

УДК 616.346.2-002.1-06-003.2

Доцент Е. О. НЕПОКОЙЧИЦКИЙ, В. А. БОРОДИЧ.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Кафедра госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. А. Петухов) Витебского медицинского института

Аппендикулярный инфильтрат является частым осложнением острого аппендицита и встречается от 1 до 17% случаев.

Несмотря на то, что вопросы диагностики и хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате неоднократно освещались в периодической печати, в работе практических врачей нет достаточно четких тактических установок, обеспечивающих успех в лечении больных данной патологии.

Частота осложнения острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом в последнее время имеет тенденцию к увеличению. А. А. Грейман (1969) обнаружил аппендикулярный инфильтрат у 0,43%, В. В. Родионов (1978) — у 1,3% больных острым аппендицитом. По данным клиники госпитальной хирургии, из 6321 больного острым аппендицитом аппендикулярный инфильтрат выявлен у 212 (3,4%) больных. Нам кажется, что такое увеличение соответствует возрастной структуре больных данной патологии. По нашим данным, удельный вес аппендикулярного инфильтрата у лиц старше 60 лет составил 31,1%. Характерно, что больные поступили в стационар через 72 и более часов от начала заболевания. Позднее поступление больных в стационар объясняется наличием частых хронических запоров у пожилых людей, к которым они привыкают, и появление болей на этом фоне не вызывает особой тревоги. Поэтому такие больные нередко поступают в стационар с опозданием или слишком поздно, когда хирургическое вмешательство оказывается безуспешным.

Приводим наблюдение.

Больная П., 76 лет, поступила в хирургическое отделение Витебской областной клинической больницы 19 июня 1975 г. с жалобами на боли в низу живота, усиливающиеся при движении. Больна около недели, когда на фоне частых запоров и вздутия живота появилась боль над лобком, периодически усиливающаяся. Обращалась за помощью на ФАП, где назначалось симптоматическое лечение. В день поступления боли приняли стойкий характер, неоднократно была рвота. Доставлена в стационар с предположительным диагнозом острого панкреатита, перекрута кисты яичника. Дежурным хирургом диагностирован перекрут кисты правого яичника, по поводу чего срочно произведена операция. Обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат, состоящий из тонкокишечных петель, сальника, мочевого пузыря, слепой кишки. Разделение инфильтрата признано нецелесообразным. Произведено обкалывание инфильтрата, введены антибиотики. Брюшная полость дренирована в подвздошных областях. Послеоперационное течение тяжелое. Через 2 дня наступила смерть.

Диагностика аппендикулярного инфильтрата у тучных больных и больных с явлениями разлитого перитонита представляет серьезные трудности. Для этой цели должен быть использован весь арсенал диагностических средств, включая диагностическую лапаротомию.

В анализируемых нами историях болезни, к сожалению, не всегда должное внимание уделялось анамнезу заболевания, в отдельных из них приводилась неполная симптоматика острого аппендицита даже в тех случаях, когда во время операции обнаруживались деструктивные изменения в червеобразном отростке. Нередко опускались данные глубокой пальпации и перкуссии передней брюшной стенки, позволяющие с определенной достоверностью определить инфильтрат и установить его размеры, консистенцию, подвижность.

Характерные боли в правой подвздошной области отмечены лишь у 88,3% больных. Симптом Щеткина—Блюмберга выявлен у 89,9% больных, Ситковского — у 69%, Ровзинга — у 58,1%, Воскресенского — у 47% больных. Симптомы Ленандера, Раздольского и Бартомье — Михельсона указаны лишь в отдельных историях болезни, хотя они имеют немаловажное значение в диагностике острого аппендицита. Ректальное исследование выполнено у 37,2% больных, влагалищное — у 29,4% исследованных женщин.

Важным в диагностике является исследование количества лейкоци-

тов в периферической крови. Повышение лейкоцитов до 10 тыс. отмечено у 157 (74%) больных, до 20 тыс. — у 7 (3,3%), не увеличено количество лейкоцитов у 48 (22,7%) больных.

Температура тела была нормальной у 54 (25,4%) больных, повышенной до 37,5° — у 128 (60,4%), до 39° — у 24 (11,3%), выше 39° — у 6 (2,9%) больных.

Инфильтрат до 10 см в диаметре имелся у 37 больных, до 15 см — у 35, занимал всю подвздошную ямку — у 17, не указаны размеры — у 26 больных.

На основании проведенных исследований диагноз аппендикулярного инфильтрата поставлен до операции у 115 (54,2%) больных.

Указанных больных, как правило, лечили консервативно (постельный режим, холод на правую подвздошную область, антибиотики широкого спектра действия, паранефральная новокаиновая блокада, дезинтоксикационная терапия, витамино- и физиотерапия). После проведенного лечения инфильтрат рассосался в сроки до 15 дней у 46 больных, до 20 дней — у 35, более 20 дней — у 19 больных. Всем больным рекомендовано явиться для оперативного вмешательства через месяц после выписки из стационара. Трое больных выписаны из стационара с плотными, небольшими инфильтратами, с нормальной температурой тела и нормальными показателями белой и красной крови. Им рекомендовано поликлиническое лечение. К сожалению, после рассасывания инфильтрата больные не являлись на операцию.

