

Р.Р. Фаязов, Р.М. Сахаутдинов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, Б.Ф. Чанышев
**ОСТРЫЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ
 В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Кафедра хирургии с курсом эндоскопии института последипломного образования
 ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»,
 г. Уфа*

На основании изучения результатов диагностической лапароскопии у 1437 больных с острыми хирургическими заболеваниями авторами установлено, что первичный мезентериальный лимфаденит выявляется в 18,4% случаев. Учитывая отсутствие тактических подходов при данной нозологической единице авторами разработана классификация острого мезентериального лимфаденита, рассматриваются диагностические мероприятия с позиции неинвазивных методов, лапароскопии с исследованием биопсийного материала из лимфатических узлов и иммуноферментного анализа крови и выпота брюшной полости. Проведенное исследование позволило заключить, что острый первичный мезентериальный лимфаденит является полиэтиологичным заболеванием, но в большинстве случаев вызывается вирусной инфекцией, и возможно, ключевую роль при этом, помимо аденовирусной инфекции, играет вирус простого герпеса. Предлагаемый авторами комплексный этиопатогенетический подход в лечении позволит улучшить результаты лечения и провести профилактику осложнений.

Ключевые слова: острый мезентериальный лимфаденит, диагностическая лапароскопия, аппендэктомия, классификация, биопсия, вирусная инфекция, этиопатогенетическое лечение.

R.R. Fayasov, R.M. Sakhautdinov, Sh.V. Timerbulatov, R.B. Sagitov, B.F. Chanyshv
ACUTE MESENTERIAL LYMPHADENITIS IN SURGICAL PRACTICE

On the base of exploration of results of diagnostical laparoscopy of 1437 patients with acute surgical diseases authors determined that initial mesenterial lymphadenitis was shown in 18, 4 % cases. Taking into consideration the lack of tactical approach in this nosological unit a classification of acute mesenterial lymphadenitis was developed by authors. Here are considered diagnostical measures from the side of non-invasive methods, laparoscopy with investigation of biopsy material from lymphatic knots and immunoferment analyses and effusion of abdominal cavity. This investigation let to conclude that acute initial mesenterial lymphadenitis is a poly-etiological disease, but in most cases it is provoked by viral infection, and perhaps, besides adenoviral infection, the key role in it have the virus of simple herpes. The offered by the authors complex etiopathogenetical approach in treatment let to improve the results of treatment and to carry out a prophylaxis of complications.

Key words: Acute mesenterial lymphadenitis, diagnostical laparoscopy, appendectomy, classification, biopsy, viral infection, etiopathogenetical treatment.

В абдоминальной хирургии проблема диагностики и лечения острого мезентериального лимфаденита является актуальной. По данным ряда авторов, наличие клиники острого мезентериального лимфаденита приводит к лапаротомии в 23,6% - 43,4% случаев, и в большинстве случаев она является неоправданной [6, 7, 12, 13]. Причиной этому является отсутствие разработанных диагностических критериев в его дифференциальной диагностике с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, прежде всего с острым аппендицитом [3, 10]. Как было ранее принято, у больных оперируемых с клинической картиной острого аппендицита, отсутствие патологических изменений в червеобразном отростке не являлось противопоказанием к аппен-

дэктомии. Хирург, выполнив ревизию доступных отделов брюшной полости и при отсутствии воспалительных изменений в червеобразном отростке, констатируя катаральную форму аппендицита, производил аппендэктомию, а наличие острого мезентериального лимфаденита расценивал как вторичные изменения в регионарных лимфатических узлах. В настоящее время широкое использование лапароскопии в диагностике острых хирургических и гинекологических заболеваний привело, во-первых, к снижению количества неоправданных лапаротомии и аппендэктомии, во-вторых, позволило осмыслить присутствие в брюшной полости нозологической единицы, не до конца определенной во всех отношениях [4, 6, 7, 11].

