

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© МАСЛОВ С.В., СУХОРУКОВ А.М., МУДРОВА Л.А., САМОРОДСКИЙ В.Н.

УДК 616.346.2 – 002 – 02:616.366 – 089.87

СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

С.В. Маслов, А.М. Сухоруков, Л.А. Мудрова, В.Н. Самородский
Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра хирургии ИПО, зав. – д.м.н., проф. А.М. Сухоруков; кафедра СД, зав. – к.м.н., доц. Т.Р. Камаева; Сибирский клинический центр ФМБА России, Красноярск, директор – Б. В. Баранкин.

Резюме. Приведённый клинический случай представляет собой интерес в связи с особенностью течения послеоперационного периода у больной после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), дренирования брюшной полости и возникновением острого аппендицита на пятые сутки. Обсуждаются трудности диагностики послеоперационных осложнений, а также сложность коррекции инфузионной терапии и антибиотикотерапии на фоне развившегося лекарственного гепатита.

Ключевые слова: послеоперационный период, осложнения, лечение.

Маслов Сергей Владимирович – заведующий хирургическим отделением ФРУЗСКЦ ФМБА России; тел. 8(391)2620256.

Сухоруков Александр Михайлович – д.м.н., проф. зав. каф. хирургии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391) 2620256.

Мудрова Лариса Александровна – к.м.н., доц. каф. сестринского дела
КрасГМУ; тел 8(391)2620256.

Из всех частей организма человека, брюшная полость своей патологией определяет большую часть всех трудно диагностируемых заболеваний. В виду большого количества различных заболеваний органов брюшной полости, проявления их бывают самыми разнообразными от широких классических клинических симптомов до стёртых, не выраженных ясно клинических проявлений, чем создаются большие затруднения для врачей в диагностике даже хорошо изученных и распространённых заболеваний [4]. Поэтому, даже после технически правильно выполненной операции, могут наблюдаться самые неожиданные изменения организма в послеоперационном периоде.

В Сибирском клиническом центре (СКЦ) ФМБА России города Красноярска операции лапароскопической холецистэктомии применяются с 2003 года и они определили явное преимущество в сравнении с лапаротомической холецистэктомией, как по количеству выполнимых вмешательств, так и по качеству жизни оперированных больных.

По данным ВОЗ, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают 10% населения мира, причём наблюдается тенденция к увеличению этого показателя каждое десятилетие примерно в 2 раза, поэтому своевременное оперативное лечение предупреждает развитие осложнённых форм желчнокаменной болезни [1,2]. Наиболее часто ЖКБ сочетается с поражением поджелудочной железы или холелитиазом [3], но сочетание с острым аппендицитом в раннем послеоперационном периоде, по данным доступной нам литературы, мы не выявили, что и способствовало описанию нашего наблюдения.

Приводимый клинический случай демонстрирует возможную диагностику и тактику ведения больных в послеоперационном периоде с таким редким

сочетанием заболеваний, которое требует постоянно корригируемой инфузионной терапии [5].

Пациентка К., 39 лет, поступила в хирургическое отделение СКЦ ФМБА 05.10.2009 года на плановое оперативное лечение с диагнозом: ЖКБ, хронический калькулёзный холецистит. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь II ст., риск 3ст., компенсация; ожирение 3 степени. Рост – 178см., вес – 145кг., индекс массы тела (ИМТ) – 47. Оперирована в плановом порядке 07.10.2009 г., произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), дренирование брюшной полости. Микроскопическое исследование препарата желчного пузыря выявило утолщение его стенок, размеры 7,5х 2,5см., в просвете густая темная желчь с множеством мелких конкрементов диаметром до 5 мм.

В течение первых суток после оперативного вмешательства больная находилась в реанимационном отделении и после стабилизации показателей основных функций организма 08.10.2009. была переведена в хирургическое отделение СКЦ, где продолжалась интенсивная терапия с антибактериальной терапией (цефтриаксон) и обезболиванием. Состояние больной было средней тяжести, в сознании, кожные покровы обычной окраски, тёплые при пальпации, раневая боль уменьшилась и почти не беспокоила больную, диурез до 1300 мл/сутки, температура тела днём сохранялась нормальной (36,6⁰С), вечером – 37⁰С частота дыханий – 17 в 1 минуту, пульс 78 уд/мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в области швов и дренажа, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный во всех областях живота.

