

Vyresnio amžiaus žmonių apendicito ypatumai

Appendicitis – peculiarities in elderly patients

Donatas Venskutonis¹, Virmantas Daubaras¹, Juozas Kutkevičius¹, Jelena Kornej²

¹ Kauno medicinos universiteto Bendrosios chirurgijos klinika, 2-oji Kauno klinikinė ligoninė

² Kauno medicinos universitetas

Įvadas / tikslas

Apendicitas yra viena iš dažniausių ūminių chirurginių pilvo ligų. Per gyvenimą ūminiu apendicitu suserga apie 7 % visos populiacijos. Literatūros duomenimis, ūminis apendicitas sudaro apie 5 % visų ūminių pilvo ligų vyresnio amžiaus grupėje. Šio darbo tikslas – išanalizuoti KMU Bendrosios chirurgijos klinikoje (II KKL) 1991–2000 metais gydytų vyresnio amžiaus žmonių apendicito formas, diagnostinio laikotarpio trukmę, bendrą gulėjimo stacionare laiką, komplikacijų ir baigčių aspektus, šiuos duomenis palyginti su jaunesnių kaip 65 metų ūminiu apendicitu sergančių ligonių grupe.

Metodai

Tyrimo metu retrospektyviai buvo išanalizuotos 1991–2000 m. gydytų nuo įvairių ūminio apendicito formų asmenų ligos istorijos, siekiant įvertinti ligos trukmę, diagnostinio laikotarpio trukmę, ligos formą, gulėjimo stacionare trukmę, komplikacijas, mirštamumą ir palyginti šiuos duomenis dviejų amžiaus grupių: iki 65 metų ir daugiau kaip 65 metų. Tiriant istorijas buvo kreipiamas dėmesys į diagnostinio laikotarpio trukmę iki operacijos, operacijos metu nustatytą apendicito formą, stacionarinio gydymo trukmę, buvusias komplikacijas ir baigtį.

Rezultatai

1991–2000 m. nuo įvairių ūminio apendicito formų iš viso buvo gydyti 2378 ligoniai: pirmoje grupėje (iki 65 m.) buvo 2220 ligonių (92,51 %), antroje – 158 ligoniai (7,49 %). Pirmos grupės operuota 2130 ligonių (95,94 %), antros – 145 ligoniai (91,7 %). Vertinant apendicito formas, antroje amžiaus grupėje buvo gerokai daugiau gangreninių perforacinių nei pirmoje grupėje ($p = 0,0014$), o šioje – daugiau flegmoninių ($p < 0,0010$). Pirmos grupės ligoniai iki operacijos ligoninėje gulėjo 2,3 val., antros – 4,11 val. ($p < 0,05$). Bendras gulėjimo laikas pirmos grupės ligonių buvo 6,77 paros, antros – 11,14 paros ($p < 0,05$). Pooperacinių komplikacijų pirmoje grupėje buvo 151 (7,1 %), antroje – 31 (21,3 %), ($p = 0,0151$). Mirštamumas antroje grupėje sudarė 3,4 %, pirmoje grupėje mirusių nebuvo.

Išvados

Vyresnio amžiaus žmonės serga sunkesnėmis apendicito formomis, jų ikioperacinis ir bendras gulėjimo laikas yra ilgesnis (skirtumas statistiškai patikimas), pooperacinės komplikacijos sunkesnės ir dažnesnės (skirtumas statistiškai patikimas), visi mirusieji buvo vyresnio amžiaus žmonės, sirgę sunkiomis perforacinio apendicito formomis.

Prasminiai žodžiai: apendicitas, vyresnio amžiaus ligoniai.

Background / objective

Appendicitis is one of the most prevailing acute surgical abdominal diseases. According to literature data, acute appendicitis makes 5% of all acute diseases among elderly patients. The aim is to analyse the forms of appendicitis among elderly patients treated in KMU General Surgery Clinic (II KKL) in 1991–2000, as well as the duration of the diagnostic period, general duration of patients' stay in hospital, the aspects of complications and mortality as compared to those in patients under 65 years of age.

Methods

Medical histories of the patients treated for acute appendicitis in 1991–2000 were analysed retrospectively. The patients were divided into two age groups: group 1 – under 65 years of age; group 2 – older than 65. The following criteria were evaluated: form of the disease, duration of diagnostic period; duration of stay in hospital; complications, mortality. These data were compared in both age groups.

Results

In 1991–2000, a total of 2378 patients were treated for various forms of acute appendicitis. There were 2220 patients (91.1%) in group 1 and 158 (7.49%) in group 2. In group 1, 2130 patients (95.94%) and in group 2, 145 (91.7%) were operated on. In group 2 there were more gangrenous perforated acute appendicitis forms than in group 1 ($p = 0.0014$) and in group 1 there were more phlegmonic forms of appendicitis ($p < 0.001$). As to the time of stay in hospital before operation, in group 1 it was 2.3 h and in group 2 4.11 h ($p < 0.05$). The mean stay in hospital in group 1 was 6.77 days and in group 2 11.14 days ($p < 0.05$). The number of postoperative complications was 151 (7.1%) in group 1 and 31 (21.3 %) in group 2 ($p = 0.0151$). Mortality in group 2 was 3.4%, while in group 1 nobody died.