Стало очевидным, что на сегодняшний день не до конца изучены роль и место острого мезентериального лимфаденита в хирургической практике, остается не решенной проблема проведения адекватного этиопатогенетического лечения, отсутствует приемлимая классификация, позволяющая выработать тактику ведения больных с данной патологией. Все это приводит к тому, что больные после выставления диагноза «острый мезаденит» (что, по-существу, является неправильной трактовкой названия болезни) и исключения острой хирургической патологии практически через несколько суток выписываются из стационара домой и вполне допустимо, что они через некоторое время поступают повторно с осложнениями, уже в другие клиники, возможно как хирургического, так и нехирургического профиля.

Известно, что острый мезентериальный лимфаденит в ряде случаев приводит к развитию грозных осложнений. Бетанели А.М. (2002 г.) описал случай острой высокой кишечной непроходимости, обусловленной воспаленным мезентериальным лимфатическим узлом больших размеров (по автору «величиной с кулак») в зоне дуоденоюнального перехода [1]. Гистологически был установлен неспецифический лимфаденит. Нередки случаи, когда исходами острого мезентериального лимфаденита являются развитие абсцессов брюшной полости, перитонита, или же ретроперитонита.

Основной причиной острого мезентериального лимфаденита принято считать аденовирусную инфекцию, что подтверждается многочисленными исследованиями, особенно в детской хирургической практике [15, 17]. В то же время, под маской «острого мезентериального лимфаденита» могут протекать злокачественные новообразования, инфекционные болезни и специфическое (туберкулез, сифилис, СПИД) поражение лимфатических узлов брюшины и забрюшинного пространства [2, 9, 14, 16]. Не исключено, что острый мезентериальный лимфаденит может явиться начальным проявлением онкогематологических заболеваний, аутоиммунных неспецифических заболеваний

органов брюшной полости и компенсаторной лимфаденопатии у больных после спленэктомии [8, 12, 13].

Поэтому, острый мезентериальный лимфаденит в абдоминальной хирургии должен рассматриваться как один из вариантов синдрома увеличенных лимфатических узлов и в тактике ведения больных необходимо внедрить подходы, направленные на улучшение диагностики, путем широкого использования сонографических и эндоскопических технологий, морфологической верификации путем биопсии лимфатического узла с последующим цитологическим и гистологическим исследованием, иммуноферментного анализа крови и выпота брюшной полости, что позволит в конечном итоге выработать этиопатогенетическое лечение.

Целью исследования явилось улучшение диагностики и лечения больных с острым мезентериальным лимфаденитом в хирургической практике.

Материал и методы

Клинический материал составили 1437 больных, которым была выполнена диагностическая лапароскопия с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости за период с 2003 по 2005 годы. Основную массу составили больные в возрасте до 20 лет, т.е. 43,2% случаев, в возрасте от 20 до 30 лет они были в 34,1%, от 30 до 50 лет - в 18,2%, и старше 50 лет - в 4,5% случаях. Женщины составили 71,6%, мужчины - 28,4% случаев. Структура выявленной патологии представлена в таблице 1.

Чаще всего причиной вызвавшей абдоминальный синдром являлся острый аппендицит - в 30,2%, реже - гинекологическая патология - в 14,4%, перитонит - в 7,6%, инфильтрат брюшной полости - в 2,4%, панкреатит - в 2,8% случаев. Другие заболевания отмечены в 4,7% случаев, а в 19,5% - патологии не было выявлено. Острый мезентериальный лимфаденит, расцененный как первичный определен в 18,4 % случаев, причем доля выявленного острого мезентериального лимфаденита за последние 3 года имеет тенденцию к увеличению - с 15,0% до 20,3% случаев.

Лапароскопия у 544 (37,8%) больных оказалась чисто диагностической, а конверсия в виде широкой лапаротомии потребовалась

224 (15,6%), а в виде доступа по Волковичу-Дьяконову 368 (25,6%) больным. У 301 (21,0%) больного лапароскопия становилась лечебной, т.е. из данного доступа были произведены хирургические манипуляции. Из

них, лапароскопические аппендэктомии выполнены 35 (11,6%), а ушивание перфоративных гастродуоденальных язв 43 (14,3%) больным.

Таблица 1.

