



В. В. Лесний, А. С. Лесна

Харківський національний  
медичний університет

© В. В. Лесний, А. С. Лесна

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

**Резюме.** *Мета.* Проаналізувати особливості клініки і діагностики гострого апендициту (ГА) у хворих похилого віку.

*Матеріали і методи.* В основу роботи покладений аналіз результатів лікування 38 хворих з клінікою ГА у віці > 60 років.

*Результати.* Хворі були розподілені на прогностичні групи згідно ознак шкали Alvarado. Складений діагностичний алгоритм для кожної групи та дана характеристика особливостей клінічних ознак, лабораторних показників, інструментальних методів.

*Висновок.* Тільки у 23,6 % пацієнтів старших за 60 років діагноз ГА може бути виставлений на підставі об'єктивних даних, тому в діагностичному алгоритмі обов'язкова комп'ютерна томографія або діагностична лапароскопія.

**Ключові слова:** *гострий апендицит, діагностика, похилий вік.*

### Вступ

Демографічні показники чисельності населення України свідчать, що відсоток осіб старших за 60 років досяг 22,9 % (Державна служба статистики України, 2018); 29,7 % (Дубілет Д., 2020). Зі збільшенням чисельності населення похилого віку закономірно збільшилася і кількість захворювань у даної категорії пацієнтів.

Епідеміологія гострого апендициту (ГА) у віці 60-90 років за даними різних авторів має наступну картину: 19,8 % [1,2]; 10 % [3]; 4,3 % [4]. Але, не дивлячись на здавалося б невеликі показники поширеності ГА у літніх людей, кожен окремий випадок являє собою складну діагностичну ситуацію, і не завжди, навіть маючи результати додаткових методів дослідження, консилиум лікарів може вчасно виставити показання для активного хірургічного лікування. За даними багатоцентрового дослідження MEDWISA 70 (2012), кількість ускладнень після апендектомії в цілому знизилася з 20 до 8 %, але показники летальності при ГА за останні десятиліття в порівнянні з 1980–1998 роками суттєво не змінилися, склавши 3 % [5].

Єрусалимські рекомендації з діагностики та лікування ГА (WSES, 2016) частково дають відповіді на проблемні питання (використання бальних шкал в постановці діагнозу; вплив затримки операції на характер ускладнень; можливості нехірургічного лікування неускладненого ГА), але ГА залишається «хамелеоном» черевної порожнини, особливо у літніх пацієнтів, що вимагає підвищеної уваги хірургів.

### Мета досліджень

Проаналізувати особливості клініки і діагностики ГА у хворих похилого та старечого віку.

### Матеріали і методи досліджень

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 38 пацієнтів госпіталізованих до хірургічного відділення. Умовами включення пацієнтів у дослідження були: виконана в результаті госпіталізації апендектомія; вік > 60 років; відсутність летальності протягом перших 30 днів; відсутність онкологічного процесу в черевній порожнині; відсутність ознак септичного шоку.

Клінічна характеристика досліджуваної групи пацієнтів: більшість склали жінки 22 (57,8 %), середній вік хворих (65,5±4,3) року [діапазон від 60 до 79 років]. Найбільш поширені супутні захворювання виявлені у пацієнтів: ішемічна хвороба серця – 38 (100 %) хворих; аритмії різного генезу – 14 (36,8 %); гіпертонічна хвороба – 36 (94,7 %); цукровий діабет II типу – 10 (26,3 %); аліментарне ожиріння – 18 (47,3 %); артрози – 20 (52,6 %); дивертикульоз товстої кишки – 5 (13,1 %); опущення органів малого тазу – 3 (7,8 %); сенільна деменція – 3 (7,8 %). Обтяжена коморбідність не тільки маскувала клініку запалення червоподібного відростка (ЧВ), але і підвищувала анестезіологічний ризик оперативного втручання, ускладнювала повноцінний продуктивний мовний контакт з пацієнтом, вимагала ретельного диференційованого підходу до аналізу результатів додаткових досліджень.

Час, з моменту появи перших симптомів захворювання до госпіталізації, склав: до 12 годин – 9 (23,7 %) хворих; 12-24 години – 10 (26,3 %); понад 24 години – 19 (50 %). Хворі госпіталізовані в ургентний хірургічний стаціонар за направленням сімейного лікаря – 5 (13,1 %); самозвернення – 2 (5,3 %); переведені з інших непрофільних установ – 2 (5,3 %);



доставлені бригадою швидкої медичної допомоги – 29 (76,3 %).

Діагнози при направленні були різні: гострий холецистопанкреатит – 7 (18,4 %); правобічна ниркова колика – 5 (13,1 %); загострення виразкової хвороби – 4 (10,5 %); спайкова хвороба органів черевної порожнини – 5 (13,1 %); кишкова непрохідність – 4 (10,5 %); перитоніт – 4 (10,5 %); і тільки у 7 (18,4 %) хворих на первинному рівні надання допомоги був запідозрений гострий апендицит.

