстровано випадків видалення морфологічно незміненого відростка (1,3% – в першому), а відсоток

простого апендициту скоротився з 12,96 до 1,9% ($p < 0,001$). Слід зазначити, що проста форма гострого апендициту у ряді випадків є маніфестом іншої запальної патології органів черевної порожнини та при своєчасно розпочатому консервативному лікуванні може бутивилікувана без оперативного втручання.

При тазовому розташуванні запаленого червоподібного відростка та його контакті з прямою кишкою температурна реакція (понад $37,6^{\circ}\text{C}$) була локальною. Підвищення температури на кількох ділянках прямої кишки, за відсутності клінічної картини гострого перитоніту, свідчить на користь гострої кишкової інфекції або запалення додатків матки у жінок. Запропонований спосіб був ефективним у 54 хворих на гострий апендицит з тазовим розташуванням червоподібного відростка, у 31 хворого на запальну патологію додатків матки та 27 пацієнтів з гострою кишковою інфекцією (чутливість методики склала 93,1% (95%ДІ: 90,7 - 95,5%), специфічність – 82,8 % (95%ДІ: 79,2 - 86,4%).

Застосування способу ректальної термокартографії при гострому тазовому апендициті дозволило зменшити частоту гангренозних його форм з 33,3 до 15,2% ($p < 0,01$) за рахунок суттєвого скорочення строків дообстеження хворих на ($1,4 \pm 0,3$ доби), а, як наслідок, знизити кількість розвитку периапендикулярних абсцесів при даній локалізації апендициту з 38,9% до 18,9% ($p < 0,01$).

Висока діагностична цінність етанолового тесту (полімеризація фібрин-мономеру ексудату 50% розчином етанолу з утворенням гелю) дозволила зняти екстрені показання до оперативного лікування, тобто уникнути виконання необґрунтованої апендектомії, у 6,3% хворих, у яких при подальшому динамічному спостереженні та дообстеженні було встановлено іншу патологію органів черевної порожнини, яка піддається консервативному лікуванню (мезаденіт, токсикоінфекція, хронічна гінекологічна патологія тощо).

Запропонований спосіб був ефективним у 46 хворих з перитонітом апендикулярного генезу та у 20 пацієнтів з хронічною патологією органів черевної порожнини (чутливість методики склала 95,8% (95%ДІ: 93,9 - 97,7%), специфічність – 83,3% (95%ДІ: 79,7 - 86,9%).

При підозрі на гострий апендицит з атипичним перебігом опирались на розроблений нами діагностично-лікувальний алгоритм, який, крім даних клінічної, лабораторної та відомих методик інструментальної діагностики (УЗД, КТ, лапароскопія), також включав власні розробки (ректальну термокартографію, етаноловий тест), застосування удосконалених методик апендектомії, що дало змогу збільшити частку осіб, прооперованих за відсутності ускладнених форм гострого апендициту.

Було встановлено, що тифліт ускладнює перебіг гострого деструктивного апендициту при його атипичному перебігу в 10,7% випадків (91 особа), причому протяжна інфільтрація сліпої кишки складає 61,5% (56 осіб). Традиційна інвагінаційна методика обробки кукси червоподібного відростка (46 хворих) в даному випадку може бути небезпечна розвитком гнійних ускладнень внаслідок неспроможності швів (13,04% - 6 осіб).

Нами було удосконалено спосіб апендектомії лігатурним методом шляхом накладання поверх кукси червоподібного відростка колагенової пластини, покритої з одного боку фібриновим клеєм. Клейова композиція виявляє абсорбуючі, пластичні,

гемостатичні та протизапальні властивості, прискорює репаративні процеси, стимулюючи процеси ангіогенезу в прилеглих тканинах, що особливо важливо при протяжній інфільтрації сліпої кишки. Застосування клейової пластини робить етап укриття кукси червоподібного відростка технічно більш простим та скорочує час на його проведення до 5 хв.

За даною методикою було прооперовано 32 хворих. Розвиток гнійних ускладнень не зареєстровано, усі пацієнти виписані з стаціонару у стандартні строки. Середня тривалість спостереження склала 6 міс, порушень не виявлено.

