

тельные изменения - отмечался ацидоз со снижением рН крови до  $7,35 \pm 0,06$  с более значительным дефицитом оснований и уменьшением концентрации бикарбонатов крови до  $19,1 \pm 0,6$  ммоль/л по сравнению со 2-й и 3-й клиническими группами.

Концентрация электролитов (Na -  $133 \pm 0,7$ ) в крови при декомпенсированной форме толстокишечного колостаз снижалась более значительно, по сравнению со 2-й и 3-й клиническими группами. Выявленные изменения кислотно- основного состояния и электролитного баланса свидетельствуют о развитии субкомпенсированного ацидоза.

#### Выводы

Изучение состояния микроциркуляции на основании ЛДФ-граммы и амплитудно-частотного спектра у больных с колостазом является существенным компонентом диагно-

стики, позволяющим определить ведущие патогенетические механизмы нарушений.

Исследование газового состава крови, кислотно- основного состояния и водно-электролитного баланса выявило явления метаболического ацидоза, истощение буферных систем организма на фоне снижения основных электролитов крови и дегидратации, более выраженное в группе с декомпенсированной формой толстокишечного колостаз. Кроме того, установлены увеличение парциального давления углекислого газа в крови, значительное снижение сатурации и парциального давления кислорода. Данные изменения в значительной степени коррелировали с показателями микроциркуляции. По мере увеличения размеров мегаколон происходило ухудшение показателей метаболизма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Воробей, А.В. Место лапароскопических технологий в хирургическом лечении долихоколон/ А.В.Воробей, Ф.М.Высоцкий, С.А.Александров //Эндоскопическая хирургия.- 2007.-№1.- С.117.
2. Даутов, С.Б. Регенерация и коррекция микроциркуляции желудка и двенадцатиперстной кишки при лечении язвенной болезни: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук - Уфа., 2000. - 15 с.
3. Лапароскопические операции при пороках развития и заболеваниях толстой кишки у детей / И.В.Поддубный, Э.И.Алиева, М.Ю.Козлов и [ и др.] //Эндоскопическая хирургия.- 2007.-№1.- С.70-71.
4. Показатели функции внешнего дыхания и газового состава крови у детей с хроническим толстокишечным колостазом/ К.Н.Баранов, И.В.Киргизов, Н.С.Горбунов [и др.] // Медицинский научный и учебно-методический журнал.- 2006 - N 31.- С. 102 – 115.

УДК 616.383.4:616.428-002-036.11-089-072.1

© Р.Р. Фаязов, Р.М. Сахаутдинов, Ф.А. Каюмов, Р.Б. Сагитов, Т.Т. Сабиров, 2007

Р.Р. Фаязов, Р.М. Сахаутдинов, Ф.А. Каюмов, Р.Б. Сагитов, Т.Т. Сабиров

#### ОСТРЫЙ МЕЗАДЕНИТ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

В статье изложена проблема диагностики и лечения острого мезаденита в абдоминальной хирургии, нередко являющаяся причиной необоснованной лапаротомии. Представлен алгоритм обследования пациента, патоморфологическое исследование мезентеральных лимфоузлов, протокол послеоперационного ведения больных.

**Ключевые слова:** острый мезаденит, лапароскопия, мезентериальные лимфоузлы, острый аппендицит.

R.R. Fayazov, R.M. Sakhautdinov, F.A. Kayumov, R.B. Sagitov, T.T. Sabirov

#### ACUTE MESADENITIS IN SURGERY

The problem diagnostics and treatment of acute mesadenitis in abdominal surgery is presented in the paper. Ungrounded laparotomy is often performed due to mesadenitis. The algorithm of patient's examination, pathomorphological study of mesenteric lymphonodes. Protocols of postoperative management of patient's is described.

**Key words:** acute mesadenitis, laparoscopy, mesenteric lymphonodes, acute appendicitis.

Проблема диагностики и лечения острого мезаденита является актуальной в абдоминальной хирургии. По данным ряда авторов [Л.А. Левин., С.И. Пешехонов, 2005, при на-

личии клиники острого мезаденита 23,6 - 43,4% применяется к лапаротомия в случаях, но в большинстве случаев она является неоправданной. Причиной этому является отсутст-

вие разработанных диагностических критериев в его дифференциальной диагностике мезаденита с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, прежде всего с острым аппендицитом. У больных с клинической картиной острого аппендицита отсутствие патологических изменений в червеобразном отростке ранее не являлось противопоказанием к аппендэктомии. Выполняя ревизию доступных отделов брюшной полости и констатируя наличие катарального аппендицита, хирург производил аппендэктомию, наличие же острого мезаденита расценивалось как вторичные изменения в регионарных лимфатических узлах. Использование лапароскопии в диагностике острых хирургических и гинекологических заболеваний позволяет выявить весь спектр острой патологии брюшной полости и исключить неоправданные лапаротомии и аппендэктомии.