Conclusions

Elderly people fall ill with more grave forms of appendicitis; their stay in hospital before the operation and total stay in hospital is longer, the postoperative complications are more severe and more frequent; the differences are statistically reliable; all lethal cases were elderly patients ill with severe forms of perforated appendicitis.

Keywords: appendicitis, elderly patients.

Įvadas

Appendicitas yra viena iš dažniausių ūminių chirurginių pilvo ligų. Per gyvenimą ūminiu apendicitu suserga apie 7 % visos populiacijos [1]. Daugiausia serga jauni 15–24 metų asmenys [2], tačiau apie 5–10 % žmonių ūminiu apendicitu suserga būdami vyresnio amžiaus (vyresni kaip 65 metų) [3, 4]. Literatūros duomenimis, ūminis apendicitas sudaro apie 5 % visų ūminių pilvo ligų vyresnio amžiaus grupėje [5].

Praėjo daugiau kaip 100 metų, kai Reginaldas Fitzas, Harvardo universiteto patologijos profesorius, pavartojo „apendicito“ terminą. Tuo laiku mirštamumas nuo ūminio apendicito siekė iki 40 % [6]. Vėliau, pradėjus taikyti bendrąją nejautra, antiseptikus, antibiotikus, mirštamumas sumažėjo iki 2,4 % [7]. Dar vėliau pradėti

vartoti plataus veikimo spektro antibiotikai nuo *bacteroides fragilis* padėjo sumažinti intraabdominalinių ir žaizdos infekcijų dažnį, dėl to mirštamumas sumažėjo iki 0,8–1,6 % [7,9]. Tačiau nepaisant visų šių laimėjimų, liga išliko aktuali iki šių dienų, o senstant populiacijai ji tampa dar aktualesnė. Sumažėjus adaptacinėms ir kompensacinėms organizmo galimybėms, ūminio apendicito eiga vieniems vyresnio amžiaus (per 65 metų) žmonėms yra be ryškių pagrindinių šios ligos simptomų, kitiems niekuo nesiskiria nuo vidutinio amžiaus žmonių simptomų, tik jie ne tokie ryškūs [4, 9–12]. Daugelis problemų, susijusių su vyresnio amžiaus žmonių (per 65 m.) ūminio apendicito simptomais, ligos eiga, baigtimi, išlieka prieštaringos ir neišspręstos. Tai paskatino mus nagrinėti ligonių, gydytų nuo ūminio apendicito

mūsų ligoninėje, klinikinės ligos formas, gydymo ir baigties aspektus.

Šio darbo tikslas – išanalizuoti KMU Bendrosios chirurgijos klinikoje (II KKL) 1991–2000 metais gydytų vyresnio amžiaus žmonių apendicito formas, diagnostinio laikotarpio trukmę, bendrą gulėjimo stacionare laiką, komplikacijų ir baigčių aspektus, palyginti šiuos duomenis su jaunesnių kaip 65 metų ūminiu apendicitu sirgusių ligonių duomenimis.

Ligoniai ir metodai

KMU Bendrosios chirurgijos klinikoje (II KKL) 1991–2000 metais buvo gydyta 16 984 ligoniai, iš jų nuo įvairių ūminio apendicito formų – 2378 (14 %); operuota 13 510 ligonių, iš jų nuo apendicito – 2295 (16,98 %) ligonių. Pasiskirstymas pagal metus pateikiamas 1 lentelėje. Tyrimo metu buvo retrospektyviai išanalizuotos 1991–2000 m. gydytų ligonių ligos istorijos. Pagal amžių ligoniai suskirstyti į dvi grupes – iki 65 metų ir daugiau kaip 65 metų. Tiriant istorijas buvo kreipiamas dėmesys į operacijos metu nustatytą apendicito formą, diagnostinio laikotarpio trukmę iki operacijos ir bendrą stacionarinio gydymo trukmę, buvusias komplikacijas ir baigtį.

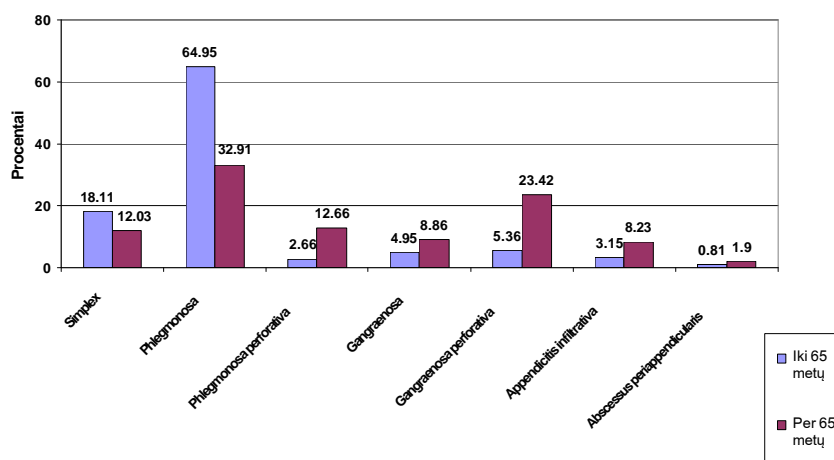
Rezultatai

1991–2000 m. iš viso buvo gydyti 2378 ligoniai nuo įvairių ūminio apendicito formų. Pirmos grupės (iki

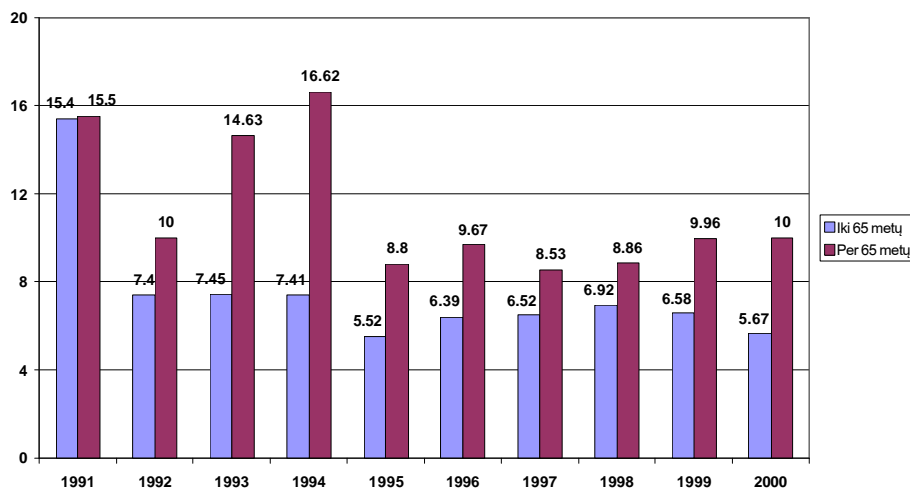
1 lentelė. Nuo ūminio apendicito gydytų ligonių pasiskirstymas

Metai	Iki 65 m.	Daugiau kaip 65 m.
1991	222	14
1992	169	7
1993	196	11
1994	212	16
1995	196	10
1996	195	15
1997	228	15
1998	337	21
1999	316	31
2000	307	18
Iš viso	2378	158

65 m.) buvo 2220 ligonių (92,51 %), antros – 158 ligoniai (7,49 %). Operuota pirmos grupės 2130 ligonių (95,94 %), antros – 145 ligoniai (91,7 %). Nustatytos tokios apendicito formos: *simplex* – 402 (18,11 %) pirmos ir 19 (12,03 %) antros grupės ligonių ($p = 0,4991$); *phlegmonosa* – 1442 (64,95 %) pirmos ir 52 (32,91 %) antros grupės ($p = 0,001$); *phlegmonosa perforativa* – 59 (2,66 %) pirmos ir 20 (12,66 %) antros grupės ($p = 0,855$); *gangraenosa* – 110 (4,95 %) pirmos ir 14 (8,86 %) antros grupės ($p = 0,5429$); *gangraenosa perforativa* – 119 (5,36 %) pirmos ir 37 (23,42 %) antros grupės ($p = 0,00140$); *infiltrativa* – 70 (3,15 %) pirmos ir 13 (8,23 %) antros grupės ($p = 0,3901$); *abscessus apendicularis* – 18 (0,81 %) pirmos ir 3 (1,9 %) antros grupės ligoniams ($p = 0,86$) (1 paveikslas).



1 pav. Apendicito formos (procentais)



2 pav. Bendras gulėjimo stacionare laikas (dienomis)

2 lentelė. Pooperacinės komplikacijos

Komplikacija	Daugiau kaip 65 m.		Iki 65 m.	
	Skaičius	Procentas	Skaičius	Procentas
<i>Seroma vulneris</i>	2	1,27 %	18	0,76 %
<i>Haematoma vulneris</i>	21	13,30 %	8	0,34 %
<i>Suppuratio vulneris</i>	1	0,63 %	105	4,42 %
<i>Abscessus c. Duglasi</i>	3	1,90 %	4	0,17 %
<i>Abscessus c. abdomini</i>	1	0,63 %	5	0,21 %
<i>Sanquinatio in cavi peritonei</i>	1	0,63 %	4	0,17 %
<i>Ileus mechanicus adhaesionibus</i>	0		2	0,08 %
<i>Pneumonia</i>	0		3	0,13 %
<i>Sepsis</i>	0		1	0,04 %
<i>Everteratio</i>	1	0,63 %	1	0,04 %
<i>Thrombophlebitis</i>	1	0,63 %	0	
<i>Embolia arteria pulmonalis</i>	1	0,63 %	0	

Tyrimo metu vertinant ligonių gulėjimo ligoninėje laiką iki operacijos nustatyta, kad pirmos grupės ligonių jis buvo 2,3 val., o antros – 4,11 val. ($p < 0,05$). Lyginant ikioperacinio laikotarpio trukmę kiekvienais metais matyti, kad pirmoje grupėje jis buvo trumpesnis, išskyrus 1994 metus, kai gulėjimo laikas šioje amžiaus grupėje buvo 2,26 val., o antroje grupėje – 1,93 val.

Tyrimo metu vertinant ligonių bendrą gulėjimo stacionare laiką konstatuota, kad pastaraisiais metais jis trumpėja, tačiau amžiaus grupėje iki 65 m. jis yra 6,77 paros, o vyresnio kaip 65 m. amžiaus grupėje 1,65 karto

ilgesnis – 11,14 paros ($p < 0,05$). Abiejų amžiaus grupių ligonių bendras gulėjimo laikas kiekvienais metais parodytas 2 paveiksle.

Pooperacinių komplikacijų pirmoje grupėje buvo 151 (7,1 %), o antroje – 31 (21,3 %) ($p = 0,0151$). Kaip matome, komplikacijos dažnesnės vyresniems kaip 65 metų ligoniams (2 lentelė).

Įvertinus pooperacinį mirštamumą galima pasakyti, kad pirmos grupės nė vienas ligonis nemirė, o antros grupės mirė 5 ligoniai, tai sudarė 3,4 % šioje amžiaus grupėje. Vienam 66 metų ligoniui, hospitalizuotam dėl perforacinio flegmoninio apendicito, trečią pooperaci-

nę parą pasireiškė klubinės žarnos užsilenkimas, ir ligonis mirė. Kita ligonė (92 metų), gydyta nuo perforacinio gangreninio apendicito, mirė pirmą pooperacinę parą ištikus širdies ir plaučių nepakankamumui. Trečia ligonė (72 metų), gydyta nuo gangreninio perforacinio apendicito, mirė antrą pooperacinę parą pasireiškus širdies ir plaučių nepakankamumui. Ketvirtas ligonis (71 metų), gydytas nuo flegmoninio perforacinio apendicito, mirė 33-ią parą po operacijos susidarius pilvaplėvės ertmės abscesui. Penkta ligonė (85 metų), gydyta nuo perforacinio gangreninio apendicito, mirė 10-ą pooperacinę parą užsikimšus plaučių arterijai.

Diskusija

Palyginus publikuotų studijų ir mūsų tyrimo duomenis aiškėja, kad apendicitas išlieka aktuali, dažna (mūsų tyrimo duomenimis, apie 14 % visų ūmių chirurginių pilvo ligų) ir šiais laikais liga [8]. Kiekvienais metais gydomų nuo apendicito ligonių daugėja, tačiau senstant populiacijai daugėja ir senyvo amžiaus žmonių, sergančių ūminiu apendicitu. Nepaisant visų tyrimų, naujų gydymo būdų, ligą diagnozuoti kartais būna sunku, dažnos ir komplikacijos, kurios gali baigtis mirtimi. Vyresnio amžiaus žmonės gerokai dažniau serga sunkesnėmis apendicito formomis – gangreniniu perforaciniu (23,42 %) ir flegmoniniu perforaciniu (12,66 %). Literatūroje aprašomas vyresnio amžiaus žmonių perforacinio apendicito dažnis siekia 32–72 % [5, 11, 13, 15, 17]. Priežastis ta, kad senstant anatominiai ir fiziologiniai kirmėlinės ataugos ir viso organizmo pokyčiai skatina ligą greičiau progresuoti [10, 16, 18]. Vyresnių kaip 65 metų ligonių diagnostinis laikotarpis užtrunka 1,8 karto ilgiau, jiems sunkiau nustatyti apendicito diagnozę, kadangi senyvi žmonės dažnai serga įvairiomis gretutinėmis ligomis, jų apendicito klinika neatitinka klasikinės simptomatikos, be to, jie vėliau atvyksta į ligoninę, kai liga jau įgavusi sunkesnę formą [3, 5, 9, 10, 12–14].