З метою надійного укриття кукси апендикса при виконанні лапароскопічної апендектомії з приводу деструктивних форм гострого апендициту, ускладненого тифлітом, нами було запропоновано наступну методику. Після лігування основи червоподібного відростка двома послідовно накладеними ендопетлями Редера обробляли слизову його кукси за допомогою моно- або біполярної коагуляції та здійснювали апендектомію. Атрауматичними щипцями відводили купол сліпої кишки у верхньо-медіальному напрямку. Використовуючи порт в правій здухвинній ділянці, ножицями без застосування коагуляції з очеревини задньо-бокової стінки великої здухвинної ямки викроювали параболоподібний клапоть на широкій основі, що мала бути максимально наближеною до купола сліпої кишки. Клапоть евертували на купол сліпої кишки, укриваючи ним куксу відростка, та фіксували до сліпої кишки безперервним швом (рис. 1).

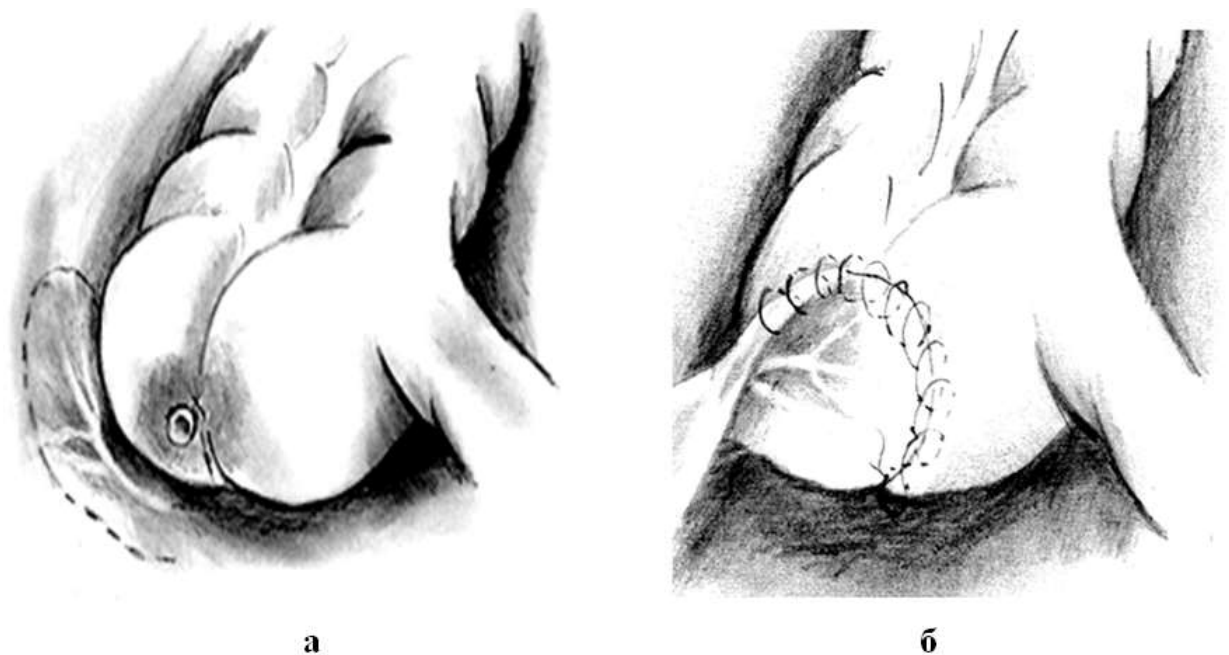


Рис. 1. Етапи лапароскопічної апендектомії: *а* – викроювання клаптя очеревини; *б* – кінцевий етап операції.