В онкологической практике диагностика увеличенных лимфатических узлов связана не с проблемой диагностики острой хирургической патологии, а с определением степени распространенности онкозаболевания, а во фтизиатрии увеличение лимфоузлов в результате специфического процесса является редкой локализацией туберкулезного поражения, диагностика в этом случае основывается на характерной клинической картине, данных рентгенографии легких и результатах специальных исследований. В ургентной абдоминальной хирургии проблема патогенетического лечения острого мезаденита остается не до конца решенной. На сегодняшний день не изучены роль и место острого мезаденита в хирургической практике. Отсутствует приемлемая классификация, позволяющая выработать тактику ведения больных с данной патологией.

**Целью исследования** явилось улучшение диагностики и лечения больных острым мезаденитом в хирургической практике.

#### Материал и методы

Клинический материал составили 1437 оперированных больных с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости за период с 2003 по 2005 годы.

Основную массу составили больные с острой абдоминальной хирургической патологией в возрасте до 20 лет – 43,18% случаев, в возрасте от 20 до 30 лет в 34,09%, от 30 до 50 лет - в 18,18% и старше 50 лет - в 4,5% случаев. Женщины составили 71,6%, мужчины - 28,4% случаев. Структура выявленной патологии представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура острой хирургической патологии органов брюшной полости

| Заболевание                                       | 2003г. | 2004г. | 2005г. | Всего |
|---------------------------------------------------|--------|--------|--------|-------|
|                                                   | n      | n      | n      | n     |
| Абсцесс аппендикса                                | 5      | 5      | 10     | 20    |
| Инфильтрат брюшной полости                        | 11     | 11     | 12     | 34    |
| ОГПА                                              | 10     | 8      | 12     | 30    |
| ОГА                                               | 7      | 13     | 17     | 37    |
| ОКА                                               | -      | 7      | 7      | 14    |
| ОФА                                               | 88     | 110    | 134    | 332   |
| ОП                                                | 7      | 19     | 15     | 41    |
| Перитонит (пельвиоперитонит, первичный перитонит) | 47     | 27     | 36     | 110   |
| Острый сальпингоофорит                            | 24     | 26     | 41     | 91    |
| Мезаденит                                         | 67     | 87     | 110    | 254   |
| Хронический сальпингоофорит                       | 34     | 29     | 54     | 107   |
| Патологии не выявлено                             | 105    | 84     | 66     | 255   |
| Другая патология                                  | 17     | 23     | 27     | 67    |
| Всего ...                                         | 447    | 449    | 541    | 1437  |

Чаще всего причиной абдоминального синдрома являлся острый аппендицит - в 30,1% случаев, реже - гинекологическая патология - в 13,78%, перитонит - в 7,65%, инфильтрат брюшной полости - в 2,36% случаев. Патологии не выявлено в 17,74% случаев, прочие заболевания выявлены в 10,66% случаев. Острый мезаденит определен в 17,67% случаев, причем доля выявленного острого мезаденита за последние три года имеет тенденцию к увеличению с 14,6 до 17,6% случаев.

Основными направляющими диагнозами были: острый аппендицит и острая гинекологическая патология. Алгоритм обследования больных с подозрением на острый мезаденит включал: сбор жалоб и анамнеза, оценка общего состояния и определение хирургической симптоматики, общий анализ крови и мочи, в некоторых случаях биохимический анализ крови и, как последний этап неинвазивного исследования, - выполнение сонографии органов брюшной полости. Больным, которым не удалось полностью исключить острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, была выполнена диагностическая лапароскопия. При лапароскопии проводили осмотр брюшной полости по традиционной методике с обязательной ревизией брыжейки тонкой кишки. Протокол диагностической лапароскопии заключается в подробном описании состояния червеобразного отростка и брыжейки тонкой кишки с указанием локализации увеличенных лимфоузлов, их размеров, наличия гиперемии, подвижности, реакции брюшины, количества и характера выпота в брюшной полости. Другой целью лапароскопии являлось определение характерной отличительной визуальной картины острого мезаденита в случаях, когда он являлся

ся единственной причиной вмешательства и при вторичном изменении (при остром аппендиците). В случаях, когда острый мезаденит являлся единственной патологической находкой, выявленной при лапароскопии, выполняли биопсию лимфатического узла с целью патоморфологического исследования и забор выпота для определения степени бактериальной и вирусной контаминации.