При проведении перевязки: повязки сухие, швы без признаков воспаления, по дренажу за сутки до 1 мл. серозно - геморрагического отделяемого. Дренаж из раневой полости был удалён и после обработки швов наложена асептическая повязка. Для контроля за изменениями в организме, больной был сделан клинический анализ крови с определением лейкоформулы, исследовано содержание билирубина, мочевины, сахара, амилазы в сыворотке

крови и общий анализ мочи – патологических изменений в анализах не выявлено. Однако с 10.10.2009 г. состояние больной стало ухудшаться, повысилась температура до 38,4⁰С, с ознобом, появилась боль в правой подвздошной области, а с 11.10.2009 стала отмечаться сухость во рту, задержка стула и газов. Из анамнеза установлено, что в 2008г. больной была произведена литотрипсия по поводу камня левого мочеточника, поэтому было проведено УЗИ – исследование на наличие признаков мочекаменной болезни и присутствие свободной жидкости в брюшной полости из-за воспалительного процесса: патологии не обнаружено. На фоне инфузионной терапии боли в животе несколько уменьшились, но к вечеру 12.10.09г., больная пожаловалась на усиление боли в брюшной полости, больше в правой подвздошной области и области пупка. Температура тела повысилась до 38⁰С, появилось напряжение мышц в правой половине живота, там же стали определяться симптомы раздражения брюшины, в связи с чем, было решено выполнить диагностическую лапароскопию. При ревизии параумбиликальной раны после ЛХЭ был получен колибациллярный запах, поэтому была выполнена экстренная операция: лапаротомия в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Микроскопическое исследование препарата показало картину гангренозного аппендицита.

После второй операции был выставлен диагноз: острый гангренозный аппендицит, местный перитонит. Сопутствующий диагноз: склерокистоз яичников.

После хирургического лечения больная находилась в реанимационном отделении в течение 7 суток, где получала инфузионную, антибактериальную (метрогил, амикацин, цефтриаксон) и дезинтоксикационную терапию. Инфузионная терапия проводилась с учётом тяжести состояния больной и корректировалась как по объёму инфузии, так и качественному составу инфузионных средств. Температура тела нормализовалась на 4–е сутки, а на 5–е сутки был удалён кишечный зонд, так как, восстановилась перистальтика

кишечника и было начато энтеральное питание. При этом, с 17.10.09 г. у больной стала вновь повышаться температура тела по вечерам до 37,5 °С – 38°С. Была произведена замена антибиотика, назначен меронем. В гемограмме от 18.10.09г.: лейкоциты – 5,8 x10⁹/л; нейтрофилы – 7%; СОЭ – 52 мм/час. Состояние больной расценивалось как ближе к средней тяжести и 19.10.09г. больная была переведена из реанимационного отделения в общехирургическое. В тот момент её беспокоила умеренная раневая боль и боль в местах стояния дренажей. Тошнота и рвота отсутствовали, газы отходили хорошо. Кожные покровы розовые, теплые. ЧД –15 в 1 минуту, пульс – 73 уд/минуту, АД –120/80 мм рт. ст. Мочеиспускание не учащено, моча светло-жёлтая, диурез – 1400мл/сутки. Утром был кашицеобразный стул обычного цвета без патологических примесей. Температура тела утром 36,6 °С, в 13ч. – 37,4 °С, в 17ч. – 38,2 °С. При микробиологическом исследовании отделяемого из брюшной полости выделена кишечная палочка чувствительная к ципрофлоксацину. Больной продолжена антибактериальная терапия с учетом бактериальной чувствительности: назначен ципрофлоксацин по согласованию с клиническим фармакологом.

Начиная с 19.10.09г. по 23.01.09г. больную беспокоили ознобы, отмечался подъем температуры тела по вечерам до 38°С, снижалась после инъекции кетонала (2 мл) до 37°С. В гемограмме от 19.10.09 г. и 20.10.09 г. не наблюдалось лейкоцитоза и палочкоядерного сдвига влево, токсической зернистости, нейтрофилов. При этом сохранялось высокая СОЭ (60мм./час), резко увеличилась активность трансаминаз (АЛТ-481мкмоль/л; АСТ-393мкмоль/л), повысилось содержание общего билирубина – 49,7 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 216 МЕ\мл, фибриногена – 2640мг/л, ПТИ – 86%, ПТВ – 17,9 сек. Тревожное и неопределённое состояние больной требовало проведения врачебного консилиума. Консилиум был проведён 20.10.09г. и вынес заключение о возможных осложнениях послеоперационного периода в виде формирования межкишечного абсцесса или тазового абсцесса с реакцией

печени в виде токсического или лекарственного гепатита, с развитием острой печёночной недостаточности, средней степени тяжести.