За даною методикою прооперовано 13 хворих, середня тривалість спостереження 6 міс. Розвитку післяопераційних ускладнень у даних хворих не виявлено. Тривалість виконання даного оперативного втручання складає $(57,5 \pm 2,8)$ хв, що було практично тотожно строкам виконання стандартної цекопексії. В середньому хворі знаходились у стаціонарі $(3,9 \pm 1,5)$ доби. У порівнянні, середній

ліжко-день після виконання перитонізації кукси відростка клейовою композицією становив $(8,2 \pm 1,3)$ доби, а після стандартного укриття кукси власними тканинами сліпої кишки – $(13,8 \pm 8,2)$ діб, причому у хворих, у яких виникла зовнішня кишкова нориця ліжко-день складав $(36,8 \pm 11,4)$ діб.

Аналізуючи структуру і частоту післяопераційних ускладнень у хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом, слід відмітити, що в ранньому післяопераційному періоді вона склала 6,7% (57 осіб): у хворих основної групи – 3,5% (15 осіб), контрольної групи – 9,9% (42 особи) ($p < 0,001$) (табл. 1).

Таблиця 1

Структура ранніх післяопераційних ускладнень у хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом

Післяопераційні ускладнення	Групи хворих					
	основна		контрольна		всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нагноєння післяопераційної рани	9	2,1	19	4,5	28	3,3
Рання спайкова кишкова непрохідність	1	0,2	5	1,2	6	0,7
Післяопераційний перитоніт	–	–	2	0,5	2	0,2
Абсцес черевної порожнини	–	–	3	0,7	3	0,4
Зовнішня кишкова нориця	–	–	6	1,4	6	0,7
Інфільтрат післяопераційного рубця	5	1,2	7	1,7	12	1,4
Загалом, (95% ДІ)	15	3,5	42	9,9	57	6,7
	(1,8-5,2)		(7,1-12,8)		(5,0-8,4)	
$P (\chi^2)$ (всі ускладнення)	$\chi^2 = 13,7, df=1, p=0,0002$					

Всього повторно було прооперовано 8 (0,9%) хворих (одному пацієнту основної групи виконано релапароскопію, а 7 хворим контрольної групи – релапаротомію). Встановлено, що при атиповому перебігу гострого апендициту частота післяопераційних гнійних ускладнень не має чіткої залежності від ступеня деструкції червоподібного відростка, як це відмічено при типовому гострому апендициті. Частота післяопераційних ускладнень при катаральному апендициті у хворих контрольної групи склала 19,05%, (95% ДІ: 2,3 - 35,8%), при флегмонозному – 6,9% (95% ДІ: 4,0 - 9,8%), гангренозних формах – 27,03%, (95% ДІ: 15,2 - 38,9%) (у хворих основної групи – 4,7% (95% ДІ: 0,1 - 11,0%), 5,9% (95% ДІ: 3,2 - 8,6%), 26,8% (95% ДІ: 18,0 - 35,6%) відповідно). Так, обидва випадки розвитку післяопераційного перитоніту у пацієнтів контрольної групи були пов'язані з прогресуванням гострої гінекологічної патології придатків матки (первинно хворі були прооперовані з приводу катарального апендициту). В ході повторної операції було усунуто причину перитоніту, виконано інтубацію тонкого кишечника, лаваж та дренивання черевної порожнини. З приводу ранньої спайкової кишкової непрохідності (шість хворих) було повторно оперовано чотирьох хворих контрольної групи та одного основної. Останнього прооперовано лапароскопічним шляхом – виконано вісцероліз, дренивання черевної порожнини. Іншим хворим здійснено вісцероліз, інтубацію

тонкого кишечника, лаваж, дренування черевної порожнини. У решти двох пацієнтів дане ускладнення вдалося ліквідувати консервативним шляхом. Трьох хворих прооперовано з приводу абсцесів черевної порожнини, які були наслідком недостатньої санації останньої при підпечінковому (одна особа) та ретроцекальному (дві особи) розташуванні червоподібного відростка (операція – розкриття, лаваж та дренування гнійника). Зовнішні кишкові нориці виникли після перитонізації кукси відростка власними тканинами сліпої кишки одиночними вузловими швами у хворих на гангренозні форми гострого апендициту, ускладнені тифлітом. Шляхом тривалого консервативного лікування хворих їх вдалося ліквідувати. Протягом зазначеного періоду спостереження не відмічено жодного випадку смерті пацієнтів на гострий апендицит.