### Результаты и обсуждение

При ретроспективном анализе развития клинической картины острого мезаденита, послужившего основанием для диагностической лапароскопии, были определены типы жалоб, характер клинической картины, дан-

ные физикального осмотра, которые могли насторожить хирурга в плане дооперационной диагностики (табл. 2).

Результаты лабораторной дооперационной диагностики не имели специфической чувствительности в выявлении острого мезаденита. Применение ультразвуковой диагностики органов брюшной полости в ряде случаев позволило выявить увеличение мезентериальных лимфоузлов, однако информативность метода бывает снижена ввиду отсутствия подготовки кишечника. Наиболее информативным методом диагностики острого мезаденита является диагностическая лапароскопия.

Таблица 2

Критерии дифференциальной диагностики острого мезаденита

| Симптоматика                   | Мезаденит                                                                      | Острая хирургия                                              |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Длительность заболевания       | От 2-х до 3-х суток                                                            | От нескольких часов до суток                                 |
| Выраженность болевого синдрома | Нелокализованная боль, чаще всего в мезогастргии                               | Локализованная боль                                          |
| Характер боли                  | Постоянный                                                                     | Постоянный                                                   |
| Тошнота, рвота                 | Могут быть                                                                     | Могут быть                                                   |
| Температура тела               | От нормы до гипертермии                                                        | Гипертермия                                                  |
| Стул                           | Нет характерной симптоматики                                                   | Нет характерной симптоматики                                 |
| Лейкоцитоз                     | Отсутствие повышения лейкоцитов или высокие значения лейкоцитов до 17-20 тысяч | Прогрессирующий подъем лейкоцитов на уровне от 10 до 16 тыс. |
| Наличие ОРВИ, ангины           | +                                                                              | -                                                            |

Определение ИФА выпота и сыворотки крови полезно при диагностике вирусной инфекции. Результаты гистологического исследования лимфоузлов при первичном и вторичном мезаденитах не имеют отличительной картины и соответствуют острому воспалению. Ценность гистологического исследования может быть обоснована верификацией туберкулезного, онкологического и аутоиммунного процессов в брюшной полости.

Ультразвуковая сонография органов брюшной полости в ряде случаев позволила выявить скопление жидкости, её локализацию и количество, определить степень пневматизации кишечника, а в некоторых случаях выявить «пакеты» увеличенных лимфоузлов (рис. 1).

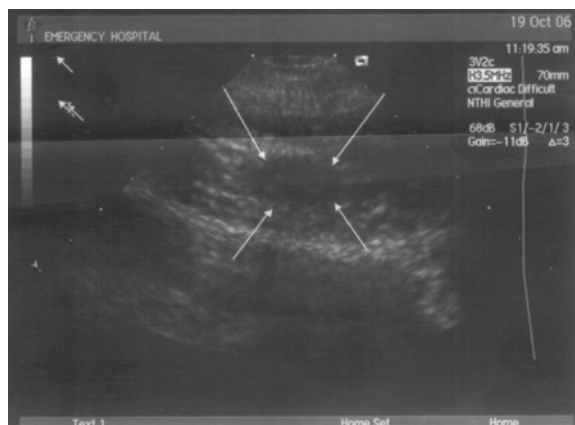


Рис. 1. Ультразвуковая диагностика увеличенных мезентериальных лимфоузлов

При мезадените отмечается отек брыжейки тонкой кишки, в которой обнаруживаются увеличенные лимфатические узлы, в большинстве случаев плотной консистенции, подвижные, располагающиеся группами («пакетами») приблизительно одинакового размера. Цвет лимфоузлов был от бледно-розового до красного (яркой гиперемии), при этом брыжейка могла быть без отека или резко инфильтрированной. Определено, что при вторичном воспалении мезентериальных лимфоузлов, в случае острой хирургической патологии органов брюшной полости (острый аппендицит, гинекологические заболевания), цвет лимфоузлов был от красного до бордового оттенка, причем брыжейка во всех случаях была гиперемированная и сочеталась с гиперемией брюшины. При этом локализация увеличенных лимфоузлов брыжейки была непосредственно вблизи первичного хирургического очага, распространенность мезаденита зависела от степени деструкции в первичном очаге (рис. 2).



Рис.2 Вторичный мезаденит при остром сальпингоофорите, осложненный пельвиоперитонитом

В случаях, когда выявленное при лапароскопии увеличение мезентериальных лимфоузлов являлось единственной патологической находкой в брюшной полости, цвет их был от бледно-розового до розового, причем отсутствовала гиперемия брыжейки и париетальной брюшины, не было выявлено какой-либо конкретной локализации по кишечнику, размеры и распространенность значительно варьировали от 0,5 до 1,5 см (рис.3).