Vertinant ligonių bendrą gulėjimo stacionare laiką, akivaizdus amžiaus grupių skirtumas: vyresnių kaip 65 metų ligonių jis yra 1,65 karto ilgesnis. Taip yra dėl to, kad vyresnio amžiaus žmonės serga sunkesnėmis apendicito formomis, jų bendra būklė sunkesnė, organizmo adaptacinės ir kompensacinės galimybės mažesnės [12]. Tiesa, pastaraisiais metais bendras gulėjimo laikas trumpėja, nes ultragarsu ir kitais tyrimo metodais liga gali būti diagnozuojama greičiau [20]. Ilgesnis gulėjimo laikas yra siejamas ir su dažnesnėmis pooperacinėmis komplikacijomis. McCallion ir kt. duomenimis, operuojant vidurinės ar transrekinės laparatomijos pjūviu, dažniau pasireiškia pooperacinė pneumonija ir žaizdos komplikacijos [12]. Mūsų tyrime komplikacijų amžiaus grupėje iki 65 m. buvo 7,1 %, vyresnių žmonių grupėje – 21,3 %, t. y. jų buvo mažiau, nei aprašoma literatūroje (27,7–48 %) [8, 10]. Žaizdos infekcija, pooperacinis žarnų nepraeinamumas dažniau paasitaiko vyresnio amžiaus ligoniams, nes jie dažniau serga perforacinio apendicito formomis. Kai kurių autorių duomenimis, pagal komplikacijų dažnį didelio skirtumo tarp perforacinio ir neperforacinio apendicito nėra, kadangi profilaktiškai ir po operacijos apie 1 savaitę vartojant antibiotikus labai sumažėja pooperacinių komplikacijų dažnis [7, 8, 13, 15, 16].

Mūsų tyrimo duomenimis, vyresnio amžiaus žmonių mirštamumas buvo 3,4 %. Jis yra kelis kartus mažesnis, nei skelbiama kitų autorių [5, 12, 22]. Visi mirę ligoniai buvo gydyti nuo perforacinio flegmoninio ar gangreninio apendicito.

Išvados

Daugėja vyresnio amžiaus žmonių, sergančių ūminiu apendicitu. Jų diagnostinis laikotarpis, bendras gulėjimo laikas yra statistiškai patikimai ilgesnis. Vyresnio amžiaus žmonės serga sunkesnėmis ir labiau komplikuotomis morfologinėmis apendicito formomis. Pooperacinės komplikacijos vyresnio amžiaus ligoniams dažnesnės ir sunkesnės. Visi mirusieji vyresnio amžiaus žmonės sirgo sunkiomis perforacinio apendicito formomis.

LITERATŪRA

1. Peltokallio P, Jauhianinen K. Acute appendicitis in the aged patient. *Arch Surg* 1970; 100: 140–3.
2. Soreide O. Appendicitis: A study of incidence, death rates and consumption of hospital resources. *Postgrad Med J* 1984; 60: 341–55.
3. Horattas MC, Haught R. Managing appendicitis in the elderly patient. *AORN J* 1992; 55: 1282–5.
4. Horattas MC, Guyton DP, Wu D. A reappraisal of appendicitis in the elderly. *Am J Surg* 1990; 160: 282–5.
5. Franz MG, Norman J, Fabri PJ. Increased morbidity of appendicitis with advancing aged. *Am Surg* 1995; 61: 40–4.
6. Fitz HR. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. *Trans Assoc Am Physicians* 1886; 1: 107–44.
7. Maxwell JM, Ragland JJ. Appendicitis, improvements in diagnosis and treatment. *Am Surg* 1991; 57: 282–5.
8. Lee JFY, Leow CK, Lau WY. Appendicitis in the elderly. *Aust N Z J Surg* 2000; 70: 593–6.
9. Smithy WB, Wexner SD, Dailey TH. The diagnosis and treatment of acute appendicitis in the aged. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 170–3.
10. Freund HR, Rubinstein E. Appendicitis in the aged. Is it really different? *Am Surg* 1984; 50: 573–6.
11. Lau WY, Fan ST, Yiu TF, Chu KW, Lee JM. Acute appendicitis in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161: 157–60.
12. McCallion J, Caning GP, Knight PV, McCallion JS. Acute appendicitis in the elderly: A 5-year retrospective study. *Age Ageing* 1987; 16: 256–60.
13. Sherlock DJ. Acute appendicitis in the over-sixty age group. *Br J Surg* 1985; 72: 245–6.
14. Watters JM, Blakslee JM, March RJ, Redmond ML. The influence of age on the severity of peritonitis. *Can J Surg* 1996; 39: 142–6.
15. Burns RP, Cochran JL, Russel WL, Bard RM. Appendicitis in mature patients. *Ann Surg* 1985; 201: 695–704.
16. Paajanen H, Kettunen J, Kostiaainen S. Emergency appendectomies in patients over 80 years. *Am Surg* 1994; 60: 950–3.
17. Ryden CI, Grunditz T, Janzon L. Acute appendicitis in patients above and below 60 years of age. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 165–70.
18. Arnbjornsson E, Andren-Sandberg A, Bengmark S. Appendectomy in the elderly, incidence and operative findings. *Ann Chir Gynaecol* 1983; 72: 223–8.
19. Vorhes CE. Appendicitis in the elderly: The case for better diagnosis. *Geriatrics* 1987; 42: 89–92.
20. Picckuth D, Heywang-Kobrunnen SH, Spielmann RP. Suspected acute appendicitis: Is ultrasonography or computed tomography the preferred imaging technique. *Eur J Surg* 1996; 162: 315–9.

