

1. Лучевые методы дают высокий процент стойкого излечения первичного очага (94,1%).

2. Необходимость операции Ванаха при I ст. может быть определена в процессе динамического наблюдения.

3. Лучевое лечение при наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы дает плохие результаты.

УДК 616.346.2-032

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ

Г. Д. Медведовская, Т. П. Тихонова

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В основу настоящего сообщения взяты наблюдения над 362 больными с аппендикулярными инфильтратами, встретившимися среди 15270 больных с острым аппендицитом, поступивших в клинику и ее филиалы за 10 лет, что составило 2,3%. Эти показатели частоты совпадают с имеющимися в литературе.

Среди наших больных мужчин было 124, женщин — 238. В возрасте до 10 лет было 19; до 20—73; до 40—131; до 60—104 и старше—35.

Все авторы указывают на то, что возникновение аппендикулярного инфильтрата происходит в основном в течение первой недели заболевания.

Образование аппендикулярного инфильтрата считается явлением благоприятным, так как аппендикулярный инфильтрат не что иное, как острый перитонит, но интенсивно ограниченный (В. Р. Брайцев, В. Н. Розанов, И. К. Ахунбаев и др.).

Образование аппендикулярного инфильтрата происходит в результате поздней или неправильной диагностики острого аппендицита или позднего обращения больного.

Ю. А. Яксанов указывает на три основные причины возникновения аппендикулярного инфильтрата: 1) поздняя обращаемость больных, 2) отказ от своевременно предложенной операции или госпитализации, 3) диагностические ошибки.

Мы наблюдали больных, своевременно обратившихся и срочно госпитализированных, но у них диагноз острого аппендицита установлен не был.

По литературным данным, продолжительность течения аппендикулярного инфильтрата в среднем равна 14—21 дням. Однако описаны случаи затяжного течения до 5—6 месяцев.

Средний койко-день, по литературным данным, равен по Яксанову 12,4, по Полещуку у детей—18,6, на нашем материале—14,4 дня.

Длительность заболевания, по нашему материалу, была следующей: до 10 дней у 82; до 20—у 135, до 30—у 84, более 50 дней—у 61 больного.

П. Т. Соколова предлагает делить больных с аппендикулярными инфильтратами на 3 группы по клиническому течению.

I группа. Самочувствие хорошее. Температура нормальная или субфебрильная, болей нет, инфильтрат плотный, небольших размеров. Обычно инфильтрат быстро рассасывается.

II группа. Температура повышается до 38°, боли, инфильтрат плотный, средний или большой лейкоцитоз. Рассасывание наступает к 23—25 дню.

III группа. Боли сильные, температура высокая, лейкоцитоз; большой инфильтрат.

Мы, соглашаясь с подобной классификацией, рекомендовали бы выделить еще

IV группу—с затяжной формой течения инфильтрата.

В зависимости от расположения инфильтрата и от наличия или отсутствия симптомов раздражения брюшины у ряда больных инфильтрат легко определяется, у других же обнаруживается лишь на операции. Поэтому обязательно ректальное и вагинальное исследование (Е. Г. Дубейковская).

По данным В. Шима, ретроцекальное расположение отростка дает образование инфильтрата в 79%, при обычном расположении—в 21%.

По вопросу лечения больных с аппендикулярным инфильтратом в литературе имеются разноречивые мнения. Некоторые хирурги оперируют больных в стадии инфильтрата, без признаков абсцедирования его.

Большинство же хирургов является сторонниками консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата, как только диагноз установлен.

Х. А. Хакимов и Б. В. Нарвский считают при остром аппендиците возникновение инфильтрата «единственным противопоказанием к операции».

Какова тактика хирурга при аппендикулярном инфильтрате у детей? И. С. Польшук указывает, что у 84 детей с аппендикулярным инфильтратом 70 были оперированы, причем отросток не был удален лишь у одного больного, остальные велись консервативно. Е. Г. Дубейковская рекомендует оперировать детей в первые дни после образования инфильтрата и лишь при склонности к быстрому разрешению — лечить консервативно.

Из 19 детей, наблюдавшихся нами, было оперировано 11. Инфильтрат у детей абсцедирует чаще и раньше.