Структура острой хирургической патологии органов брюшной полости

Заболевание	2003		2004		2005		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Острый мезентериальный лимфаденит	67	15,0	87	19,4	110	20,3	264	18,4
Острый катаральный аппендицит	-	-	7	1,5	7	1,3	14	1,0
Острый флегмонозный аппендицит	88	19,7	110	24,5	134	24,7	332	23,1
Острый гангренозный аппендицит	7	1,6	13	2,9	17	3,1	37	2,6
Острый гангренозный аппендицит, осложненный периаппендикулярным абсцессом	5	1,1	5	1,1	10	1,8	20	1,4
Острый гангренозно-перфоративный аппендицит, осложненный перитонитом	10	2,2	8	1,8	12	2,2	30	2,1
Инфильтрат брюшной полости	11	2,4	11	2,4	12	2,2	34	2,4
Острый панкреатит	7	1,6	19	4,2	15	2,8	41	2,8
Перитонит (исключая аппендикулярного генеза)	47	10,5	27	6,0	36	6,6	110	7,6
Острый сальпингоофарит (в т.ч. с пельвиоперитонитом)	24	5,4	26	5,8	41	7,6	91	6,3
Хронический сальпингоофарит	34	7,6	29	7,6	54	10,0	117	8,1
Другие заболевания	17	3,8	23	5,1	27	5,0	67	4,7
Патологии не выявлено	130	29,1	84	18,7	66	12,2	280	19,5
Всего	447		449		541		1437	

В группе больных с другими заболеваниями острый мезентериальный лимфаденит расценен как вторичный и был обусловлен следующими патологическими состояниями: туберкулезное поражение брюшины выявлено у 4, ВИЧ-инфекция и СПИД – у 4, болезнь Крона – у 6, терминальный илеит – у 5, энтероколит – у 2, криптогенный перитонит – у 2, онкозаболевание – у 4 больных, неспецифический язвенный колит диагностирован в 1 случае. У 1 больного с постспленэктомическим синдромом увеличенные лимфатические узлы брюшины носили диффузный характер, воспалительной реакции не было. Данный случай был расценен как компенсаторная лимфаденопатия брыжеечных лимфатических узлов, что было подтверждено цитологическим и гистологическим исследованиями.

Интересным с клинической точки зрения является наблюдения, относительно повторных диагностических лапароскопии за короткий промежуток времени. В 5 случаях диагностические лапароскопии оказались повторными и во всех случаях диагностирован первичный мезентериальный лимфаденит, что позволяет предположить о возможности наличия хронической формы заболевания с рецидивирующим течением.

В клинической группе больных основными направлятельными диагнозами были: острый аппендицит и острая гинекологическая патология. Алгоритм обследования больных с подозрением на острый мезентериальный лимфаденит включал: сбор жалоб, анамнеза, оценки общего состояния и определения хирургической симптоматики, общий анализ крови и мочи, в некоторых случаях биохимический анализ крови, и как последний этап неинвазивного исследования – выполнение сонографии органов брюшной полости. При подозрении на опухолевое и метастатическое поражение органов брюшной полости использовалась компьютерная томография.

Больным, которым исключить острое хирургическое заболевание органов брюшной полости не представлялось возможным выполнялась диагностическая лапароскопия. При лапароскопии производился осмотр брюшной полости по традиционной методике с обязательной ревизией брыжейки тонкой кишки. В протокол диагностической лапароскопии были включены следующие моменты: подробное описание состояния червеобразного отростка и брыжейки тонкой кишки с указанием локализации увеличенных лимфатических узлов, их размеров, нали-

чия гиперемии, подвижности, реакции брюшины, количества и характера выпота в брюшной полости; определение характерной отличительной визуальной картины острого мезентериального лимфаденита в случаях, когда он являлся единственной причиной вмешательства и при вторичном изменении, например при остром аппендиците. В случаях, когда острый мезентериальный лимфаденит являлся единственной патологической находкой выполняли биопсию лимфатического узла с целью патоморфологического исследования и забор выпота для иммуноферментного анализа.