Nuomonė

Lietuvoje ūminis apendicitas yra dažniausia pilvo ertmės organų chirurginė liga. Šalyje kasmet atliekama po 10 000–11 000 apendektomijų. Todėl ši tema visą laiką buvo ir bus aktuali ne tik chirurgams, bet ir greitosios pagalbos gydytojams, internistams, šeimos gydytojams.

Perskaitęs labai gerą kauniečių straipsnį, norėčiau pateikti ir kai kurių minčių.

Taigi pirmiausia – apie ūminio apendicito klasifikaciją ir terminiją. Žinoma, kad patologai turi savo klasifikaciją, bet ligonius gydo, vaistus ir operacijas skiria vis dėlto chirurgai. Todėl ir ūminio apendicito terminai turi būti praktiški, paprasti, visiems suprantami ir vartojami vienodai visuose chirurgijos skyriuose. Galima įvairiai komentuoti terminą *phlegmonosa perforativa*, kurio mūsų ligoninėje iš viso nevartojame. Jeigu kirmėlinės

ataugos sienelėje tarp raumenų ir susidaro mažas pūlinukas, kuris prakiurdo ataugos sienelę, o visa kirmėlinė atauga pakitusi tik flegmoniškai, manau, šią uždegimo formą reikia vadinti *appendicitis acuta gangraenosa perforativa*. Pavadinti reikia pagal didžiausių pokyčių vietą, nors ji gali būti ir labai maža. Negali prakiurti kirmėlinė atauga, jeigu nėra jos sienelės nekrozės. Po operacijos, pašalinus flegmoniškai pakitusią kirmėlinę ataugą, žaizda turi sugyti *per primam intensionem*. Jokių papildomų gydymo priemonių šiuo laikotarpiu nereikia vartoti. Na, o jeigu pašalinta prakiurusi kirmėlinė atauga, tai žinome, kad po operacijos yra daug galimybių rasti įvairioms komplikacijoms. Todėl šiuo atveju profilaktiškai skiriamos bent dvi antiseptinės medžiagos, toks ligonis ilgiau nemaitinamas, ilgiau guli stacionare, vėliau nuimamos siūlės, dažniau supūliuoja žaizda ir pan. O kaip elgtis esant *phlegmonosa perforativa*? Traktuoti kaip įprastą flegmoninį atvejį ar gydyti kaip prakiurusį destruktinį apendicitą? Kita vertus, chirurgui terminas

phlegmonosa perforativa tuoj sukelia ir kitokių minčių. Pirmas įtarimas – ar tai ne jatrogeninė perforacija? Jeigu taip, tai reikali išsiaiškinti tokios perforacijos priežastis ir po to jau taikyti kitokias „profilaktines priemones“. Dažniausiai jos skiriamos jau operatoriui... Manau, kad šis terminas praktinėje chirurgijoje nevertotinas, jis yra klaidinantis. Panašiai komentuotinas ir termino *simplex* (paprastas) arba *catarrhalis* (paviršinis) vartojimas. Kadangi kitos kirmėlinės ataugos sienelės pakitimų formos (*phlegmonosa, gangraenosa, perforativa*) skirstomos pagal kirmėlinės ataugos uždegimo sunkumo laipsnį, tai sąvoka „paprastas“ (*simplex*) nevertotina.