Ухудшение общего состояния, явления нарастающего перитонита с размахами температуры тела более одного градуса и высоким лейкоцитозом вынудили прибегнуть к вскрытию нагноившегося инфильтрата и его дренированию. Такая операция выполнена 12 больным, из них 3 производился перитонеодиализ. Умер один больной.

Во время оперативного вмешательства по поводу острого аппендицита аппендикулярный инфильтрат обнаружен у 97 (45,8%) больных. К воспаленному, перфорированному или гангренозно измененному отростку рыхло или плотно был припаян большой сальник. Кроме того, в конгломерат оказались вовлеченными петли тонкой кишки (28 случаев), мочевого пузыря (9), матка с придатками (7), сигма (3).

Рыхлый инфильтрат обнаружен у 62 больных. Его разделение и удаление отростка не представляли трудностей. В этих случаях брюшная полость после промывания антибиотиками дренировалась (51) или зашивалась наглухо (11). Интенсивное послеоперационное лечение окончилось выздоровлением у 61 больного. Один больной умер от нарастающего перитонита.

Плотный инфильтрат выявлен у 35 больных. Его разделение и удаление червеобразного отростка выполнены у 27 больных. У 3 из них развились послеоперационные кишечные свищи.

Приводим наблюдение.

Больной П., 37 лет, поступил в хирургическое отделение 30 августа 1968 г. с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, рвоту. Болен двое суток. Лечился домашними средствами. Усиливающиеся боли, ухудшение общего состояния заставили его обратиться за медицинской помощью. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Легочно-сердечная система без патологии. Пульс 96, ритмичный. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, напряжен, резко болезнен в правой половине, где четко определяются симптомы острого аппендицита. Перистальтика кишечника не прослушивается. Мочился. Стула не было 3 дня. Температура 37,8°. Лейкоцитов — 15 000. Диагноз: острый аппендицит.

Во время операции обнаружен аппендикулярный инфильтрат, уходящий в малый таз. С большими техническими трудностями разделены плотные сращения между петлями слепой и тонкой кишок, мочевым пузырем. Резецирован участок измененного

сальника. По частям удален гангренозно измененный отросток. К его ложу подведены марлевый тампон и дренажная трубка для орошения антибиотиками. Послеоперационное течение тяжелое. На 5-й день образовался кишечный свищ, закрывшийся самостоятельно через 28 дней. Наступило выздоровление.

У 2 больных, несмотря на активную медикаментозную терапию, лечение оказалось безуспешным. Приводим наблюдение.

Больной Л., 58 лет, доставлен в хирургическое отделение в 21 час 45 мин. 2 марта 1975 г. с жалобами на боли в низу живота, тошноту, рвоту. Болен 3 дня, когда появились разлитые боли в животе, нарастающее ухудшение состояния, что вынудило обратиться за медицинской помощью.

Больной правильного телосложения, повышенного питания. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 102, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот умеренно вздут, напряжен в правой половине, где четко выражены симптомы острого аппендицита. Перистальтика кишечника не прослушивается. Температура 38,6°, лейкоцитов 10 100. Экстренно произведена операция. Слепая кишка расположена высоко в правом подреберье, в рану не выводится. Разрез расширен кверху. Червеобразный отросток замурован в плотном инфильтрате из петель тонкой и толстой кишок, сальника. Дан масочный наркоз. После разделения плотного инфильтрата по частям удален червеобразный отросток. Культия его с трудом погружена в слепую кишку. Брюшная полость дренирована марлевым тампоном и резиновой трубкой. Послеоперационное течение тяжелое. На фоне послеоперационного перитонита развилась острая почечно-печеночная недостаточность, от которой наступила смерть на 15-й день после операции.

У 7 больных удаление плотных больших размеров инфильтратов было признано нецелесообразным. В инфильтрат и брюшную полость введены антибиотики, налажено дренирование резиновой трубкой и марлевым тампоном. Послеоперационное течение гладкое. Все больные выздоровели.

ВЫВОДЫ

1. Из 6321 больного острым аппендицитом аппендикулярный инфильтрат выявлен у 212 (3,4%) больных. До операции аппендикулярный инфильтрат диагностирован у 115 (54,2%), во время операции — у 97 (45,8%) больных.

2. Консервативное лечение острого аппендицита в стадии инфильтрата дает вполне удовлетворительные ближайшие результаты. Абсцедирование инфильтрата, нарастание перитонеальных явлений требует оперативного вмешательства.

3. Разделение плотного инфильтрата, выявленного во время операции, нецелесообразно и неоправдано вследствие массивной травмы брюшины, возможного повреждения кишечника, генерализации гнойного процесса.

4. После рассасывания инфильтрата больные должны быть оперированы в плановом порядке.

ЛИТЕРАТУРА

Грейман А. А. Актуальные вопросы острого аппендицита. Минск, 1969.— Родионов В. В. Хирургия, 1978, № 8, с. 107.

Поступила 30.05.79.