Після виписки з стаціонару хворі наблюдались впродовж року. Ускладнення виникли у 16 (3,8%) з 426 пацієнтів (341 – основної та 85 – контрольної групи), з якими вдалося встановити контакт (табл. 2).

Таблиця 2

Структура пізніх післяопераційних ускладнень у хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом

Післяопераційні ускладнення	Групи хворих					
	основна		контрольна		всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спайкова хвороба з больовим синдромом	1	0,3	2	2,4	3	0,7
Спайкова хвороба з епізодами кишкової непрохідності	–	–	2	2,4	2	0,5
Післяопераційна грижа	1	0,3	2	2,4	3	0,7
Лігатурна нориця	2	0,6	4	4,8	6	1,4
Абсцес черевної порожнини	–	–	1	1,2	1	0,2
Зовнішня кишкова нориця	–	–	1	1,2	1	0,2
Разом, (95% ДІ)	4	1,2	12	14,1	16	3,8
	(0,0-1,8)		(1,3-4,4)		(1,0-2,8)	
$P(\chi^2)$ (всі ускладнення)	$\chi^2 = 4.19, df=1, p=0,041$					

Наведені у таблиці 2 дані свідчать про те, що в цілому з приводу злукової хвороби черевної порожнини було госпіталізовано п'ять хворих: у трьох хворих в клінічній картині переважали напади больового синдрому, у двох – явища часткової кишкової непрохідності. Хворим проводили консервативні заходи, які виявились ефективними у трьох пацієнтів. Одній хворій на спайкову хворобу з больовим синдромом основної групи було виконано лапароскопічний вісцероліз. Ще одне оперативне втручання (лапаротомія, вісцероліз) було здійснено хворому контрольної групи з явищами кишкової непрохідності, у якого при дослідженні пасажу барію було встановлено обструкцію на рівні клубової кишки. З анамнезу усі прооперовані хворі раніше перенесли оперативні втручання з приводу деструктивних форм гострого апендициту. Післяопераційні грижі виникли у хворих після оперативних втручань, виконаних на фоні поширеного гнійного перитоніту,

які супроводжувались нагноєнням післяопераційної рани протягом тривалого періоду. З абсцесом черевної порожнини поступив один хворий, оперований раніше з приводу гангренозного апендициту. У однієї хворої через два тижні після виписки з стаціонару після видалення гангренозного червоподібного відростка, ускладненого тифлітом (операція – цекопексія), виникла зовнішня товстокишкова нориця. Після тривалого (впродовж 54 днів) консервативного лікування дане ускладнення було ліквідовано.

Таким чином, аналізуючи результати лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом, слід відмітити, що удосконалення технологій діагностики та оперативних втручань при гострому апендициті дозволило зменшити частоту розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді з 9,9 до 3,5% ($p < 0,001$), а у віддалені строки – з 14,1 до 1,2% ($p < 0,001$), що вказує на ефективність останніх.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі науково обґрунтовано та практично вирішено наукове завдання невідкладної хірургії органів черевної порожнини щодо покращання результатів хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом шляхом удосконалення методів діагностики та оперативних втручань.

1. Основними факторами, які зумовлюють атиповий перебіг гострого апендициту є атипове розташування запаленого червоподібного відростка (26,4% випадків); похилий або старечий вік хворих (8,98% випадків); тяжка фонова супутня патологія (імунodefіцит, онкологія, розсіяний склероз тощо) (2,9%).

2. При атиповому розташуванні гострого апендициту превалює його ретроцекальна локалізація 61,2%, тазове розташування зустрічається в 24,3% випадків, переважають деструктивні форми захворювання – 92,5%, які ускладнюються різними формами перитоніту – 77,7%.

3. Тазове розташування гострого апендициту необхідно диференціювати з гінекологічною патологією у жінок (17,03%), з гострою кишковою інфекцією (5,8%), яка може маніфестувати розвитком гострого мезаденіту (27,5%), а також втягувати у запальний процес червоподібний відросток (2,3%). При тазовому апендициті переважають жінки (співвідношення – 1,9:1) ($p < 0,01$), частота гангренозних (в т. ч. гангренозно-перфоративних) форм при цьому складає 33,3% ($p < 0,01$), а відсоток розвитку периапендикулярних абсцесів є найвищим (38,9%) ($p < 0,01$) по відношенню до інших локалізацій.

4. Частота гострого апендициту серед хворих, що поступили до хірургічного стаціонару з підозрою на дану патологію, складає 41,4%, при цьому частота розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів гострого апендициту сягає 18,2% в основному у бік гіпердіагностики (в 1,3% випадків взагалі не було виявлено гострого запалення у червоподібному відростку, а у 12,96% осіб виявлено просту форму гострого апендициту, яка у ряді випадків є маніфестом іншої патології органів черевної порожнини (мезаденіту, інфекційних кишкових захворювань, хронічної гінекологічної патології тощо), що піддається консервативному лікуванню).

5. Впровадження способу ректальної термокартографії при підозрі на гострий тазовий апендицит дозволило зменшити частоту гангренозних його форм з 33,3 до 15,2% ($p < 0,01$) за рахунок суттєвого скорочення строків дообстеження хворих (на $1,4 \pm 0,3$ доби), а, як наслідок, знизити кількість розвитку периапендикулярних абсцесів при даній локалізації апендициту з 38,9 до 18,9% ($p < 0,01$).

6. Застосування способу діагностики перитоніту у складних для клінічної верифікації випадках дозволило зняти показання до оперативного лікування, тобто уникнути виконання необґрунтованого оперативного втручання у 6,3% хворих ($p < 0,05$).

7. Використання удосконалених способів перитонізації кукси червоподібного відростка при деструктивних формах гострого апендициту в умовах інфільтрації сліпої кишки дозволяє зменшити частоту розвитку гнійних ускладнень на 13,04% ($p = 0,01$) та розширити показання до лапароскопічної апендектомії, що значно скорочує строки знаходження хворого у стаціонарі.

8. Впровадження удосконалених технологій діагностики та хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом дозволило скоротити відсоток розходжень клінічного і патоморфологічного діагнозів на 13,3% ($p < 0,001$) та зменшити частоту розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді з 9,9 до 3,5% ($p < 0,001$), а у віддалені строки – з 14,1 до 1,2% ($p < 0,001$).

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Безродний Б. Г. Гострий апендицит / Б. Г. Безродний, І. В. Колосович, К. О. Лебедева. – К.: Валрус Дизайн, 2013. – 182 с. *(Здобувачкою особисто проведено збір матеріалу, аналіз отриманих даних та узагальнення результатів).*

2. Вопросы эпидемиологии и диагностики острого аппендицита с атипичным течением / И. В. Колосович, В. А. Красовский, С. А. Бутырин, Е. О. Чиколовец, А. И. Колосович // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. – № 4. – С. 538 – 544. *(Здобувачкою проведено збір матеріалу, клінічне та лабораторне дослідження, аналіз отриманих результатів та написання статті).*

3. Особливості діагностики та хірургічного лікування хворих на гострий апендицит з атиповим перебігом / І. В. Колосович, Б. Г. Безродний, К. О. Чиколовец, А. І. Колосович // Клін. хірургія. – 2016. – № 12. – С. 16 – 19. *(Здобувачкою проведено набір матеріалу, клініко–інструментальні обстеження, аналіз даних та узагальнення результатів).*

4. Диференційований підхід до вибору способу апендектомії при деструктивних формах гострого апендициту, ускладнених тифлітом / І. В. Колосович, Р. А. Сидоренко, К. О. Чиколовец, А. І. Колосович // Клін. хірургія. – 2017. – № 4. – С. 8 – 10. *(Здобувачкою проведено збір матеріалу, клінічне дослідження, аналіз отриманих результатів та написання статті).*

5. Колосович І. В. Способ діагностики острого аппендицита при тазовом расположении отростка / И. В. Колосович, Е. О. Лебедева // Сборник материалов междунар. науч. конф. «Современные исследования медико–биологических наук: совершенствование диагностики, разработка средств профилактики и терапии

болезней»; под ред. проф. Л. В. Натрус, Киров, 26–28 июня 2013 г. – Киров: МЦНИП, 2013. – С. 167 – 169. *(Здобувачка провела набір матеріалу, клініко–інструментальні обстеження, аналіз даних та узагальнення результатів).*

6. Миниинвазивная хирургия деструктивных форм острого аппендицита / И. В. Колосович, Е. О. Лебедева, Н. Г. Джурко, А. И. Колосович // Сборник материалов междунар. науч. конф.: «Современные исследования медико–биологических наук»; под ред. проф. В. В. Петрушенко, Москва, 29–31 января 2014 г. – Киров: МЦНИП, 2014. – С. 21–24. *(Здобувачкою проведено збір матеріалу, клінічне дослідження, аналіз отриманих результатів та написання статті).*

7. Пат. на корисну модель 84301 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб апендектомії при деструктивному апендициті / І. В. Колосович, Р. А. Сидоренко, К. О. Лебедева; заявник та патентовласник НМУ імені О. О. Богомольця. – № u201306443; заявл. 20.05.13, опубл. 10.10.13, Бюл. № 19. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу та складання формули винаходу).*

8. Пат. на корисну модель 84299 Україна, МПК А61В 5/00. Спосіб діагностики перитоніту / І. В. Колосович, В. М. Короткий, К. О. Лебедева; заявник та патентовласник НМУ імені О. О. Богомольця. – № u201306441; заявл. 20.05.13, опубл. 10.10.13. Бюл. № 19. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу та складання формули винаходу).*

9. Пат. на корисну модель 85318 Україна, МПК А61В 17/00 Спосіб діагностики гострого апендициту при його тазовому розташуванні / І. В. Колосович, К. О. Лебедева; заявник та патентовласник НМУ імені О. О. Богомольця. – № u201308133; заявл. 27.06.13, опубл. 11.11.13. Бюл. № 21. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу та складання формули винаходу).*

10. Пат. на корисну модель 88052 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб лапароскопічної апендектомії при гострому деструктивному апендициті, ускладненому тифлітом / І. В. Колосович, К. О. Лебедева, А. І. Мойсеєнко; заявник та патентовласник НМУ імені О. О. Богомольця. – № u201312180; заявл. 18.10.13, опубл. 25.02.14, бюл. №4. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу та складання формули винаходу).*

11. Колосович І. В. Особенности клиники и диагностики атипичных форм острого аппендицита/ И. В. Колосович, Е. О. Лебедева // Хірургія України. – 2013. – № 4 (додаток 1). – С. 306 – 309. *(Здобувачкою проведено набір матеріалу, клініко–інструментальні обстеження, аналіз даних та узагальнення результатів).*

12. Колосович І. В. Хірургічне лікування деструктивних форм гострого апендициту з інфільтрацією сліпої кишки / І. В. Колосович, Р. А. Сидоренко, К. О. Лебедева // Укр. мед. вісті. – 2013. – Т. 10, № 1–4. – С. 224. *(Здобувачкою проведено набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

13. Лебедева К. О. Удосконалення термометричної діагностики атипичних форм гострого апендициту/ К. О. Лебедева // УНММЖ. – 2013. – Спецвипуск №2. – С. 12 – 13. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

14. Колосович І. В. Дослідження характеру вмісту черевної порожнини в складних для діагностики випадках / І. В. Колосович, К. О. Лебедева // Мат. III міжнародної наук.–практ. конф. «Морфологічні основи наукових досліджень в

медицині», присвяченої 110-річчю з дня народження М. І. Зазибіна. – Київ, 2013. – С. 98 – 99. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

15. Колосович І. В. Лапароскопическая аппендэктомия при остром деструктивном аппендиците, осложненном тифлитом / І. В. Колосович, Б. Г. Безродный, Р. А. Сидоренко, Е. О. Лебедева // Аллергология и иммунология (Російська Федерація). – 2014. – Т. 15, № 2. – С. 144 – 145. *(Здобувачкою проведено набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

16. Колосович І. В. Вибір варіанту операції при деструктивному апендициті, ускладненому тифлітом / І. В. Колосович, А. І. Мойсеєнко, В. О. Красовський, К. О. Лебедева, А. І. Колосович // Матеріали наук.–практ. конф. з міжнародною участю «Новітні технології в сучасній хірургічній практиці», присвяченій 80-річчю кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – Київ, 16 квітня 2015 року. – С. 21 – 22. *(Здобувачкою проведено аналіз літературних даних, набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

17. Колосович І. В. Удосконалення методики визначення генезу вільної рідини черевної порожнини / І. В. Колосович, Н. А. Колосович, К. О. Лебедева // Матеріали XIV з'їзду ВУЛГ. – м. Одеса, 9–11 вересня 2015 р. – С. 255 – 256. *(Здобувачкою виконано аналіз наукової літератури, набір матеріалу, аналіз даних та узагальнення результатів).*

18. Колосович І. В. Тактика хірургічного лікування хворих на гострий апендицит, ускладнений тифлітом / І. В. Колосович, В. О. Красовський, К. О. Лебедева // Матеріали ХХІІІ з'їзду хірургів України, 21–23 жовтня 2015 р., м. Київ. – С. 665 – 666. *(Здобувачкою проведено збір матеріалу, аналіз отриманих результатів).*

19. Колосович І. В. Мінімально-інвазивне оперативне лікування хворих на гострий апендицит з тазовим розташуванням за наявності тифліту / І. В. Колосович, К. О. Лебедева // Матеріали Всеукраїнської наук.–практ. конференції з міжнародною участю «Мінімально-інвазивна хірургія органів малого тазу». – Одеса, 18–19 травня 2017. – С. 95 – 96. *(Здобувачкою особисто проведено збір матеріалу, аналіз отриманих даних та узагальнення результатів).*

АНОТАЦІЯ

Лебедева К.О. Діагностика та хірургічне лікування хворих на гострий апендицит з атипичним перебігом. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2017.

Дисертація присвячена розв'язанню актуальної наукової задачі невідкладної хірургії органів черевної порожнини – покращанню результатів хірургічного лікування хворих шляхом удосконалення методів діагностики та оперативних втручань. Встановлено, що до основних факторів, які зумовлюють атипичний перебіг гострого апендициту слід віднести: атипичне розташування запаленого

червоподібного відростка; похилий або старечий вік хворих; важку фонову супутню патологію (імунодефіцит, онкологія, тощо). Запропоновано способи діагностики гострого апендициту при його тазовому розташуванні (ректальна термокартографія) та перитоніту (етаноловий тест). Удосконалено способи хірургічного лікування гострого деструктивного апендициту, ускладненого тифлітом, шляхом перитонізації кукси відростка клейовою композицією та евертованим клаптом очеревини, розширивши показання до лапароскопічної апендектомії. Впровадження удосконалених технологій діагностики та хірургічного лікування гострого апендициту дозволило зменшити частоту розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді з 9,9 до 3,5%, а у віддалені строки – з 14,1 до 1,2%.

Ключові слова: червоподібний відросток, гострий апендицит, атипичний перебіг, тифліт, перитоніт, діагностика, апендектомія.

АННОТАЦІЯ

Лебедева Е.О. Диагностика и хирургическое лечение больных с атипичным течением острого аппендицита. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия. - Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев, 2017.

Диссертация посвящена решению актуальной научной задачи неотложной хирургии органов брюшной полости - улучшению результатов хирургического лечения больных с атипичным течением острого аппендицита путем усовершенствования методов диагностики и оперативных вмешательств. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 852 больных с атипичным течением острого аппендицита (25,3%) из числа 3370 больных острым аппендицитом, которые были оперированы в клинике кафедры хирургии № 2 Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца МЗ Украины в период с 2007 по 2016 гг. Кроме того, работа также включала ретроспективный анализ историй болезни 3795 пациентов с целью определения основных факторов, которые обуславливают атипичное течение острого аппендицита. Установлено, что к ним следует отнести: атипичное расположение воспаленного червеобразного отростка; преклонный или старческий возраст больных; тяжелую фоновую сопутствующую патологию (иммунодефицит, онкология и т.п.). Определено, что при атипичном расположении острого аппендицита превалирует его ретроцекальная локализация (60,99%), тазовое расположение встречается в 24,1% случаев. В этой группе преобладают деструктивные формы заболевания (92,5%), которые осложняются разными формами перитонита (77,7%). Внедрение способа ректальной термокартографии при подозрении на острый тазовый аппендицит позволило уменьшить частоту гангренозных его форм с 33,3 до 15,2% ($p < 0,01$) за счет сокращения сроков дообследования больных (на $1,4 \pm 0,3$ сутки), а, как следствие, снизить количество развития периаппендикулярных абсцессов при данной локализации отростка с 38,9 до 18,9% ($p < 0,01$). Применение предложенного способа диагностики перитонита в сложных для клинической верификации случаях позволило снять показания к оперативному лечению, то есть избежать выполнения

необоснованной аппендэктомии у 6,3% больных, у которых при дальнейшем динамическом наблюдении и дообследовании была установлена другая патология органов брюшной полости, которая поддается консервативному лечению (мезаденит, кишечная инфекция, хроническая гинекологическая патология и т.п.). Использование усовершенствованных способов перитонизации культи червеобразного отростка при деструктивных формах острого аппендицита в условиях инфильтрации слепой кишки позволило уменьшить частоту развития гнойных осложнений на 13,04% и расширить показания для лапароскопической аппендэктомии, что значительно сократило сроки нахождения больного в стационаре. Внедрение усовершенствованных технологий диагностики и хирургического лечения атипичных форм острого аппендицита дало возможность сократить процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов на 13,3% ($p=0,01$) и уменьшить частоту развития осложнений в раннем послеоперационном периоде с 9,9 до 3,5% ($p<0,001$), а в отдаленные сроки - с 14,1 до 1,2% ($p<0,001$).

Ключевые слова: червеобразный отросток, острый аппендицит, атипичное течение, тифлит, перитонит, диагностика, аппендэктомия.

SUMMARY

Lebedieva K.O. Diagnostics and surgical treatment of patients with acute appendicitis with atypical course. – Manuscript.

Thesis for degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.03 – surgery. – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, 2017.

The thesis is devoted to solution of current scientific task of urgent surgery of abdominal cavity organs – improvement of results of operative treatment of patients by modernizing methods of diagnostics and operative treatments. It was established that the main factors that cause atypical course of acute appendicitis are atypical location of the inflamed appendix, elderly or senile age of patients, heavy background concomitant pathology (immunodeficiency, oncology, etc.). Methods of diagnosis of acute appendicitis with its pelvic placement (rectal thermocartography) and peritonitis (ethanol test) have been offered. The methods of surgical treatment of acute destructive appendicitis, complicated by typhlitis, have been improved by peritonization of the appendix stump with glutinous composition and ulcerated peritoneum, thanks to which the indications for laparoscopic appendectomy have been widened. The introduction of advanced technologies for diagnosis and surgical treatment of acute appendicitis has reduced the incidence of complications in the early postoperative period from 9.9 to 3.5%, and in the long term - from 14.1 to 1.2%.

Key words: appendix, acute appendicitis, atypical course, typhlitis, peritonitis, diagnosis, appendectomy.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ДІ – довірчий інтервал;
ДПК – дванадцятипала кишка;
КТ – комп'ютерна томографія;
СКХ – сечокам'яна хвороба;
УЗД – ультразвукове дослідження;
ФГДС – фіброгастродуоденоскопія.
УЗД – ультразвукове дослідження.