Manau, kad įdomiausia šio straipsnio dalis aptarta per mažai. Darbo tikslas ir pavadinimas labai įdomus. Autorių duomenimis, vyresnio amžiaus žmonių grupėje prakiurusių apendicitų buvo keturis kartus daugiau (iki 65 m buvo 2,66 %, o vyresniems – 8,02 %). Na, o jeigu sudėsime kartu *appendicitis acuta phlegmonosa perforativa* ir *appendicitis acuta gangraenosa perforativa*, tai gausime (12,66 % ir 23,42 %), kad prakiurusių apendicitų vyresnio amžiaus asmenims buvo 4,5 karto daugiau! Kodėl? Autorių paaiškinimas „...sumažėjus adaptacinėms ir kompensacinėms organizmo galimybėms, ūminio apendicito eiga... yra be ryškių pagrindinių šios ligos simptomų“ nieko nepasako. Žinoma, kad vyresnio amžiaus ligoniai dažniau serga gretutinėmis ligomis, ilgiau užtrunka diagnozės tikslinimas ir t. t. Straipsnyje neradau duomenų, kad vyresnio amžiaus ligoniams greičiau pasireiškia prakiuręs apendicitas, nors, anot autorių „...didelis perforacinių apendicitų dažnis aiškinamas tuo, kad senstant anatomiciniai ir fiziologiniai kirmėlinės ataugos ir viso organizmo pokyčiai skatina greitesnę ligos progresavimą...“ Kiek kartų greičiau liga progresavo vyresniems? Kaip greitai ir kas skatina greitesnę ligos progresavimą? Tai tik pamąstymai, o konkrečių duomenų straipsnyje nėra. Švedai (Arnbjörnsson 1983 m.) įrodinėja, kad ūminis apendicitas ir prakiuręs apendicitas – tai dvi atskiros ligos. Prakiuręs apendicitas būdingesnis vyresnio amžiaus žmonėms ir dažniausiai tai būna užsikimšus *a. appendicularis*. Manoma, kad pagrindinė priežastis yra aterosklerozė. Tai labai įdomi teorija, o pas mus ji visai nenagrinėjama. Įdomu, kiekgi buvo prakiurusių apendicitų ir *a. appendicularis* trombozės arba stenozės? Tikriausiai į tai iš viso nekreipta dėmesio, patologas net neieškojo tokių pokyčių kirmėlinės ataugos arte-

rijos spindyje. Taigi šis klausimas lieka iki galo neišaiškintas.

Kita komentuotina tezė – tai užleistų apendicitų (perforacinių, gangreninių, infiltratų, periapendikulinių abscesų: iki 65 m. buvo 16,93 % ir vyresniems nei 65 m. – net 55,07 %) priežastys. Daugiau nei pusei operuotų vyresnio amžiaus ligonių liga buvo užleista! Sutinku, kad sunkiau diagnozuoti dėl gretutinės patologijos. Todėl šie ligoniai ilgiau gulėjo stacionare iki operacijos. Bet argi užleistumo priežastys tik šios? Ar nebuvo taip, kad patys ligoniai vėlai kreipėsi į gydymo įstaigą (po 24 val., po 48 val. ir t. t.)? Renkant anamnezę paprastai tokių ligonių aiškinimas būna tradicinis: „... maniau, kad praeis...“. Mūsų duomenimis, beveik pusė ligonių atvyksta operuoti, kai apendicito formos jau destruktinės, nes patys per vėlai kreipiasi į gydymo įstaigą. Kita įdomi užleistumo priežastis – tai medikų, gydytojų, chirurgų diagnostikos klaidos. Visi žinome, kad labai lengva suklysti, jeigu ligonis kreipiasi į gydytoją (greitosios pagalbos gydytoją, šeimos gydytoją) vos tik prasidėjus Kocherio simptomui. Tokiu atveju dažnai diagnozuojamas ūminis gastritas, nes skausmingumo ir pilvo sienelės raumenų įsitempimo dešinėje klubinėje srityje dar nėra. Taip pat žinome, kad ir chirurgai klysta diagnozuodami šią ligą. Matyt, turi įtakos ir naktinio darbo įtampa, šiuolaikinės diagnostinės aparatūros stoka, organizaciniai nesklandumai. Labai dažnai diagnozė nustatoma remiantis tik palpacija ir leukocitoze. Mūsų duomenimis, dėl medikų klaidų užleistas apendicitas pasitaiko trečdaliui ligonių. Kitas trečdalis užleistų apendicito formų būna dėl senyvo amžiaus, sunkios gretutinės patologijos, retos anatomicinės kirmėlinės ataugos padėties ir t. t. Deja, įdėmiai skaitydamas šį straipsnį duomenų apie užleistumo priežastis neradau.

Kita komentuotina mintis – tai paprastų (*simplex*), o tiksliau – operuotų katarinių (*catarrhalis*) apendicitų skaičius (iki 65 m. buvo 18,11 %, o vyresniems mažiau – 12,03 %). Vyresniems nei 65 metų ligoniams tokių apendicitų išoperuota mažiau. Gal todėl, kad jie iki operacijos ilgiau gulėjo, gal jie buvo kruopščiau tiriami? Apendicito formos tikslinamos pagal patologinius pokyčius, bet neapgaudinėjame savęs. Tai bereikalingų apendektomijų skaičius. Ir amerikiečių, ir vokiečių, ir švedų chirurgų duomenimis, šis skaičius svyruoja nuo 20 % iki 30 %. Manau, kad kolegų skaičius yra tikrai „tarptauti-