Отсутствие классификации синдрома увеличенных лимфатических узлов в абдоминальной хирургии приводит к разночтениям при установлении диагноза, поэтому нами была разработана классификация, которая позволит хирургам и эндоскопистам адекватно оценить причинно-следственные механизмы развития патологического процесса в лимфатических узлах брюшной полости (рис. 1.). Мы исходили из того положения, что **лимфаденит** представляет собой воспаление лимфатических узлов, возникающее как

осложнение после различных гнойно-воспалительных заболеваний и специфических инфекций и, как правило, представляет собой вторичный процесс, а **лимфаденопатия** является системным увеличением лимфатических узлов, не связанное с воспалением (воздействие некоторых медикаментов, пролиферация, метастазирование и т. п.). Подразделение их на первичные и вторичные, острые и хронические, специфические и неспецифические, опухолевые и неопухолевые уже возможно во время проведения лапароскопии путем проведения тщательной ревизии, интраоперационной биопсии и экспресс-цитологии, исследования выпота брюшной полости и проведением дополнительных инструментальных методов исследования (колоноскопия, фиброгастроскопия, интраоперационная сонография и т.д.). Часто выявляемый в неотложной абдоминальной хирургии острый мезентериальный лимфаденит в данной классификации отнесен в группу первичных инфекционных неспецифических острых (реже, хронических) мезентериальных лимфаденитов.

Синдром увеличенных мезентериальных лимфатических узлов

А. Первичные мезентериальные лимфадениты и лимфаденопатии

1. Инфекционные мезентериальные лимфадениты



Неспецифические

острые и хронические

(вирусные (аденовирус, герпес, грипп), банальные бактериальные и грибковые лимфадениты)

Специфические

острые и хронические

(туберкулез, сифилис, иерсиниоз и др.)

2. Опухолевые мезентериальные лимфаденопатии



Злокачественные

(острые лейкозы, лимфомы (Ходжкина и неходжкинские), хронический лимфобластный лейкоз и др.)

В. Вторичные (реактивные) мезентериальные лимфадениты и лимфаденопатии



1. Неспецифические мезентериальные лимфадениты

острые и хронические

Инфекционные

(бактериальной (брюшной тиф, дизентерия, сальмонеллез и т. д.), бактериальные инфекции при острых хирургических и гинекологических заболеваниях (инфильтраты, абсцессы, перитониты т.д.), грибковой (актиномикоз) и др. этиологии)

Неинфекционные

(паразитарные (эхинококкоз, альвеококкоз и т.д.), аутоиммунные заболевания (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, недифференцированный язвенный колит))



2. Специфические мезентериальные лимфаденопатии

Опухолевые

(метастазы солидных опухолей и гемобластозов в лимфатические узлы)

Неопухолевые

(диффузные заболевания соединительной ткани, СПИД, хронические иммунопролиферативные синдромы (ангиоиммунобластная лимфаденопатия и др.), первичные иммунодефициты, саркоидоз, аллергические, токсические, медикаментозные интоксикации, постспленэктомический синдром)

Рис. 1. Классификация синдрома увеличенных мезентериальных лимфатических узлов в абдоминальной хирургии.

Результаты и обсуждение

При ретроспективном анализе развития клинической картины острого мезентериального лимфаденита, послужившего основанием для диагностической лапароскопии были определены особенности анамнеза, типы жалоб, характер клинической картины, данных физикального осмотра, которые могли насторожить хирурга в плане дооперационной диагностики (табл. 2).

При дифференциальной диагностике учитывали то, что для острого мезентериального лимфаденита характерным является синдром Vilensky – приступообразные боли в животе с рвотой, пальпаторная болезненность в правой подвздошной области и эпигастрии, лейкоцитоз. Немаловажным в клинической картине было и то, что в отличие от острого аппендицита, при остром мезентериальном лимфадените боль в животе в большинстве случаев начинается в нижней половине живота и лишь несколько позже концентрируется в правой подвздошной области [5]. Также характерными являлись симптомы Штернберга и Клина [5].

