

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ

*Фомин А.В.,¹ Становенко В.В.,¹ Подолинский С.Г.,
Зельдин Э.Я.,¹ Балейко В.И.²*

¹УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск

²УЗ Больница скорой медицинской помощи, г. Витебск

Введение. Соблюдение утверждённых клинических протоколов диагностики острого аппендицита устанавливают общие требования к объёму диагностических мероприятий и оказанию помощи пациентам, что позволило сохранить много жизней. Это ещё более важно у лиц пожилого возраста, когда симптомы менее выражены и неоднозначно трактуются, при сопутствующих заболеваниях, порой маскирующих клинические проявления острого аппендицита.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов острым аппендицитом в сложных для диагностики случаях путём расширения спектра диагностических мероприятий.

Материалы и методы. Анализ клинических данных проводили по интегральным шкалам. Шкала Альварато включает суммарный показатель признаков: мигрирующая боль в правую подвздошную область (симптом Кохера) – 1 балл, потеря аппетита – 1 балл, тошнота/рвота – 1 балл, болезненность в правой подвздошной области – 2 балла, симптом Щеткина-Блюмберга – 1 балл. Подъем температуры > 37.3 – 1 балл, лейкоцитоз > 10x10⁹/л – 2 балла, Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов > 75%) – 1 балл. Оценка результата по шкале Альварато: сумма 0-4 - низкая вероятность острого аппендицита, сумма 5-6 - промежуточная вероятность аппендицита сумма 7-8 - средняя вероятность аппендицита сумма 9-10 - высокая вероятность аппендицита.

УЗИ выполняли на аппарате LOGIQ F8. УЗИ может подтвердить, но не позволяет достоверно исключить острый аппендицит (ОА) чувствительность -71-94%, специфичность – 81-98% . КТ выполняли на аппарате «Light Speed Pro 32» в сложных для диагностики случаях у пациентов с промежуточным риском по шкалам и у пожилых пациентов (чувствительность 76-100%, специфичность 81-98%).

Непосредственными УЗИ признаками острого аппендицита считали увеличение диаметра аппендикса до 8-10 мм и более (в норме 4-6 мм), утолщение стенок до 4-6 мм и более (в норме 2 мм), что в поперечном сечении дает характерный симптом «мишени», его ригидность, а также наличие выпота в области отростка. По данным КТ исследования прямыми признаками острого аппендицита считали увеличение и патологическое утолщение аппендикса (диаметр более 6мм, стенка более 2мм, патологическое контрастирование аппендикса при болюсном контрастном усилении,

тяжистость в забрюшинном пространстве. Косвенные признаки — мезентериальная лимфаденопатия, каловый камень в аппендиксе.

Результаты и обсуждение. Согласно клинических рекомендаций в сложных для постановки диагноза случаях пациентам выполнялся повторно УЗ исследование с осмотром на аппарате экспертного класса. При невозможности на основании полученных данных провести дифференциальный диагноз острого аппендицита с энтеритом, болезнью Крона, другими заболеваниями, требующими консервативной терапии и у пациентов после нарушения мозгового кровообращения с нарушением контакта, при невозможности исключить нарушение кровообращения в кишечнике. При затруднении постановки диагноза и выбора тактики лечение выполнялась лапароскопия.

Трудную для диагностики группу пациентов составляли лица с анамнезом три дня и более. Отсутствие возможности анализа и результатов осмотра в начале заболевания на первое место выводят симптомы интоксикации. У пациентов высокая, возможно гектическая температура, Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Отсутствие симптомов раздражения брюшины при забрюшинной локализации отростка. Возможна флегмона забрюшинного пространства при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Три с половиной месяца сохраняющийся инфильтрат в правой подвздошной области с учетом клиники и УЗИ позволил установить диагноз аппендикулярный инфильтрат. Присутствие сосудистого компонента в проекции инфильтрата потребовало КТ для уточнения диагноза. Предварительный диагноз – абсцедирование. Для уточнения диагноза доступом по Пирогову вышли на инфильтрат. Гноя не выявлено. Участок ткани из инфильтрата для гистологического исследования позволил установить диагноз «Лимфома». Пациент переведен в специализированное учреждение, где продолжено лечение.

Аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс, расположенный по данным клинического обследования ближе к белой линии живота, после КТ позволил определить оптимальный доступ - нижняя срединная лапаротомия. Объем вмешательства вскрытие абсцесса, аппендэктомия.

Выраженный болевой синдром у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе позволил по данным КТ исключить диагноз расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты. Поставлен диагноз острый деструктивный аппендицит. Выполнена аппендэктомия с благоприятным течением послеоперационного периода.

Применение КТ позволило в двух случаях исключить аппендикулярный инфильтрат, когда другие методы диагностики оказались неэффективны.

Выводы. Аппендицит остаётся «хамелеоном» рюшной полости. В целом ряде случаев ни один из методов лабораторной и инструментальной диагностики не может быть исчерпывающим в постановке диагноза острого

аппендицита. В диагностике целесообразно применять комплексный подход и оценивать клиническую картину в целом. В сложных для диагностики случаях, показано последовательное использование для диагностики дополнительных методов исследования - УЗИ на аппарате экспертного класса, лапароскопию и компьютерную томографию, что может позволить эффективнее решить вопросы диагностики деструктивного аппендицита в сложных случаях.