Рис. 3. Первичный острый мезаденит

В половине случаев ИФА выпота при остром мезадените показал повышение титра Ig G в 2-3 раза на вирус простого герпеса и аденовируса, что коррелировало с повышением титра иммуноглобулинов в сыворотке крови.

Патоморфологическое исследование 520 срезов мезентериальных лимфоузлов показало, что при остром мезадените определяется четко выраженная соединительнотканная капсула с трабекулами, выделяется корковое и мозговое вещества. В корковом веществе располагаются небольшого размера лимфатические узелки с реактивным центром (центром размножения). Мозговое вещество образовано мозговыми тяжами и синусами. Межузелковая зона, содержащая малые лим-

фоциты и макрофаги, имеет плотное строение. Плотность расположения клеток такая же, что и лимфатических узелков, однако они не сливаются, так как между ними имеются очень тонкая прослойка соединительной ткани или промежуточные синусы. Следовательно, в корковом веществе лимфатического узла идет интенсивная пролиферация группы В-лимфоцитов. В мозговом веществе лимфатического узла мозговые тяжи, состоящие из плазмочитов и плазмобластов, имеют достаточно изолированное расположение, окруженное мозговыми синусами, тем не менее отдельные участки мозгового вещества характеризуются диффузным распространением лимфоцитов и макрофагов с нарушением общей структуры мозговых тяжей, указывающим на реакцию иммунокомпетентных клеток (выработка антител) на имеющийся инфекционный процесс.

При выборе тактики лечения в хирургической клинике необходимо уточнить, является ли острый мезаденит следствием острого хирургического заболевания органов брюшной полости (вторичный мезаденит). В таких случаях лечение основного заболевания приводит к регрессу воспаления в лимфатических узлах. В случаях, когда увеличение мезентериальных лимфоузлов является единственной патологической находкой органов брюшной полости (первичный мезаденит), лечение не должно носить симптоматический характер, а оно должно быть приближено к патогенетическому. Как показывает наш клинический материал, первичный мезаденит существует, и он является причиной неблагополучия в брюшной полости, может привести к специфическим осложнениям и хирургическому вмешательству, поэтому в патогенезе заболевания основная роль отводится вирусной инфекции (аденовирус и вирус герпеса), также не исключается и аутоиммунный процесс.

Протокол послеоперационного ведения больных, когда острый мезаденит был единственной причиной хирургического вмешательства, включал: общий режим, голод в течение 2-3 суток, инфузионная терапия, курс антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия (сочетание цефалоспоринов и аминогликозидов) продолжительностью не более 7 суток, противовирусные средства (зовиракс, ацикловир) курсами по схеме до 2 месяцев, иммуностимуляторы, симптоматическое лечение.

Таким образом, использование неинвазивных и мини-инвазивных методов диагностики, иммуноферментного анализа и ком-

плексного патогенетического лечения больных острым мезаденитом позволило улучшить результаты лечения больных с острым животом, существенно снизить удельный вес неоправданных лапаротомий и аппендэктомий.

### **Выводы**

1. Острый мезаденит в 17,7% случаев является причиной экстренного хирургического вмешательства на органах брюшной полости.

2. На сегодняшний день лапароскопия является наиболее объективным методом диагностики острого мезаденита, позволяет предотвратить необоснованную лапаротомию и

определяет адекватное послеоперационное ведение.

3. В половине случаев причиной острого мезаденита является вирусная инфекция (аденовирус, герпес), что обосновывает назначение курса противовирусной терапии.

4. В послеоперационном периоде необходимо проводить лечение в условиях стационара в течение недели с применением антибиотиков, противовирусных, общеукрепляющих и иммуностимулирующих препаратов с последующим наблюдением у хирурга и гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Левин Л.А., Пешехонов С.И. Видеолапароскопия при подозрении на острый аппендицит // Вестник хирургии. – 2005. №5.
2. Левин Л.А., Пешехонов С.И. Результаты внедрения лапароскопической аппендэктомии // Вестник хирургии. – 2006. №2.
3. Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза // Анналы хирургии. – 2006. №4.
4. Торгунаков А.П. Что делать при простом (катаральном) аппендиците? // Хирургия. – 2005. №7.
5. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Звягинцев В.В., Гоголев А.А. Значения лапароскопии в диагностике острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. – 2004. №4.
6. Жестков К.Г., Воскресенский О.В., Барский Б.В. Эндоскопическая хирургия наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваний // Эндоскопическая хирургия. – 2004. №2.
7. Джумабаев Э.С., Ахлиддинов О.А. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия // Хирургия. – 2004. №2.
8. Баринов В. С., Прохорович Н. А., Рогозов Л. И. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики туберкулезного мезаденита. – СПб: НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ.