

ID: 2019-02-24-A-18515

Краткое сообщение

Козлов В.В., Гнилосыр П.А., Хмара М.Б., Горфинкель И.В., Панютин К.С., Багдян А.К., Агапов Г.Г.

Особенности оперативного лечения у больных, перенесших плотный аппендикулярный инфильтрат*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета*

Kozlov V.V., Gnilyosyr P.A., Khmara M.B., Gorfinkel I.V., Panyutin K.S., Baghdian A.K., Agapov G.G.

Specials of surgery treatment of patients with an appendicular infiltrate*Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky Department of Hospital Surgery***Резюме**

В работе изучены и проанализированы данные историй болезни пациентов с подозрением на острый аппендицит в период с 2016 по 2017 год в ГКБ №1 им. Ю.Я. Гордеева. Проведен детальный анализ применяемого у данных больных лечебно-диагностического алгоритма, показаны исходы плотного аппендикулярного инфильтрата, а так же особенности оперативного лечения у больных перенесших аппендикулярный абсцесс.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс

Abstract

In the paper there was studied and analyzed the data histories of patients with suspicion on acute appendicitis in period from 2016 to 2017 in the City Clinical Hospital №1 n.a.Yu.Ya. Gordееv. Detailed analysis of diagnostic and treatment strategy of patients was held and outcomes of dense appendicular infiltrate and specials of surgery treatment of patients with an appendicular abscess were showed.

Keywords: acute appendicitis, appendicular infiltrate, appendicular abscess

Введение

Острый аппендицит является наиболее частым заболеванием органов брюшной полости, требующим экстренной хирургической помощи. Ежегодно один человек из 200-250 заболевает острым аппендицитом [1].

Запоздалая госпитализация пациентов, а так же диагностические ошибки на догоспитальном этапе приводят к развитию осложнений.

В нашей работе мы хотели бы коснуться одного из осложнений острого аппендицита - плотный аппендикулярный инфильтрат и показать возможные его исходы.

Аппендикулярный инфильтрат является одним из видов осложнения острого аппендицита, возникающего на 3-4-е сутки от начала заболевания, частота которого колеблется в довольно широких пределах от 0,2 до 5,8 % [2-4].

Цель исследования: показать возможные исходы плотного аппендикулярного инфильтрата, а так же особенности оперативного лечения у больных перенесших аппендикулярный абсцесс.

Задачи:

1. Провести исследование историй болезни пациентов с подозрением на ОА в период с 2016 по 2017 год.
2. Выявить больных с подтвержденным диагнозом плотный аппендикулярный инфильтрат.
3. Провести детальный анализ применяемого у данных больных лечебно-диагностического алгоритма.
4. Рассмотреть случаи с аппендикулярным абсцессом.

Материал и методы

Изучены и проанализированы результаты обследования и лечения пациентов с подозрением на ОА, госпитализированных в 1 ГКБ с 2016 по 2017 год. С предварительным диагнозом острый аппендицит поступило 406 пациентов.

В ходе клинических и лабораторно-инструментальных обследований у 209 пациентов данный диагноз был исключен. Из них у 114 в процессе динамического наблюдения и дообследования (ОАК, УЗИ). 95 пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия, при этом у 40 была выявлена гинекологическая патология и больные продолжили лечение в условиях гинекологического отделения. Тогда как у 55 была выявлена другая причина (кишечная колика, мезаденит, колит).

ОА был диагностирован у 197 пациентов. Из 197 пациентов в экстренном порядке оперированы 180 человек. При этом срок заболевания составлял от 1 до 4 суток. Среди этих больных катаральный аппендицит был выявлен у 8 пациентов; флегмонозный аппендицит - у 119 пациентов; гангренозный - у 53. Возраст больных на момент госпитализации колебался от 16 до 76 лет, составив в среднем (46) лет, для женщин - (49) лет, для мужчин - (43) года. Большинство больных были люди трудоспособного возраста. 17 пациентам поставлен диагноз плотный аппендикулярный инфильтрат. Длительность заболевания у пациентов с плотным АИ составила следующие сроки: от 3 до 4 суток- 5 больных; более 4 суток - 12 больных.

Лечебно-диагностический алгоритм у больных с ОА проводился согласно Национальным клиническим рекомендациям по острому аппендициту (27 января 2015 года). Особенностью клинического этапа диагностики было уточнение анамнестических сведений длительности заболевания с проявлением онкологической настороженности. С учетом совокупности результатов формировалась дальнейшая диагностическая тактика.

При физикальном обследовании у данных больных было выявлено плотное образование и боль с отчетливой локализацией в правой подвздошной области.

Лабораторные исследования включали выполнение обязательного общеклинического анализа крови с выявлением уровня лейкоцитов с нейтрофилами (показатели эндогенной интоксикации), биохимического анализа крови, С-реактивного белка, коагулограммы и общего анализа мочи.

Неинвазивные инструментальные методы обследования, включали обязательное выполнение УЗИ органов брюшной полости, при котором определялись размеры инфильтрата, исключалось наличие жидкостных образований. Применение контрольных УЗИ в ходе лечения больных с плотным АИ позволяло определить динамику размеров инфильтрата, при клинических признаках абсцедирования своевременно подтвердить диагноз. Плотный инфильтрат визуализировался у больных в виде образования неправильной формы с неоднородной эхо- структурой за счет гипер- и гипоехогенных зон, отсутствием жидкостных включений и полостных образований.

КТ или МРТ выполняли с целью уточнения диагноза при проведении дифференциальной диагностики с опухолями правых отделов толстой кишки, забрюшинного пространства и малого таза. При установленном диагнозе, когда лечебная тактика сформирована, КТ и МРТ не использовали.

