

АМАЛИЁТ ТАЖРИБАСИДАН МИСОЛЛАР * СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ * PRACTICAL SIMPLES

УДК 617.55-036.11-036.88-02

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Ахмедов М.Ж., Ашурметов А.М., Зуфаров К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме

Обследовано 3567 больных с острым аппендицитом. Из них у 38 диагностирован аппендикулярный инфильтрат (1,1%). Преимущественно, это осложнение встречалось у больных старше 50 лет. Проведённый анализ свидетельствует, что главной причиной образования аппендикулярного инфильтрата является длительность развития воспалительного процесса в червеобразном отростке и соответственно с этим поздняя обращаемость в хирургический стационар. Иногда диагностика сложна, особенно при атипичном расположении червеобразного отростка, что нередко распознаётся во время операции, при котором целесообразно прекратить операцию и завершить операцию дренированием илеоцекальной ямки ниппельным дренажом для введения антибиотиков.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, экстренная хирургия.

АППЕНДИКУЛЯР ИНФИЛЬТРАТДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Долимов К.С., Аскарлов Т.А., Ахмедов М.Ж., Ашурметов А.М., Зуфаров К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ўтқир аппендицит ташхиси билан 3567 та бемор таҳлил қилинган. Шу жумладан 38 та беморда аппендикуляр инфильтрат аниқланган (1,1%). Бу асорат кўпроқ 50 ёшдан ошган беморларда учраган. Таҳлил шуни кўрсатдики, аппендикуляр инфильтратнинг келиб чиқишида яллиғланиш жараёнига узоқ давом этиши аҳамият касб этади, бунинг сабаби сифатида шифокорга кеч мурожаат қилган беморлар кўпчиликини ташкил қилди. Айрим ҳолларда ташхис қийинчилик туғдиради, айниқса чувалчангсимон ўсимта атипик жойлашган бўлса ва бундай ҳолатларда касаллик операция вақтида аниқланади. Шу ҳолат юзага келса операцияни тўхтатиб, антибиотиклар юбориш учун нипел най қўйиб яқунлаш лозим.

Калит сўзлар: ўтқир аппендицит, аппендикуляр инфильтрат, шошилинч хирургия

FEATURES OF THE DISEASE MANAGEMENT IN THE APPENDICAL INFILTRATE

Dolim K., Askarov T., Axmedov M., Ashurmetov A., Zufarov K.

Tashkent Pediatric Medicine Institute.

✓ Resume

3567 patients with acute appendicitis were examined. Of these, 38 were diagnosed with appendicular infiltrate (1.1%). Mostly, this complication occurred in patients older than 50 years. The analysis shows that the main cause of the formation of appendicular infiltrate is the duration of the development of the inflammatory process in the vermiform appendix and, accordingly, late circulation to the surgical hospital. Sometimes the diagnosis is difficult, especially with the atypical location of the appendix, which is often recognized during surgery, in which it is advisable to stop the operation and end the operation by draining the ileocecal fossa with a nipple drainage for antibiotic administration.

Key words: acute appendicitis, appendicular infiltrate, emergency surgery

Актуальность

В хирургической практике нередко возникают трудности в диагностике осложнения острого аппендицита аппендикулярного инфильтрата, которое часто связано с поздним обращением больных. В некоторых случаях ошибочная диагностика приводит к нарушению тактики лечения и необоснованной операции, подобных случаев было у 6 больных. У этих больных аппендикулярный инфильтрат диагностирован во время операции и операция была прекращена и завершена ниппельным дренированием для введения антибиотиков. Одному больному была попытка аппен-

дэктомии, которая увенчалась успехом, но в проследующем рана нагноилась и открылся кишечный свищ который закрылся самостоятельно через 1 месяц.

Цель исследования: проанализировать диагностику и тактику лечения больных с аппендикулярным инфильтратом.

Материал и методы

С 2015 по 2019 г. в хирургическом отделении находились 3567 больных с диагнозом "острый аппендицит", из них у 38 диагностирован аппендикулярный инфильтрат, что составляет 1,1%. Всем больным про-

водилась консервативная терапия, 6 из них в связи с ошибкой в диагнозе был оперирован.