Необходимо отметить, что начало болезни хотя и характеризуется поли-

морфностью, но имеются отличительные признаки. В отличие от острого аппендицита, развитие острого мезентериального лимфаденита носит более продолжительный характер - до нескольких суток и клиническая картина не так ярко выражена, при этом зачастую отсутствуют местные перитонеальные знаки, часто присутствуют катаральные явления и герпетическая инфекция. Характерной особенностью также является сезонность заболеваемости. Наибольший пик обращаемости с клиникой острого мезентериального лимфаденита приходится на период начала учебного года у учащихся и студентов, в весенний период – на разгар заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Результаты лабораторной дооперационной диагностики не имели специфической чувствительности в выявлении острого мезентериального лимфаденита. Применение ультразвуковой диагностики органов брюшной полости в ряде случаев позволило выявить увеличение мезентериальных лимфатических узлов, однако информативность метода снижена ввиду отсутствия целенаправленной подготовки кишечника.

Таблица 2.

Критерии дифференциальной диагностики острого мезентериального лимфаденита		
Симптоматика	Острый мезентериальный лимфаденит	Острый аппендицит
Длительность заболевания	Точно больной не может определить, обычно более 2-3 суток	От нескольких часов до суток
Выраженность болевого синдрома	Нелокализованная боль, чаще всего в мезогастррии Характерен симптом Vilensky	Локализованная боль в правой подвздошной области Характерен симптом Кохера
Характер боли	Постоянный	Постоянный
Перитонеальные знаки	В большинстве случаев не определяются	В большинстве случаев определяются
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 $17-20 \times 10^{12}/л$	Прогрессирующий подъем лейкоцитов на уровне от 10 до $16 \times 10^{12}/л$
Наличие острой респираторной вирусной инфекции, ангины	Присутствуют, но не всегда	Отсутствуют

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 лимфатических узлов (рис. 2.). При подозрении на опухолевый и мета-

статический процесс в брюшной полости использование компьютерной томографии позволило уточнить диагноз и определиться с выбором метода оперативного вмешательства, а в 1 случае выявлено абсцедирование мезентериального лимфаденита (рис. 3.).

вышеназванных воспаленных отделов кишечника, выявляется серозно-гнойный выпот, в брыжейке тонкой кишки, илеоцекальном углу выявляются крупные (до 2,5-3,0 см) темно-вишневого цвета лимфатические узлы. Указанные изменения, иногда в сочетании с перфорацией язв, устанавливаются к концу 2-ой недели заболевания.

У больных с ВИЧ-инфекцией и СПИД-ом с синдромом «острого» живота, во время лапароскопии при обнаружении увеличенных лимфатических узлов необходимо выполнить биопсию лимфатического узла. Иногда поводом для данной манипуляции может быть не только лимфаденопатия, но и подозрения на другие заболевания (например, опухоли и др.) [18]. Следует подчеркнуть, что выявленный лимфатический узел размером более 8 мм должен анализироваться в обязательном порядке с точки зрения ракового метастаза, т.е. должна быть выполнена биопсия.

В последние годы в России отмечен заметный рост заболеваемости туберкулезом, в связи с этим случаи абдоминальной формы туберкулеза в клинической практике встречаются нередко. При лапароскопии могут выявляться увеличенные забрюшинные лимфатические узлы, но дополнительно при абдоминальном туберкулезе, как правило, обнаруживаются просовидные высыпания на париетальной и висцеральной брюшине, фиброзные наложения на петлях кишечника и на брюшине, инъекция органных сосудов, гиперемия и отечность желудка, желчного пузыря, кишечника, утолщение париетальной брюшины. В корне брыжейки тонкой кишки туберкулезные бугорки, увеличенные мезентериальные лимфатические узлы, участки казеоза. Рекомендуются биопсия щипцами с поверхности очага туберкулезного поражения после инструментальной пальпации внесосудистых разветвлений [2].

Выполнение иммуноферментного анализа выпота брюшной полости и сыворотки крови были информативными в диагностике вирусной инфекции. Результаты гистологического исследования лим-

фатических узлов при первичном и вторичном мезентериальном лимфадените не имеют отличительной картины и соответствуют острому воспалению. Но, ценность гистологического исследования может быть обоснована верификацией туберкулезного, онкологического и аутоиммунного процессов в брюшной полости.

