

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.346.2-002.3/4-06:616.149-002.07-089

В.Т.Ипатенко, Б.В.Келейников, Г.А.Павелкин

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПИЛЕФЛЕБИТОМ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А.П.Власов) Мордовского университета им. Н.П.Огарева

Ключевые слова: аппендицит, пилефлебит.

Гнойное воспаление воротной вены — редко встречающееся осложнение деструктивных форм острого аппендицита. Гнойный пилефлебит, несмотря на интенсивную комплексную терапию, в большинстве случаев приводит к летальному исходу [1]. Представляем клиническое наблюдение больной с острым деструктивным аппендицитом, осложненным пилефлебитом, с благоприятным исходом.

Больная М., 30 лет, проживающая в сельской местности, 08.10.2006 г. доставлена в ЦРБ через 2 нед от начала появления болей в животе. Отмечала повышение температуры тела до 39–40 °С, дома принимала таблетированные жаропонижающие препараты, антибиотики. За медицинской помощью не обращалась. 2 мес назад были роды доношенным плодом. Роды и послеродовый период протекали без особенностей. Состояние больной тяжелое, желтушность кожных покровов, склер. Пульс — 104 уд/мин. Увеличение живота за счет увеличенной до уровня пупка печени. При перкуссии в животе определяется свободная жидкость. Анализ крови: Нб — 95 г/л, СОЭ — 62 мм/ч, лейкоциты — $19,2 \times 10^9$ /л. УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, спленомегалия, объемное образование в правой доле печени, признаки реактивного панкреатита, асцит. Поставлен диагноз: острый гнойный холангит, формирующийся абсцесс печени, пилефлебит, асцит. Лечение: инфузионная терапия в объеме 3 л, 3 антибактериальных препарата в максимальной терапевтической дозировке (цефтриаксон-АКОС — 2,0 в/в и 2,0 в/м, абактал — 2,0 в/в 3 раза, диоксидин — 20,0 в/в 2 раза). Через три дня самочувствие несколько улучшилось. Боли в правом подреберье значительно уменьшились. Температура тела снизилась до субфебрильных цифр. Уменьшение количества лейкоцитов в крови до 12×10^9 /л с увеличением (до 13%) содержания палочкоядерных форм. Содержание Нб до 70 г/л. При пункции заднего свода влагалища получено 2,5 л прозрачной серозной жидкости, через сутки — вновь 2,5 л жидкости.

Консультация по линии «Медицина катастроф» (хирург, гинеколог, инфекционист). Высказано мнение о холангите, формирующемся абсцессе печени. Больная направлена в гнойное хирургическое отделение ГУЗ «Мордовская республиканская клиническая больница» (11.10.2006 г.), где в течение 4 дней проведено дообследование, продолжена консервативная терапия. При УЗИ органов брюшной полости: в воротной вене выявлен тромб, заполняющий просвет вены, заканчивающийся в верхней брыжеечной вене. Структура паренхимы печени неоднородная. В правой доле органа диагностировано образование пониженной эхогенности 86×50 мм. Диагноз: пилефлебит, абсцесс печени, асцит.

Больной произведена операция (16.10.2006 г.). Оперативный доступ — верхнесрединная лапаротомия.

Интраоперационно: в брюшной полости около 1 л серозной жидкости. Печень уплотнена, увеличена, селезенка увеличена — нижним полюсом прилежит к краю реберной дуги. В левой доле печени множественные плотные образования диаметром не более 2 см с плотной оболочкой (абсцессы). Абсцессы вскрыты кончиком скальпеля, глубоко расположенные — пунктированы толстой иглой. В VIII сегменте правой доли печени образование 10×5 см, при пункции получен густой гной, содержимое удалено путем электроотсоса, полость дренирована трехпросветной силиконовой трубкой. В правой подвздошной области обнаружено образование воспалительного характера, при разделении его элементов обнаружен червеобразный отросток длиной 6 см, диаметром 2,5 см с абсцессом у основания брыжейки органа, количеством гноя — 1 мл. Произведена типичная аппендэктомия. Воспалительная инфильтрация тканей прослеживалась по ходу подвздошно-ободочной и верхнебрыжеечной вен, гепатодуоденальной связки. В круглой связке печени найдена пупочная вена, ее просвет разбухивался, после чего из нее стал выделяться серого цвета гной. В просвет вены введен подключичный катетер диаметром 1,2 мм, через который начато введение 0,5% раствора диоксида. После препаровки элементов гепатодуоденальной связки найдена воротная вена с плотной стенкой и воспалительно измененной перивазальной клетчаткой. Произведен разрез передней стенки вены в поперечном направлении. Просвет ее заполнен тромбом средней плотности, с жидким гноем. Тромб удален, ретроградный кровоток восстановлен. Затем частично удалены тромбы в направлении верхнебрыжеечной и селезеночной вен: кровоток не восстановился. Стенка вены в области разреза ушита проленом (5/0) на атравматичной игле. Операция закончена дренированием абсцесса правой доли печени, подпеченочного пространства и правой подвздошной области силиконовыми трубками. При бактериологическом исследовании содержимого абсцесса печени выделена грамположительная кишечная палочка, кровь оказалась стерильной.

В послеоперационном периоде состояние больной постепенно улучшалось. В 1-е сутки после операции температура тела нормализовалась. На фоне интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии ликвидирована анемия, содержание лейкоцитов пришло к норме, отмечено восстановление лейкоцитарной формулы. К 10-м суткам послеоперационного периода дренажные трубки из полости абсцесса и брюшной полости удалены. При контрольном УЗИ отмечено увеличение печени в переднезаднем размере на 3 см. Селезенка размером 185×66 мм, селезеночная вена в диаметре 8–12 мм. В удовлетворительном состоянии 10.11.2006 г. больная выписана из клиники под наблюдением хирурга поликлиники.

Осмотр через 1 год после операции. Больная здорова, трудоспособность восстановлена.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Власов А.П., Сараев В.В. Аппендицит.—Саранск: Изд-во Мордовск. ун-та, 2005.—304 с.

Поступила в редакцию 04.07.2008 г.