Результат и обсуждение

Лечение острого аппендицита и его осложнений продолжает оставаться одной из важнейших проблем современной хирургии в связи с его частотой среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Аппендикулярный инфильтрат как осложнение острого аппендицита встречается редко. Диагностика иногда представляет некоторые трудности, следовательно, приводит к неправильному выбору метода лечения. По данным литературы частота его колеблется от 1 до 10%. В нашу клинику с 2015 по 2019г. обратились с диагнозом острый аппендицит 3567 больных, из них у 38 диагностирован аппендикулярный инфильтрат, что составляет 1,1%. Главной причиной образования аппендикулярного инфильтрата является длительность развития воспалительного процесса в червеобразном отростке и соответственно с этим поздняя обращаемость больных в хирургический стационар (27 из 38, или 75%). Реже поздняя госпитализация была обусловлена диагностическими ошибками врачей на до госпитальном этапе (15%). Образованию инфильтрата иногда способствовало и длительное наблюдение больных в хирургическом стационаре с неправильным диагнозом (10%). В процессе наблюдения в хирургическом отделении не всегда удаётся установить правильного диагноза аппендикулярного инфильтрата, иногда возникают трудности в распознавании этого осложнения. Причинами этого могут явиться недостаточный полный и правильный сбор анамнеза, амбулаторное лечение больных анальгетиками, которое иногда приводит к стиханию болей в правой подвздошной области и стиранию клинической картины. Выявлению аппендикулярного инфильтрата нередко препятствовало напряжение мышц передней брюшной стенки, которое имело место в начальной стадии образования инфильтрата и препятствовало пальпировать инфильтрат. Правильной диагностике также мешало обильно развитая подочно-жировая клетчатка (у 6 больных).

Диагностика аппендикулярного инфильтрата резко усложнялась при атипичном расположении червеобразного отростка, которое отмечено у 3 больных. Инфильтраты располагавшиеся позади слепой кишки и в под печёночном пространстве удавалось диагностировать очень редко и в некоторых случаях явились причиной необоснованного оперативного вмешательства. Подобных случаев было у 2 больных, которым была произведена операция. Одному больному после интраоперационного диагностирования аппендикулярного инфильтрата операция была прекращена и завершена оставлением ниппельного дренажа в илеоцекальной ямке для введения антибиотиков. Другому больному была попытка аппендэктомии, которую мы считаем грубой ошибкой, но увенчалось успехом, однако послеоперационный период осложнился нагноением раны и образованием кишечного свища. В последующем свищ закрылся самостоятельно в отдалённый период после операции.

30 больным с установленным диагнозом аппендикулярный инфильтрат была назначена консервативная терапия, которая включала постельный режим, щадящую диету, в ранние сроки формирования ин-

фильтрата холод на правую подвздошную область, антибиотики широкого спектра действия и при положительной динамике, начиная с 5-6 дня физиотерапевтические процедуры: субэритемные дозы УФО на правую подвздошную область, а затем УВЧ, тепло. Подобная тактика лечения позволила добиться полного рассасывания инфильтрата на 12-15 сутки и они были выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явиться через 2-3 месяца в стационар для оперативного лечения не дожидаясь следующего приступа болей.

8 больным из 30 лечение не дало эффекта. Состояние их постепенно ухудшалось в процессе проводимого лечения и наблюдения. На 8-9 сутки наблюдалось повышение температуры тела до высоких цифр. Выраженный лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы в лево. Пальпаторно увеличение размеров прощупываемого образования в правой подвздошной области с его размягчением в центре и флюктуацией, т.е появились все симптомы абсцедирования инфильтрата, что явилось показанием к экстренной операции.

Необходимо отметить, что нагноение аппендикулярного инфильтрата, с теоретической точки зрения зависит, более вероятно от характера и степени деструкции в очаге - в центре инфильтрата, т.е зависит от морфологической формы острого аппендицита. На наш взгляд в большинстве случаев нагнаиваются инфильтраты с запоздалым процессом ограничения вокруг очага, когда уже успевают organizovatsya деструкция типа гангрены, перфорации на воспалённом органе. Все эти больные с нагноением аппендикулярного инфильтрата неотложно были подвергнуты оперативному лечению. Производилась внутривенная анестезия и вскрытие гнойника осуществилось внебрюшинным доступом, операция завершалась промыванием, санацией и дренированием гнойной полости. У всех больных операционная рана зажила вторичным натяжением. У 2 больных на 7-8 сутки после операции образовался каловый свищ и поздние сроки после операции закрылся самостоятельно, летальных исходов не было.

Выводы

1. Причиной осложнения острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом является поздняя обращаемость и поздняя диагностика.
2. При распознавании аппендикулярного инфильтрата во время операции целесообразно прекратить операцию, завершая её дренированием ниппельным дренажом для введения антибиотиков.
3. Попытка выполнения аппендэктомии при обнаружении аппендикулярного инфильтрата считаем грубой тактической ошибкой приводящих к развитию серьёзных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахмеддинов О.Н. "Нужна ли аппендэктомия при остром катаральном аппендиците?" Мат.3-конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. И. 2001; 158. [Axmeddinov O.N. "Nujna li appendektomiya pri ostrom kataralnom appenditsite?" Mat. 3-kongressa assotsiatsii xirurgov im. N.I.Pirogova. I. 2001; 158. (In Russ)]
2. Бараев Т.Н. "По поводу статьи" Хирургия 2000; 9: 62-63. [Baraev T.N. "Po povodu stati" Xirurgiya 2000; 9: 62-63. (In Russ)]
3. Макаrchук В.Л. Хирургия, 1990; 12: 10-12 (Makarchuk V. L. 1990;