Тактика при аппендикулярном инфильтрате у лиц пожилого и старческого возраста принципиально не отличается от таковой в отношении лиц молодого и зрелого возраста. В этих случаях дифференциальная диагностика между инфильтратом и опухолью слепой кишки сложнее и, кроме того, рассасывание инфильтрата обычно происходит в более длительные сроки.

Консервативное лечение складывается из общих и местных мероприятий. К местным относятся применение холода (реже), тепла (чаще). Е. П. Головина считает, что чем раньше начато лечение холодом, тем скорее инфильтрат рассасывается. З. К. Забегальская, Ю. А. Ясанов настоятельно рекомендуют холод в начале заболевания. Когда же инфильтрат ограничивается, все хирурги рекомендуют тепло. Тепло применяется в виде грелок, согревающих компрессов, компрессов с мазью Вишневского, УВЧ. В отдельных случаях при замедленном, затяжном разрешении инфильтрата тепло применяется в виде курса парафиновых аппликаций на область инфильтрата.

Строгий постельный режим и полужидкая легкая диета, назначение сульфаниламидов и антибиотиков являются неперемennыми условиями лечения любого больного с аппендикулярным инфильтратом.

Особое место в ряде консервативных мероприятий занимает поясничная новокаиновая блокада по методу А. В. Вишневского. А. В. Вишневский указывал, что в первые же часы после блокады боли или прекращались или значительно уменьшались. Через сутки температура снижалась, инфильтрат ограничивался, становился менее болезненным. Рассасывание наступало быстро.

Из 362 больных мы лечили консервативно 270. Все выздоровели.

Анализ нашего материала показал, что холод нашим больным применялся сравнительно редко, несмотря на большую целесообразность его применения, с целью ограничения процесса. Это было обусловлено тем, что подавляющее большинство наших больных поступало на довольно поздних сроках от начала заболевания с хорошо отграниченным инфильтратом. Мы проводили в таких случаях рассасывающую терапию в виде умеренного согревания вышеперечисленными средствами.

Исходы консервативного лечения у наших больных согласуются с литературными данными. Средний срок продолжительности болезни равнялся 18—21 дню.

Полноценное комплексное лечение не всегда предопределяет исход аппендикулярного инфильтрата. Мы придаем большое значение сроку заболевания, на котором начато консервативное лечение.

Аппендикулярный инфильтрат нередко осложняется развитием аппендикулярного абсцесса: по данным Х. А. Хакимова и Б. В. Нарвского — в 8,6%, а А. Е. Белицкого — из 54 больных с аппендикулярным инфильтратом у 16 больных развились абсцессы.

При склонности аппендикулярного инфильтрата к абсцедированию признаки последнего появляются в среднем в течение второй недели. Но мы имели больных с абсцедированием инфильтрата и в конце 1-й недели заболевания. Нами отмечены также поздние сроки абсцедирования аппендикулярных инфильтратов.

Некоторым больным диагноз аппендикулярного инфильтрата был поставлен только на операционном столе. Неправильность диагноза обусловлена была у одних резкой болезненностью живота, не допускающей более глубокой пальпации; у других резким локальным напряжением мышц передней брюшной стенки, препятствующим обнаружению инфильтрата. У отдельных больных образование инфильтрата в течение первых 1—2 суток не давало основания заподозрить осложнение острого аппендицита инфильтратом по сроку заболевания.

Четким показанием к операции по поводу аппендикулярного инфильтрата являются признаки его абсцедирования. Появление перитонеальных знаков у больного с аппендикулярным инфильтратом без явных локальных признаков абсцедирования является также показанием к экстренной операции.

Из 362 больных были оперированы 92, из них с диагнозом «острый аппендицит» — 54. На операции обнаружен инфильтрат, отросток был удален у 19 больных, 35 больным произведена ограничивающая инфильтрат тампонада, так как разделение конгломерата угрожало целостности кишечной стенки.

По поводу аппендикулярного абсцесса оперированы 24 больных, отросток удален с последующей тампонадой у 6 больных, отросток не удален, лишь дренирована гнойная полость — у 18 больных.