В более чем в половине случаев иммуноферментный анализ выпота при остром мезентериальном лимфадените показал повышение титра Ig G в 2-3 раза на вирус простого герпеса и аденовируса, что коррелировало с повышением титра иммуноглобулинов в сыворотке крови. Данное исследование позволило предположить о возможности участия вируса простого герпеса в патогенезе острого мезентериального лимфаденита, что подтверждается наличием у ряда больных сопутствующей манифестирующей герпетической инфекции.

Патоморфологическое исследование 520 срезов мезентериальных лимфатических узлов показало, что при остром мезентериальном лимфадените определяется четко выраженная соединительнотканная капсула с трабекулами, выделяется корковое и мозговое вещество. В корковом веществе располагаются небольшого размера лимфатические узелки с реактивным центром (центром размножения). Мозговое вещество образовано мозговыми тяжами и синусами. Межузелковая зона, содержащие малые лимфоциты и макрофаги, имеет плотное строение. Плотность расположения клеток такая же, что и лимфатические узелки, однако они не сливаются, так как между ними имеется 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, указывающих на реакцию иммунокомпетентных клеток (выработка антител) на имеющийся инфекционный процесс. Таким образом, координированные взаимодействие различных клеток лимфатического узла друг с другом обеспечивает процессы воспаления и мобилизации гуморального и клеточного иммунитета, при остром мезентериальном лимфадените.

Цитологическое и гистологическое исследования позволили в 4 случаях подтвердить туберкулезное поражение брюшной полости, в 4 – ВИЧ-инфекцию, в 6 – болезнь Крона, в 4 – метастатическое поражение, в 5 – терминальный илеит, в 1 – неспецифический язвенный колит, в 1 – постспленэктомическую мезентериальную лимфаденопатию.

При выборе тактики лечения в хирургической клинике необходимо важно уточнить, является ли острый мезентериальный лимфаденит следствием острого хирургического заболевания органов брюшной полости (вторичный острый мезентериальный лимфаденит). В таких случаях лечение основного заболевания приводит к регрессу воспаления в лимфатических узлах. В случаях, когда увеличение мезентериальных лимфатических узлов является единственной патологической находкой органов брюшной полости (первичный острый мезентериальный лимфаденит) лечение не должно носить симптоматический характер, а оно должно быть приближено к этиопатогенетическому.

Как показывает клиническое исследование первичный острый мезентериальный лимфаденит существует и является причиной неблагополучия в брюшной полости, и в ряде случаев может привести к специфическим осложнениям и хирургическому вмешательству, поэтому в этиопатогенезе заболевания основная роль отводится к вирусной инфекции (аденовирус; возможно, вирус герпеса), также не исключается аутоиммунный процесс.

Протокол послеоперационного ведения больных, когда первичный мезентериальный лимфаденит был единственной причиной хирургического вмешательства

включал: общий режим, голод в течение 2-3 суток, инфузионную терапию, курс антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия (сочетание цефалоспоринов и аминогликозидов), продолжительностью не более 7 суток, противовирусные средства (зовиракс, ацикловир, арбидол) курсами по схеме до 2 месяцев, иммуностимуляторы, симптоматическое лечение. Данный стандарт можно считать более приближенным к этиопатогенетическому лечению, хотя некоторые позиции скорее всего носят превентивный характер, но это позволит провести профилактику возможных осложнений.

Таким образом, использование клинических, сонографических, рентгенологических и эндоскопических методов диагностики, цитологического и гистологического исследования биопсийного материала, иммуноферментного анализа крови и выпота брюшной полости, и соответственно, комплексного патогенетического лечения больных с острым первичным мезентериальным лимфаденитом позволит улучшить результаты лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями, существенно снизить удельный вес неоправданных лапаротомии и аппендэктомии.

Выводы

1. В дифференциальной диагностике ургентной хирургической патологии органов брюшной полости острый первичный мезентериальный лимфаденит в 18,4% случаев является причиной диагностической лапароскопии.

2. Диагностическая лапароскопия с биопсией лимфатического узла является наиболее объективным методом диагностики острого мезентериального лимфаденита, позволяет предотвратить необоснованную лапаротомию (аппендэктомию) и определяет адекватное этиопатогенетическое лечение.

3. Основным этиологическим фактором при остром первичном мезентериальном лимфадените является аденовирусная инфекция, при этом не исключается роль вируса простого герпеса, что обосновывает назначение курса противовирусных препаратов в комплексной терапии.

4. Больным с установленным диагнозом острый мезентериальный лимфаденит показано стационарное лечение в течение 5-7 суток с назначением антибиотиков, противовирусных, общеукрепляющих

и иммуностимулирующих препаратов, с последующим наблюдением у хирурга и гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бетанели А.М. Клинические аспекты острой хирургической болезни живота. – СПб.: ЗАО «ФарМАКлин», 2002. – 536 с.
2. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез. Руководство для врачей.- СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. – 568 с.
3. Джумабаев Э.С., Ахлиддинов О.А Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия //Хирургия. - №2.- 2004. – С. 69-72.
4. Жестков К.Г., Воскресенский О.В., Барский Б.В. Эндоскопическая хирургия наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваний // Эндоскопическая хирургия.- №2. - 2004.- С. 53-61.
5. Ковалев А.И., Цуканов Ю.Т. Школа неотложной хирургической практики. – М.: Медицинская книга, 2004. – 768с.
6. Левин Л.А., Пешехонов С.И. Видеолапароскопия при подозрений на острый аппендицит // Вестник хирургии. - №5.- 2005.- С. 84-87.
7. Левин Л.А., Пешехонов С.И. Результаты внедрения лапароскопической аппендэктомии // Вестник хирургии. - №2.- 2006. – С. 86-89.
8. Назаренко О. Р. Сравнительная ценность эхографии в оценке состояния органов брюшной полости у детей с острым лимфобластным лейкозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1997. - 24с.
9. Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Осложнения и исходы абдоминального туберкулеза // Анналы хирургии. - №4.- 2006.- С. 52-55.
10. Торгунаков А.П. Что делать при простом (катаральном) аппендиците? // Хирургия. - №7.- 2005.-С. 60-62.
11. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Звягинцев В.В., Гоголев А.А. Значения лапароскопии в диагностике острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. - №4.- 2004.-С. 45-48.
12. Andersson R.E., Olaison G., Tysk C., Ekbom A. Appendectomy and protection against ulcerative colitis // The New England Journal Of Medicine [N. Engl. J. Med.].- 2001. Mar. 15; Vol. 344 (11), pp. 808-14.
13. Andersson R.E., Olaison G., Tysk C., Ekbom A. Appendectomy is followed by increased risk of Crohn's disease // Gastroenterology [Gastroenterology].- 2003 Jan; Vol. 124 (1), pp. 40-6.
14. Ghazinoor S., Desser T., Jeffrey R.B. Increased through-transmission in abdominal tuberculous lymphadenitis // Journal Of Ultrasound In Medicine: Official Journal Of The American Institute Of Ultrasound In Medicine [J.Ultrasound Med.]. - 2004 Jun; Vol. 23 (6), pp. 837-41.
15. Karmazyn B., Werner E.A., Rejaie B., Applegate K.E. Mesenteric lymph nodes in children: what is normal? // Pediatric Radiology [Pediatr. Radiol.].- 2005 Aug; Vol. 35 (8), pp. 774-7.
16. Lee C.C., Su C.P., Chen S.Y., Chen S.C. Chen WJ Mesenteric adenitis caused by Salmonella enterica serovar Enteritidis // Journal Of The Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi [J. Formos. Med. Assoc.].- 2004 Jun; Vol. 103 (6), pp. 463-6.
17. Macari M., Hines J., Balthazar E., Megibow A. Mesenteric adenitis: CT diagnosis of primary versus secondary causes, incidence, and clinical significance in pediatric and adult patients // AJR. American Journal Of Roentgenology [AJR. Am. J. Roentgenol.]. - 2002 Apr; Vol. 178 (4), pp. 853-8.
18. Sim A. J. W. / Theor. Surg. 1987, Vol. 2. – P. 44-48.