На момент госпіталізації виявлені ознаки діагностичних шкал Alvarado (MANTRELS), Adult Appendicitis Score: біль у правій клубовій ділянці – 24 (63,1 %) хворих; міграція болю в праву клубову область відзначена у 8 (21,1 %) хворих; анорексія – 20 (52,6 %); нудота, блювання – 10 (26,3 %); позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга – 9 (23,7 %); напруження м'язів у правій здухвинній області – 9 (23,7 %) хворих, підвищення температури тіла понад 37,3 °C – 11 (28,9 %); лейкоцитоз більше  $10 \times 10^9$  /л – 18 (47,3 %), при цьому зсув лейкоцитарної формули мав місце у 8 (21,1 %). Ознаки systemic inflammatory response syndrome (SIRS) виявлено у вигляді тахікардії – 22 (57,9 %) хворих; тахіпноє (частота дихання  $\geq 20$ /хв) – 6 (15,8 %); температура тіла  $\geq 38$  °C – 6 (15,8 %); лейкоцитоз понад  $12 \times 10^9$  /л – 10 (26,3 %). Особливістю біохімічного аналізу крові був рівень С-реактивного білка у діапазоні 25-150 мг/л виявлений у 12 (31,6 %) хворих.

За даними оглядової рентгенографії органів черевної порожнини верифікований дифузний пневматоз – 18 (47,4 %) хворих; тонкокишкові арки – 3 (7,8 %); чаші Клойбера – 2 (5,3 %); вільний газ в черевній порожнині у жодного з хворих не виявлено. Трансабдомінальне ультразвукове дослідження (УЗД) проведено 34 (89,5 %) пацієнтам: вільна рідина виявлена у правій клубовій області, порожнині малого тазу – 7 (18,4 %) хворих; ригідна структура з замкнутою порожниною у правій клубовій ямці – 5 (13,1 %); симптом «мішені» – 2 (5,3 %); дифузні вікові зміни з боку інших органів – 34 (89,5 %). У 6 (15,8 %) пацієнтів проведена комп'ютерна томографія органів черевної порожнини (КТ ОЧП) виявлено ознаки деструкції ЧВ у всіх хворих: з параколярним абсцесом (об'ємом до 50 мл) – 4 (10,5 %) хворих, тифліт – 6 (15,8 %); реактивна локальна лімфоаденопатія – 5 (13,1 %).

#### Результати досліджень та їх обговорення

Діагноз ГА не викликав сумніву у 9 (23,6 %) випадках, коли кількість балів за шкалою Alvarado склала понад 9, а при об'єктивному дослідженні виявлено триаду Д'єлафуа (біль,

напруження м'язів у правій здухвинній області, шкірна гіперестезія).

У 6 (15,8 %) пацієнтів при кількості 7–8 балів за шкалою Alvarado для виключення іншої патології ілеоцекальної області використовували додаткові методи візуалізації. Особливо коли в черевній порожнині у правій здухвинній ділянці при пальпації визначався у 3 (7,8 %) пацієнтів без чітких меж, малорухливий, помірно болючий конгломерат. Непереконливі анамнестичні дані (наявність або відсутність симптому Кохера-Волковича, синдрому «малих ознак») вимагали проведення КТ ОЧП. При виявленні за даними КТ, УЗД ОЧП ознак деструкції ЧВ проводилося екстренне оперативне втручання.

У 12 (31,5 %) хворих при кількості 5-6 балів за шкалою Alvarado діагноз ГА можливий навіть при мінімальних клінічних даних. Не дивлячись на тривалий анамнез захворювання ((12,0±2,5) годин) були відсутні ознаки SIRS, зона помірної болючості знаходилась по правому фланку (3 хворих) або у мезогастрії (4 хворих). У даній категорії пацієнтів передня черевна стінка залишалася м'якою, при негативному симптомі Щоткіна-Блюмберга. Діагностична цінність симптомів Ровзінга, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона була сумнівна у 4 (10,5 %) пацієнтів, що раніше перенесли оперативні втручання, у зв'язку зі спайковим процесом у черевній порожнині. Хірургічна пильність зберігалася із-за негативної нітроглицеринової проби, болючості в животі, що не зменшувалась після внутрішньовенного введення спазмолітиків та очисної клізми. В результаті динамічного спостереження тільки через (22,5±3,5) годин від початку захворювання з'являлася характерна локальна симптоматика.

У 10 (26,3 %) пацієнтів при кількості балів менше 5 за шкалою Alvarado діагноз ГА був вкрай сумнівний. Але були наявні прояви SIRS, хоча їх можна було пояснити супутньою патологією (тахікардія, як результат постійної форми фібриляції передсердь; субфебрилітет, як прояв правобічного пієлонефриту). Дані додатковий методів візуалізації не підтверджували запальний процес в черевній порожнині. Больовий синдром не мав типової локалізації: у 2 (5,3 %) пацієнтів локалізувався в правій поперековій області з позитивним симптомом Пастернацького; у 4 (10,5 %) гіпогастральна область, при наявності дизуричних розладів; у 3 (7,8 %) без чіткої локалізації у животі; у 1 (2,6 %) в проєкції правобічної вправимої пахової грижі. Зі слів хворих біль не обмежувала фізичну активність (ходу), носила непостійний характер, частіше з наявністю ірадіації в праву пахову ділянку. Суміжними фахівцями була



виключена гостра гінекологічна, урологічна, терапевтична патологія, хворі були госпіталізовані для спостереження в хірургічній стаціонар. Враховуючи збереження болі у правій клубовій області, незважаючи на проведення консервативної терапії, і неможливість неінвазивними методами виключити патологію ЧВ хворим пропонувалася діагностична лапароскопія.