У 14 больных абсцедировавший аппендикулярный инфильтрат осложнился развитием гнойного разлитого перитонита. Все эти больные доставлены в больницу на поздних сроках заболевания, у всех была выражена картина разлитого перитонита, все они в экстренном порядке оперированы. У двух больных на операции удалось удалить отросток, эти больные выздоровели. Остальным больным во время операции отросток не удалялся. После соответствующего туалета брюшная полость дренировалась марлевыми турундами. Умерло 5. На вскрытии у всех больных источником перитонита оказался гангренозно измененный отросток.

Операция по поводу аппендикулярного абсцесса обычно непродолжительна, хотя, как правило, проводится у тяжелого больного. По мнению Яксаева, Хакимова и многих других, отросток не должен выделяться из конгломерата абсцедировавшего инфильтрата. Они же рекомендуют внебрюшинный доступ к полости абсцесса, что всегда целесообразно и по нашему мнению.

Мы в подавляющем большинстве случаев проводили эти операции под местной анестезией. Дети в основном оперировались под эфирно-кислородным масочным наркозом.

Наиболее выгодным оказывалось спяние абсцедировавшего инфильтрата с париетальной брюшиной передней или боковой брюшной стенки, это давало внебрюшинный доступ к гнойной полости. У всех больных гнойная полость дренировалась марлевыми турундами с 6% раствором NaCl или с мазью Вишневского.

Клиника считает целесообразным удаление отростка, если он легко и свободно обнаруживается в полости абсцесса и видно его основание. Там же, где поиски отростка связаны с разделением частей конгломерата и грозят разрушением защитного барьера, мы рекомендуем ограничивающую тампонаду и дренирование.

После стационарного консервативного лечения, в результате которого клинические признаки аппендикулярного инфильтрата исчезают, в вопросах дальнейшего лечения больных существует два различных мнения. Одни считают целесообразным выписку больных из стационара и аппендэктомии через 4—6 недель в «холодном периоде». В известной нам литературе таких авторов большинство. Другие (их меньше — В. И. Колосов и Г. Я. Иоссет, И. С. Полещук) считают, что после исчезновения клинических признаков инфильтрата больных из отделения не надо выписывать, следует в плановом порядке проводить им аппендэктомию.

37 нашим больным после успешного консервативного лечения была произведена аппендэктомия без выписки из стационара. При анализе послеоперационного периода у этих больных выяснилось, что у большинства он протекал гладко, рана заживала первичным натяжением и пребывание на койке после операции равнялось 7—9 дням.

Однако у 8 больных при вполне благоприятном состоянии на операции по месту расположения отростка находили ограниченные гнойники с ясно выраженной перифокальной воспалительной реакцией. Это делало необходимым после аппендэктомии дренирование брюшной полости марлевыми турундами, что удлиняло послеоперационный период, требовало усиленной антибиотикотерапии и часто усугубляло спаечный процесс в брюшной полости. Изучение историй болезни этих больных показало, что после консервативного разрешения инфильтрата лучше оперировать больных не сразу, а через 4—6 недель в «холодном периоде». В тех случаях, где хирург решает оперировать больного, не выписывая его из стационара, необходимо после клинического исчезновения инфильтрата оперировать не сразу, а через 7—8 дней, причем в этом интервале следует проводить строгий режим и антибиотикотерапию для профилактики послеоперационных осложнений. Подобная тактика целесообразна при повторных инфильтратах. Поступая с повторным приступом, эти больные могут попасть к неопытному хирургу, которому приходится испытывать технические трудности при аппендэктомии. Также могут возникнуть затруднения в диагностике и связанные с ними ошибки в лечении.

Мы наблюдали 9 больных с повторными инфильтратами. Рецидивирование острого аппендицита обусловлено тем, что, как показали гистологические исследования, анатомическая структура аппендикса после приступа сохраняется в 97% (В. И. Колосов).

Из 109 больных, леченных в 1 городской больнице, мы послали запросы о состоянии здоровья 50 больных. Выяснилось, что 13 были оперированы в холодной стадии, 9 больным аппендэктомия проведена во время очередного приступа; 7 больных ответили, что здоровы, приступы не повторялись. Остальные, к сожалению, ответов не дали.