

ДЕСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ ПОСЛЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА

УДК 616.346.2-002.3-06-002.1

Поступила 31.05.2013 г.



С.А. Теремов, к.м.н., старший ординатор хирургического отделения;

А.И. Ротков, к.м.н., ординатор хирургического отделения;

В.П. Градусов, зав. хирургическим отделением

Городская больница №35, Н. Новгород, 603089, ул. Республиканская, 47

В практике экстренной абдоминальной хирургии принято считать, что пациенты, перенесшие дренирование аппендикулярного абсцесса, в дальнейшем после выписки не подлежат наблюдению, так как червеобразный отросток полностью лизируется. В приводимом клиническом наблюдении авторы показывают, что в некоторых случаях полной деструкции отростка не происходит. Это может привести к повторному возникновению острого аппендицита с развитием осложненных форм. Поэтому таким пациентам, как и больным, получавшим лечение по поводу аппендикулярного инфильтрата, в последующем показано обследование с целью выявления сохранившейся части червеобразного отростка. При неполной деструкции отростка целесообразна плановая аппендэктомия.

Ключевые слова: аппендикулярный абсцесс; неполная деструкция червеобразного отростка; деструктивный аппендицит; аппендэктомия.

English

Destructive Appendicitis after Appendicular Abscess

S.A. Teremov, PhD, Chief Resident, the Department of Surgery;

A.I. Rotkov, PhD, Resident, the Department of Surgery;

V.P. Gradusov, Head of the Department of Surgery

City Hospital No.35, Respublikanskaya St., 47, Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603089

In urgent abdominal surgical practice the patients after appendicular abscess drainage are generally thought to require no follow up, since vermiform appendix is completely lysed. In the present clinical observation the authors show that in some cases no complete appendiceal destruction occurs, and it can result in a complicated recurrent acute appendicitis. Therefore, such patients, as well as those being treated for appendicular infiltrate are indicated a subsequent examination to reveal a residual appendix. Incomplete appendiceal destruction is to be followed by a planned appendectomy.

Key words: appendicular abscess; incomplete appendiceal destruction; destructive appendicitis; appendectomy.

Периаппендикулярный абсцесс чаще всего развивается в аппендикулярном инфильтрате. Одной из особенностей лечения абсцедировавших аппендикулярных инфильтратов является то, что при дренировании гнойника аппендэктомия не производится. В литературе этот аспект, как правило, не комментируется вследствие относительной редкости подобных наблюдений. В руководстве под редакцией В.С. Савельева [1] есть упоминание о том, что при нагноении аппендикулярного инфильтрата нередко происходит полная деструкция червеобразного отростка с отхождением его в виде некротизированных масс в составе гнойного отделяемого. Однако иногда часть червеобразного отростка остается, что может служить в последующем основанием для острого аппендицита. Если после консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата общепризнан-

ной является плановая аппендэктомия через 3–4 мес во избежание повторного острого приступа, то больные, перенесшие аппендикулярный абсцесс, выпадают из поля зрения хирургов. Об актуальности этих вопросов свидетельствует наше наблюдение.

Пациентка З., 56 лет, поступила в экстренном порядке в приемный покой Городской больницы №35 Н. Новгорода 16.02.2011 г. на 6-е сутки с момента заболевания с жалобами на постоянные боли в правой подвздошной области, слабость, сухость во рту, повышение температуры до фебрильных значений, озноб. За медицинской помощью не обращалась. При осмотре состояние оценивалось как средней тяжести. Пульс — 100 в минуту, хорошего наполнения, ритмичен. АД — 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Аускультативно в лег-

Для контактов: Теремов Сергей Анатольевич, тел. моб. +7 910-793-79-92; e-mail: tesian@ninodom.ru