Усі пацієнти були прооперовані в ургентному порядку в обсязі: апендектомія, дренивання черевної порожнини – 15 (39,4 %), лапароскопічна апендектомія, дренивання черевної порожнини – 16 (42,2 %), лапароскопічноасистована апендектомія, дренивання черевної порожнини – 7 (18,4 %). Всім пацієнтам в передопераційному періоді проведено антибіотикопрофілактику (за 30-40 хвилин до початку оперативного втручання внутрішньовенно введено цефуроксім 750 мг, метронідазол 500 мг).

Оперативні втручання проводились під епідуральною анестезією зі штучною вентиляцією легень (20 пацієнтів) або епідуральна анестезія з елементами місцевої інфільтративної анестезії зі спонтанним диханням (18 пацієнтів). Анестезіологічний ризик склав за шкалою ASA III E – 26 (68,4 %) пацієнтів; ASA IV E – 12 (31,6 %).

Оперативне втручання тривало (74,0±10,5) хвилин, що пов'язано з інтраопераційними технічними складнощами через роз'єднання запального інфільтрату, адгезіолізу в правій клубовій області. Інтраопераційні зміни мали місце у вигляді: флегмонозно-перфоративний ГА - 11 (28,9 %) хворих; гангренозний ГА – 19 (50 %); гангренозно-перфоративний ГА – 8 (21,5 %).

#### Висновки

Лише у 23,6 % пацієнтів старших за 60 років діагноз ГА може бути виставлений на підставі об'єктивних даних (позитивних симптомах Кохера-Волковича, Щоткіна-Блюмберга, напруження м'язів у правій клубовій ділянці). Дані лабораторних методів дослідження необхідно ретельно аналізувати з огляду на супутню патологію у пацієнтів. В діагностичному алгоритмі обов'язкова КТ ОЧП, а при її неможливості і негативних результатах інших неінвазивних методів візуалізації ЧВ показана при збереженому больовому синдромі на тлі стабільної гемодинаміки діагностична лапароскопія.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg.* 2004; 91 (1): 28–37.
2. Hallan S, Asberg A. The accuracy of C-reactive protein in diagnosing acute appendicitis - a meta-analysis. *Scand J Clin Lab Invest.* 1997; 57 (5): 373–80.
3. Kirkil C, et al. Appendicitis scores may be useful in reducing the costs of treatment for right lower quadrant pain. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2013; 19(1): 13–9.
4. Smith MP, et al. Appropriateness Criteria Right Lower Quadrant Pain - Suspected Appendicitis. *Ultrasound Q.* 2015; 31(2): 85–91.
5. Velanovich V, Satava R. Balancing the normal appendectomy rate with the perforated appendicitis rate: implications for quality assurance. *Am Surg.* 1992; 58(4): 264–9.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ  
И ДИАГНОСТИКИ  
ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО  
ВОЗРАСТА

*V. V. Lesnoy, A. S. Lesnaya*

**Резюме.** *Цель.* Проанализировать особенности клиники и диагностики острого аппендицита (ОА) у больных пожилого возраста.

*Материалы и методы.* В основу работы положен анализ результатов лечения 38 больных с клиникой ОА в возрасте > 60 лет.

*Результаты.* Больные были разделены на прогностические группы согласно признаков шкалы Alvarado. Составлен диагностический алгоритм для каждой группы и дана характеристика особенностей клинических признаков, лабораторных показателей, инструментальных методов.

*Вывод.* Только в 23,6 % пациентов старше 60 лет диагноз ОА может быть выставлен на основании объективных данных, поэтому в диагностическом алгоритме обязательна компьютерная томография или диагностическая лапароскопия.

**Ключевые слова:** *острый аппендицит, диагностика, пожилой возраст.*

CLINICAL FEATURES  
AND DIAGNOSIS OF ACUTE  
APPENDICITIS IN ELDERLY  
PATIENTS

*V. V. Lesnoy, A. S. Lesnaya*

**Summary.** *Aim.* To analyze features of clinic and diagnostics of acute appendicitis (AA) in elderly patients.

*Materials and methods.* The work is based on the analysis of the results of treatment of 38 patients with AA clinic at the age > 60 years.

*Results.* The patients were divided into prognostic groups according to the Alvarado scale. The diagnostic algorithm for each group is compiled and the characteristics of clinical features, laboratory parameters, instrumental methods are given.

*Conclusion.* Only 23.6 % of patients older than 60 years are diagnosed with AA based on objective data, which is why computed tomography or diagnostic laparoscopy is required in the diagnostic algorithm.

**Key words:** *acute appendicitis, diagnosis, old age.*