nio“ lygio. Mūsų klinikoje šis procentas panašus: kas metai jis svyruoja apie 19 %. Mažinant bereikalingų apendektomijų skaičių naudojami ne visi šiuolaikiniai diagnostiniai tyrimai: C reaktyviojo baltymo, tyrimas ultragarsu, kompiuteriniu tomografu, laparoskopu ir pan. Yra susidariusi tyli nuomonė – bereikalingai išoperavo, na, tai kas. Nieko bloga, jeigu pašalinta nepakitusi kirmėlinė atauga, nes ateityje nekils kirmėlinės ataugos problemų. O iš kur žinoma, kad šis arba kitas panašus ligonis iš viso ateityje susirgs ūminiu apendicitu? Nėra tokių operacijų, kurios nesukeltų komplikacijų ir nebūtų grėsmingos gyvybei. Nors ir viena mirtis iš kelių tūkstančių bereikalingų apendektomijų yra nepateisinama. Taigi, mano įsitikinimu, operuoti reikia tik esant uždegiminiams kirmėlinės ataugos pokyčiams. Kaip gerinti šios ligos diagnostiką? Kokie dabar yra patys pigiausi, greičiausi ir tiksliausi diagnostikos būdai? Manau, kad šiai temai reikėtų skirti bent vieną šalies chirurgų konferenciją.

Nelabai suprantamas ilgas gulėjimas po operacijos ligoninėje. Iki 65 metų ligoniai po operacijos išgulėjo vidutiniškai 6,77 paros, o vyresni kaip 65 metų – net 11,14 paros! Vis dėlto daugumą operuotų ligonių sudaro jauni žmonės. Iki operacijos skaičiai tikrai puikūs (išoperuojama per 2,3 val. nuo atvykimos pradžios). Jeigu po operacijos nėra komplikacijų, tai ligonis gali gydytis ambulatoriškai. Jeigu žaizda ir supūliuos, tai ligonis po kelių dienų gali vėl atvykti į ligoninę. Ar reikia visus ligonius po apendektomijų laikyti ligoninėje 6–7 paros ir laukti žaizdos komplikacijų? Ar tai ne per brangu? Kita vertus, supūliavusią žaizdą jaunam ligoniui sėkmingai galima gydyti ir ambulatorinėmis sąlygomis.

Labiausiai komentuotinos pooperacinės komplikacijos – žaizdos hematomos ir seromos. Hematoma – tai išsiliejusio kraujo, o seroma – serozinio skysčio susitelkimas žaizdoje. Mano įsitikinimu, tai viena ir tas pat. Abi šios komplikacijos – tai skubaus darbo požymis. Tik paviršutiniškai arba visai neatlikta žaizdos hemostazė. Manau, kad dažniausiai tokia komplikacija būna tiems

ligoniams, kurie yra labai greitai operuojami. Tik retais atvejais hematomos bei seromos būna dėl krešėjimo sutrikimų, antikoagulantų vartojimo ir pan. Suprantama, kad tokia komplikacija labiau tikėtina operuojant vyresnio amžiaus ligonius, todėl juos ir reikia operuoti lėčiau, atsargiau, geriau, kruopščiau atlikti žaizdos hemostazę. Būtų įdomu palyginti hematomų bei seromų skaičių ir operacijos trukmę. Gaila, kad ši tema straipsnyje nenagrinėjama.

Kelia abejonių ir mirties priežastis dėl „žarnos užsilenkimo“. Ką reiškia žarnos užsilenkimas (*angulatio*)? Po operacijos žarnyno peristaltika atsinaujina tik po keliolikos valandų (tai priklauso nuo daugelio veiksnių). Manau, kad šiuo atveju po operacijos atsirado žarnų nepraeinamumas (koks?), todėl ligonis mirė. Žinoma, iš pateiktų straipsnyje duomenų sunku spręsti apie tikrąsias mirties priežastis, bet minėta diagnozė kelia įvairių abejonių.

Manau, kad komplikacijoms bei mirštamumui turi įtakos ir vėlyva diagnostika, ir operavimo laikas, ir operacijos būdai. Ar diagnostikai buvo naudotas ultragarsas? Tai labai svarbus diagnostikos metodas vyresnio amžiaus ligoniams, taip pat neišskiais atvejais. Ar laparoskopas buvo naudotas kaip diagnostikos priemonė? Kiek atlikta laparoskopinių apendektomijų? Koks jų rezultatas? Jeigu nebuvo atliekamos apendektomijos laparoskopu, tai kodėl? Gaila, kad į šiuos klausimus atsakymų neradau.

Nepaisant šių pastabų, straipsnis yra labai aktualus. Suprantu, kad vienas straipsnis negali aprėpti visų pirmiau minėtų problemų, susijusių su ūminio apendicito diagnozavimu ir gydymu. Linkiu autoriams ir toliau nagrinėti šią seną, visiems gerai suprantamą ir svarbią temą – ūminį apendicitą.

Doc. J. Stanaitis

Vilniaus universiteto

Bendrosios ir kraujagyslių chirurgijos klinikos

Bendrosios chirurgijos centro vadovas