ких дыхание везикулярное, частота дыхательных движений — 16 в минуту. Кожные покровы — сухие, сыпи нет. Подкожно-жировой слой повышен. Язык — сухой, чистый. Пальпация живота болезненна в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат, размерами 15×15 см. Симптомы Щеткина, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского — слабopоложительные. Анализы при поступлении: гемоглобин — 138 г/л; ле. — 15,8·10⁹/л; глюкоза крови — 15,8 ммоль/л; в моче сахар — 4,5%; тест на ацетоновые тела — отрицательный. Диагноз: «аппендикулярный инфильтрат». Сопутствующая патология: сахарный диабет 1-го типа, инсулинозависимый, тяжелого течения, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. Инвалид III группы по ишемической болезни сердца с 2004 г. Больной назначена антибактериальная терапия, динамическое наблюдение. 24.02 наступило ухудшение, появились симптомы абсцедирования: усилились боли в правой подвздошной области, повысилась температура до фебрильных значений, по данным УЗИ определялась жидкость в зоне инфильтрата. Была выполнена операция: доступом по Пирогову вскрыта полость гнояника, осушено 30 мл густого гноя с колибациллярным запахом, червеобразный отросток не обнаружен. Полость абсцесса промыта, осушена, дренирована марлевой салфеткой с «Левомеколем». Рана зажила вторичным натяжением. Больная выписана на 24-е сутки с момента операции.

После выписки из стационара самочувствие женщины оставалось удовлетворительным, но через два года, 27.02.2013 г. около 22 ч у нее вновь возникли острые боли в правой подвздошной области, которые быстро прогрессировали, распространились на нижние отделы живота. Машиной скорой медицинской помощи пациентка была доставлена в экстренном порядке через 9 ч от начала заболевания в приемный покой Городской больницы №35.

При осмотре — состояние средней тяжести. Пульс — 108 в минуту, хорошего наполнения, ритмичен. АД — 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, частота дыхательных движений — 16 в минуту. Кожные покровы — сухие, сыпи нет. Подкожно-жировой слой повышен. Язык — сухой, чистый. Живот вздут, при пальпации напряжен и болезненный в правой подвздошной области и над лоном. Аппендикулярные симптомы — положительные. Анализы при поступлении: Hb — 165 г/л; ле. — 11,2·10⁹/л; п.-я. — 33%; с.-я. — 61%; лимф. — 4%, моноц. — 2%, СОЭ — 9 мм/ч; глюкоза крови — 21,8 ммоль/л; анализ мочи: сахар — 5,5%; тест на ацетоновые тела — отрицательный.

Выполнено УЗИ брюшной полости — в свободной

брюшной полости обнаружены следы жидкости, в правой подвздошной области — инфильтрат неоднородной эхоструктуры, с небольшим жидкостным компонентом. Лоцируется часть червеобразного отростка размерами 3×1 см. Диагноз: «острый деструктивный аппендицит, перитонит».

28.02 в 0 ч 15 мин, через 2 ч после госпитализации, выполнена операция — нижнесрединная лапаротомия. В малом тазу осушено около 100 мл мутного желтоватого выпота с колибациллярным запахом и хлопьями фибрина. Купол слепой кишки и терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении около 80 см ярко гиперемированы, стенка инфильтрирована. Червеобразный отросток длиной 9 см расположен типично, напряжен, багрового цвета. В основании отростка — перфорационное отверстие 1,0 см в диаметре. Произведена типичная аппендэктомия. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко. Через 20 дней пациентка была выписана из стационара.

Уникальность данного наблюдения состоит в том, что при развитии аппендикулярного абсцесса, когда, казалось бы, должна произойти полная деструкция червеобразного отростка, он сохранил свою анатомическую структуру и «ждал» своего часа. Возможно, в первом случае причиной развития абсцесса явилась деструкция только его верхушки. Наличие у больной сахарного диабета 1-го типа тяжелого течения привело к быстрому развитию деструктивных изменений в червеобразном отростке и перитониту.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует, что иногда, несмотря на перенесенное абсцедирование, червеобразный отросток сохраняет свою анатомическую структуру и может вызвать острый приступ, создавая риск осложненного течения. Данный случай убедительно показывает, что перенесенный ранее аппендикулярный абсцесс, как и при аппендикулярном инфильтрате, должен служить основанием для проведения в последующем таким пациентам обследования, включая ирриго- или колоноскопию, УЗИ, компьютерную томографию, с целью определить, осталась ли часть червеобразного отростка или он полностью некротизировался при абсцедировании. При сохраненном отростке тактически обоснована плановая аппендэктомия.

Литература

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. акад. Савельева В.С. Москва: Триада-Х; 2004; 640 с.