Ирригоскопию выполняли больным с плотным АИ в поздние сроки лечения для исключения онкологических и воспалительных (болезнь Крона, дивертикулит) заболеваний правых отделов толстой кишки.

Результаты и обсуждение

Анализ проведенного исследования показал, что основной причиной развития аппендикулярного инфильтрата являлось позднее обращение пациентов за медицинской помощью. У больных с подтвержденным диагнозом плотный аппендикулярный инфильтрат длительность заболевания составляла более 72 часов.

В диагностике плотного аппендикулярного инфильтрата данные клинического обследования являлись основными. На основании данных анамнеза (длительность заболевания более 3 суток) и результатов физикального обследования (пальпируемый инфильтрат в правой подвздошной области, отрицательные аппендикулярные симптомы), у 17 пациентов был выставлен предварительный диагноз плотного АИ, который в ходе последующих инструментальных исследований был подтвержден.

Больным с диагностированным плотным АИ оперативное лечение не проводилось, была назначена консервативная терапия. Пациентам назначали антибактериальную терапию цефалоспоридами III-IV поколения с метронидазолом в условиях хирургического отделения. В первую неделю назначали местное применение холода до нормализации температуры, затем применяли физиотерапевтические методы. Контроль за эффективностью терапии осуществляли с помощью 4 часовой термометрии, динамики общего анализа крови, УЗИ.

В 10 случаях на фоне лечения отмечалась положительная динамика, инфильтрат уменьшился в размере, отмечалась нормализация температуры с субфебрильной до нормальных цифр. При динамическом УЗИ регистрировалось уменьшение размеров инфильтрата. Он постепенно терял свою неоднородность и восстанавливал нормальную структуру участвующих в его формировании образований.

У 7 пациентов на фоне лечения произошло абсцедирование инфильтрата. У данных больных отмечалось повышение температуры до фебрильных цифр, нарастание лейкоцитоза. УЗИ критерием являлась совокупность гипоехогенной инфильтрации тканей с жидкостными прослойками вокруг утолщенного аппендикса и следами жидкости в правой подвздошной области.

Эти пациенты в срочном порядке были оперированы. В 6 случаях выполнено оперативное вскрытие и дренирование аппендикулярного гнояника по Пирогову. В 1 случае гнойник был вскрыт через брюшную полость в связи с медиальным расположением червеобразного отростка.

Все пациенты с плотным инфильтратом и после вскрытия абсцесса были выписаны в удовлетворительном состоянии. Больным при выписке была рекомендована плановая аппендэктомия по поводу хронического аппендицита.

При этом из 17 человек обратилось лишь 10. 2 человека обратились в экстренном порядке в связи с повторным появлением болей в правой подвздошной области. У данных пациентов наблюдалась клиника местного перитонита, они были оперированы в экстренном порядке. В 1 случае диагностирован интродермально гангренозный аппендицит. В другом случае диагностирован гангренозный аппендицит с периаппендикулярным гнойником и выраженный спаечный перипроцесс.

В плановом порядке обратилось 8 человек. Данным пациентам была выполнена плановая аппендэктомия. В 5 случаях выполнена типичная аппендэктомия без технических сложностей. В червеобразном отростке обнаруживались различной степени выраженности дистрофические изменения, чаще в виде атрофии различных слоев стенки отростка, сопровождающейся склерозом, реже гипертрофией их. В 1 случае отросток был представлен из 2 фрагментов, причем один из них располагался ретроперитонеально. В другом случае отросток стоял из 2 фрагментов но оба они находились в брюшной полости. У одного пациента интродермально диагностирован свищ между верхушкой червеобразного отростка и подвздошной кишкой. Данному больному была выполнена аппендэктомия, резекция подвздошной кишки со свищем с наложением илео-асцендоанастомоза.

Выводы

1. Своевременно правильно поставленный диагноз позволяет в оптимальные сроки произвести оперативное лечение и избежать развитие осложнений.
2. Плотный аппендикулярный инфильтрат связан чаще всего с поздним обращением пациента.
3. При плотном АИ целесообразна консервативная терапия, в случае развития аппендикулярного абсцесса показано оперативное лечение.
4. Перенесенный ранее аппендикулярный абсцесс, как и плотный аппендикулярный инфильтрат, должен служить основанием для проведения плановой аппендэктомии.
5. У пациентов, перенесших аппендикулярный абсцесс, возможны различные интродермальные находки, к которым должен быть готов хирург.

Литература

1. Колесов, В. И. Открытое письмо в журнал «Хирургия» / В. И. Колесов // Хирургия. 1991. - № 7. - С. 106-108
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. Л.: Медицина, 1972. 342 с.

3. Уметалиев Ю.К. Современные проблемы диагностических решений при остром аппендиците (Обзор литературы) / Ю.К. Уметалиев, А.К. Омурканов, Р.К. Жортучиев // Медицина и фармация. 2002; 2:1:63–68.
4. Prieto F.R. Defered appendectomy in a case of appendiceal mass // Cir Pediatr. 2000. 13 (1). 43.
5. Аванесова В.А., Ермолов А.С., Пахомова Г.В. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 12. – С. 8–11.
6. Касимов Р. Р. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците // Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 9. – С. 68–69.
7. Костенко Н.В., Разувайлова А.Г. Современные проблемы диагностики и лечения аппендицита и его осложнений // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т. 9. – № 2. – С. 8-14.
8. Сажин А. В., Затевахин И. И., Федоров А. В., Луцевич О. Э., Шулутко А. М., Ермолов А. С., Гуляев А. А., Прудков М. И., Лядов К. В. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита. // Российское общество хирургов. – 2015. – 25 С.