Для исключения предполагаемых осложнений проведено УЗИ брюшной полости 20.10.09г. – жидкости в брюшной полости не выявлено. УЗИ органов малого таза 22.10.09г. показало незначительное скопление жидкости в малом тазу. Больная осмотрена гинекологом – диагноз: опущение задней стенки влагалища. Для исключения тазового абсцесса была произведена пункция заднего свода влагалища, получен 1мл. серозной жидкости, данных за предполагаемую патологию не выявлено. Показаний к релапаротомии нет. КТ и МРТ брюшной полости не проведены по техническим причинам (вес больной 145кг.) Для исключения абдоминального сепсиса – проведено исследование крови на гемокультуру и посев мочи, получены отрицательные результаты. Больной продолжается инфузия водно–электролитных растворов, вводятся спазмолитики, ферменты, сульперозон, альбумин. 23.10.09г. появилась эктеричность склер и кожи, а 26.10. 09г. желтушность кожных покровов усилилась.

Больная осмотрена гастроэнтерологом с целью дифференциального диагноза между токсическим и лекарственным гепатитом. Гепатиты инфекционной этиологии были исключены молекулярно-биологическими и серологическими методами исследования. От РХПГ– решено отказаться ввиду отсутствия признаков механической желтухи. Диагноз лекарственного гепатита гастроэнтерологом подтверждён. Рекомендовано к лечению добавить: гепатопротекторы (гептрал, урсосан) и гормонотерапию. Температура тела нормализовалась 28.10.09г., состояние больной остаётся средней степени тяжести, продолжается интенсивная терапия лекарственного гепатита. Антибактериальная терапия ввиду трудности исключения внутрибрюшных осложнений (после гангренозного аппендицита и местного перитонита) продолжалась до 29. 10.09г. Больная была выписана 25.11.09г. (61-е сутки после поступления), клинических проявлений лекарственного гепатита не наблюдалось. Контрольный осмотр был проведен через месяц

после выписки из стационара. Самочувствие больной хорошее, состояние удовлетворительное, послеоперационные швы зажили первичным натяжением.

Представленная выписка из истории болезни наблюдаемой пациентки свидетельствует о том, что после второй операции лапаротомии, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости у пациентки возникло осложнение – лекарственный гепатит, острая печёночная недостаточность в связи с чем, ежедневно проводилась оценка степени тяжести состояния больной по клиническим проявлениям и лабораторным показателям. Это позволило выработать правильную стратегию и тактику последующего лечения больной.

Таким образом, наше наблюдение представляет интерес как возможный вариант редкого сочетания хирургических заболеваний органов брюшной полости и успешного их лечения при использовании комплексного подхода: активная хирургическая тактика, интенсивная терапия с использованием современных эффективных методов, препаратов патогенетической терапии и нутриционной поддержки.

ACUTE APPENDICITIS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIA

S.V. Maslov, A.M. Sukhorukov, L.A. Mudrova, V.N. Samorodsky
Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

Abstract. The clinical case presented in the paper is very interesting because of post operative period in patient after laparoscopic cholecystectomy (LCE). Abdomen cavity was drained and the acute appendicitis was developed on day 5. Post operative difficulties of complications' diagnostics, complexity of infuse therapy and antibiotic therapy corrections during developing drug hepatitis were discussed.

Key words: post operative period, complication, treatment.

Литература

1. Гельфенд М.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // РМЖ. – 1999. – №6. – С.11-14.
2. Гуца А.Л., Кузнецов Ю.Н. Способ лапароскопической катетеризации пузырного протока // Вестн. хирургии. –2002. – Т. 161, №3. – С.73-74.
3. Лазаренко Л., Коваленко А. Современный подход к терапии смешанных инфекций // Врач. – 2007. – №8. – С. 25–29.
4. Пуэнеску-Подяну А. Трудные больные. – Бухарест, 1974. – С.321
5. Парк Г., Роу П. Инфузионная терапия / Пер. с англ. – М.: Бином Прессе П, 2005. – С.136.