

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА И ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА

*А.М. Кенжаев*

---

Дана оценка возможности использования УЗИ в диагностике и определении тактики лечения аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса

*Ключевые слова:* аппендикулярный инфильтрат; абсцесс; УЗИ; лечение.

**Введение.** 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 % [1–3]. Летальность при аппендикулярном инфильтрате и периаппендикулярном абсцессе составляет 1,9–9,7 % [4–8]. Точность клинической диагностики острого аппендицита у мужчин составляет 78–92 %, а у женщин еще ниже – 58–85 %, что связано с частой атипичностью клинической картины и возможными заболеваниями органов малого таза [9–11]. Для улучшения диагностики этого заболевания и его осложнений широкое применение начинает находить ультразвуковое исследование [12–16]. УЗИ использовалось

в ряде наблюдений не только как диагностический метод, но и в определении тактики лечения периаппендикулярных абсцессов [17, 18].

Однако ряд вопросов, касающихся диагностики и хирургической тактики при этом осложнении острого аппендицита, до настоящего времени остается окончательно нерешенными [19, 20].

Целью исследования является оценка возможностей УЗИ в диагностике и определении выбора тактики лечения аппендикулярного инфильтрата и периаппендикулярного абсцесса.

**Материал и методы исследования.** В хирургические отделения ГКБ № 1 г. Бишкек и в медицинский центр Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева за 2000–

2009 г. поступило 3078 больных с подозрением на острый аппендицит, из них диагноз “Острый аппендицит” и его осложнения был подтвержден у 2306 (74,7 %) пациентов, у остальных 782 (25,3 %) больных были выявлены другие острые хирургические, гинекологические, урологические и пр. патологии. Среди больных с острым аппендицитом у 46 (2 %) человек установлен диагноз “Аппендикулярный инфильтрат”. Мужчин было 22, женщин – 24. Возраст больных варьировал от 16 до 79 лет.

Всем больным в приемном отделении, помимо учета клинико-лабораторных данных, выполняли ультразвуковое исследование на аппарате Fukuda Denhi UF-8500 A и ALOKA SSD-4000 SV, конвексными датчиками 3,5–7,5 МГц по общепринятой методике. При необходимости проводили динамическое УЗИ с целью изучения течения патологического процесса и определения тактики лечения.

**Результаты и обсуждение.** Анализ проведенного исследования показал, что частой причиной образовавшегося аппендикулярного инфильтрата является позднее обращение больных за медицинской помощью. Все эти пациенты поступили в сроки свыше 48 часов от момента заболевания. С другой стороны это, видимо, связано и с трудностями диагностики этого осложнения, приводящими к диагностическим ошибкам и со стороны медработников. Так, из 46 больных на догоспитальном этапе диагноз “Аппендикулярный инфильтрат” был установлен лишь 11 пациентам, остальные больные (35) были направлены в клинику с различными диагнозами.

Клиническое проявление аппендикулярного инфильтрата зависит от фазы процесса. Необходимо отметить, что в этом вопросе до сих пор нет единого мнения. Существуют понятия: рыхлый инфильтрат, плотный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс. Мы разделяем точку зрения тех авторов [1, 5] считающих нецелесообразным выделять “рыхлый инфильтрат” в отдельную нозологическую форму, поскольку это вносит путаницу в отношении определения тактики лечения. Мы различаем две фазы этого осложнения: аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс.

Фаза формирования аппендикулярного инфильтрата (3–5 суток) характеризовалась более или менее выраженными симптомами острого аппендицита, признаками интоксикации. У больных отмечалось умеренное повышение температуры тела, незначительные боли в правой подвздошной области и там определялся различной величины и плотности инфильтрат, правда, у тучных людей (12) обнаружить его было затруднительно. Количество лейкоцитов у большинства (26) оставалось в пределах нормы или немного превышало ее.

При нагноении инфильтрата, что имело место у 18 пациентов из 46, состояние больных резко ухудшалось. Усиливалась болезненность в области инфильтрата, последний увеличивался в размерах и становился резко болезненным при пальпации, у 13 больных в центре инфильтрата определяли размягчение, и симптом Щеткина – Блюмберга становился положительным, повышалась температура тела до 39–40 градусов и носила гектического характера. Резко возрастал лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Диагностика аппендикулярного инфильтрата и абсцесса во многих случаях затруднительна. Затрудняло диагностику защитное напряжение мышц живота у молодых людей, у лиц пожилого и старческого возраста, наоборот, болевой синдром и напряжение мышц были слабо выражены, при малых размерах инфильтрата и у тучных пациентов его невозможно было прощупать. Косвенным признаком, позволяющим заподозрить инфильтрат, является давность заболевания. При постановке диагноза, помимо учета данных клинической картины и анализа крови, в настоящее время особую значимость имеет УЗИ как наиболее простой, неинвазивный и в то же время эффективный метод диагностики. У всех 46 больных путем УЗИ удалось определить наличие инфильтрата в брюшной полости, что характеризовалось как гомогенное образование повышенной эхоплотности без четких контуров. В фазе абсцедирования контуры становились более четкими, и по центру инфильтрата появлялась эхонегативная и негомогенная жидкость. Определение последней при выборе адекватной лечебной тактики имело важное значение.

Лечение аппендикулярного инфильтрата и абсцесса представляет определенные трудности.

В настоящее время большинство хирургов придерживаются консервативного лечения в фазе аппендикулярного инфильтрата с активной выжидательной тактикой, поскольку аппендэктомия из-за плотного инфильтрата технически трудна, травматична, часто сопровождается нежелательными осложнениями.

Всем больным с аппендикулярным инфильтратом мы начинали с лечения консервативных мероприятий. Первая неделя – покой, диета, холод, антибиотики; вторая неделя – тепло, физиолечение, антибиотики; рассасывающее лечение. Эти меры оказались эффективными у большинства (26) пациентов. Они были выписаны и затем через 3–6 месяцев 13 из них в плановом порядке успешно прооперированы.

Однако, несмотря на применение современных антибиотиков широкого спектра действия, не

всегда наблюдается рассасывание аппендикулярного инфильтрата. Так, из 46 больных с аппендикулярным инфильтратом у 18 произошло нагноение процесса. Переход инфильтрата в абсcess четко определялся путем динамического УЗИ, и такие больные в срочном порядке были оперированы под общим наркозом. Доступы для вскрытия гнойника могут быть различные: через прямую кишку; внебрюшинным доступом, разрезом по Волковичу – Дьяконову и т. д. В этом вопросе мы ориентируемся в основном на данные УЗИ, что позволяет поставить точный топический диагноз в отношении места и глубины залегания гнойника и мы, как правило, проводим разрезы над гнойником.

Операция ограничивалась вскрытием гнойника, его санацией растворами антисептиков, в том числе озонированными растворами, тампонированием мазью Вишневского и дренированием резиновыми трубками или резиновыми выпускниками. Аппендэктомия выполнялась только при отсутствии технических трудностей, что удалось в восьми случаях. Остальным 12 больным оперативное лечение в виде плановой аппендэктомии рекомендовали через 3–6 месяцев после рассасывания инфильтрата, что осуществлено 9 пациентам, остальные трое чувствуют себя неплохо и от операции воздерживаются.

Таким образом, аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсcess являются частыми осложнениями острого аппендицита, как следствие поздней обращаемости и запоздалой диагностики, чему может способствовать атипичное течение острого процесса. Диагностика должна быть комплексной с учетом данных анамнеза, клинической картины, анализа крови и особенно УЗИ. Кроме этого использование УЗИ помогает определить тактику лечения.

Хирургическая тактика при этом осложнении должна быть строго дифференцированной: в стадии инфильтрата – консервативной, в стадии абсцедирования – оперативной, рекомендовали вскрытие и дренирование полости гнойника. Аппендэктомия допустима лишь при технически несложных ситуациях. Всем больным после рассасывания аппендикулярного инфильтрата и вскрытия периаппендикулярного абсcessа следует рекомендовать аппендэктомию через 3–6 месяцев после выписки из стационара.

#### Литература

1. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита / В.И. Колесов. Л.: Медицина, 1972. 342 с.
2. 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.
3. Prieto F.R. Defered appendectomy in a case of appendiceal mass // *Cir Pediatr*. 2000. 13 (1). 43.
4. Алиев С.А. Дискуссионные вопросы хирургической тактики при аппендикулярном инфильтрате и периаппендикулярном абсcessе / С.А. Алиев // Хирургия. 1997. № 4. С. 48–54.
5. Озеров В.Ф. Анализ летальности при остром аппендиците / В.Ф. Озеров, В.А. Негрей // *Скорая мед. помощь*. 2004;3:5.
6. Бобоев Б.Ж. О причинах “напрасной” лапаротомии при аппендикулярном инфильтрате // Б.Ж. Бобоев, А.А. Абдужаббаров, Х.Х. Давлатов и др. // *Вестник Авиценны. Душанбе*, 2005;3–4:273.
7. Ашимов И.А. Проблемные вопросы диагностических решений при остром аппендиците / И.А. Ашимов, Р.К. Жортучиев // Хирургия Кыргызстана. 2006. № 3. С. 219–226.
8. De U. Ghosh S. Acute appendectomy for appendicular mass: a study of 87 patients // *Ceylon Med J*. 2002; 47 (4):117–118.
9. Коркан И.П. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита у беременных / И.П. Коркан // Хирургия. 1992. № 2. С. 57–62.
10. Шулуудко А.М. Инструментальная диагностика острого аппендицита / А.М. Шулуудко, Ф.В. Насиров, А.Г. Натрошвили // *Рос. мед. журнал*. 2003. № 1. С. 52–55.
11. Archibond E.A., Eskandar M., Sobande A.A., Ajao O.G. Right lower quadrant pain in females. Is it appendicitis or gynecological? // *Saudi Med J*. 2002; 23(1):30–33.
12. Панцирев Ю.М. Значение УЗИ в диагностике аппендикулярного инфильтрата / Ю.М. Панцирев, Л.Б. Мищукова, И.В. Царев // *Мед. радиол*. 1993;38:3:16–18.
13. Охотников О.И. Ультразвуковая диагностика аппендикулярного абсcessа / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. 2005. № 2. С. 146.
14. Аванесова В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. 2008. № 12. С. 8–11.
15. Vazquez Ronco M.A., Morteruel Arizkuren E., Garcia Ojeda E. et al. Diagnostic yield of abdominal ultrasonography in acute appendicitis. *An Pediatr*. (Barc). 2003;58(6):556–561.
16. Хальзов В.Л. Роль УЗИ в диагностике, выборе тактики при лечении больных с аппендикулярным инфильтратом / В.Л. Хальзов, Р.Ю. Ислямов, Н.Ф. Железнева и др. // *Скорая мед. помощь*. 2004;3:5:58.

## Медицина

---

17. *Андреев А.В.* Малоинвазивные чрескожные вмешательства под ультразвуковым контролем у больных с осложнениями острого аппендицита / А.В. Андреев, А.Г. Приходько, И.И. Щербина и др. // Медицинская визуализация. 2005. № 4. С. 56–60.
18. *Lasson A., Lundagards J., Loren I., Nilsson P.E.* Appendiceal abscesses: primary percutaneous drainage and selective interval appendicectomy // Eur J Surg. 2002; № 168 (5). С. 264–269.
19. *Краковский А.И.* Аппендикулярный инфильтрат / А.И. Краковский, М.П. Постолов, А.Н. Уткина. М., 1986.
20. *Fingerhut A., Yahchouchy-Chouillard E., Etienne J.C., Ghiles E.* Appendicitis or non-specific pain in the right iliac fossa? // Rev Prat. 2001;1;51 (15):1654–1656.