

**ОСТЪР АПЕНДИЦИТ С ДАВНОСТ ШЕСТ МЕСЕЦА, С ПЕРФОРАЦИЯ В
ЛУМБАЛНАТА ОБЛАСТ НА КОРЕМНАТА СТЕНА И СЕПСИС - КЛИНИЧЕН
СЛУЧАЙ**

Петко Димов

Клиника по Обща и Онкологична Хирургия - УМБАЛ Бургасмед, Бургас,
БДУ "Проф. д-р Асен Златаров" - гр. Бургас;
e-mail: dimovp@gmail.com

Резюме: *Представяме случай на пациент, който постъпва в клиниката с анамнестични и образно-диагностични данни за гноен процес, обхващащ десния латерален канал и коремната стена и септично състояние. Извършена бе лапароскопия, при която се установи абсцес на коремната стена на базата на остър апендицит с давност около шест месеца. Прецени се за безопасно и ефикасно операцията да продължи лапароскопски. Извърши се апендектомия, евакуация на гнойната колекция, обилен лаваж и дренаж. Следоперативния период протече гладко и пациента бе изписан на пети следоперативен ден в добро общо състояние. Извършени бяха два контролни прегледа в рамките на първия месец, при които не бяха установени следоперативни усложнения трудоспособността на пациента бе напълно възстановена.*

Ключови думи: остър апендицит, лапароскопия, усложнение, сепсис, абсцес.

**ACUTE APPENDICITIS OF SIX MONTHS' DURATION, WITH PERFORATION
INTO THE LUMBAR REGION OF THE ABDOMINAL WALL AND SEPSIS – A
CLINICAL CASE**

Petko Dimov

Clinic of General and Oncological Surgery – UMHAT Burgasmed, Burgas
Burgas State University "Prof. Dr. Asen Zlatarov", Burgas
e-mail: dimovp@gmail.com

Abstract: *We present a case of a patient admitted to the clinic with anamnestic and imaging data indicating a purulent process involving the right paracolic gutter and the abdominal wall, accompanied by a septic condition. Laparoscopy was performed, during which an abdominal wall abscess was identified, resulting from acute appendicitis with a duration of approximately six months. It was considered safe and effective for the operation to continue laparoscopically. Appendectomy, evacuation of the purulent collection, extensive lavage, and drainage were performed. The postoperative period was uneventful, and the patient was discharged on the fifth postoperative day in good general condition. Two follow-up examinations were carried out within the first month, during which no postoperative complications were detected, and the patient's working capacity was fully restored.*

Keywords: acute appendicitis, laparoscopy, complication, sepsis, abscess.

Въведение

Касае се за мъж на 46г, постъпващ в клиниката с оплаквания от болки в илеоцекалната област и субфебрилна температура, започнали преди около шест месеца. Потърсил лекарска помощ, при което е била поставена диагноза "бронхит" и назначено лечение с

антибиотици. Симптомите се повлияли частично, но не стихнали напълно. Последвали многократни посещения при лекар, при които била назначавана нова и нова антибиотична терапия, като в последната седмица температурата стигнала до 40°C, болките в дясната част на корема се засилили, появила се подутина в същата област, появили се смущения във флатуленцията и дефекацията. Придружаващи заболявания - Диабет тип 2. Статус:Корем – малко над нивото на гръдния кош, , палапторно мек, умерено дифузно болезнен с пунктум максимум в илеоцекалната област, където се палпира овална болезнена формация, но без убедителни данни за перитонеално дразнене.. Мудна перисталтика, на моменти звънлива, пулс 94/мин, АН 130/80, ДЧ 18/мин, везикуларно дишане без хрипове двустранно.

Предоперативна диагностика:

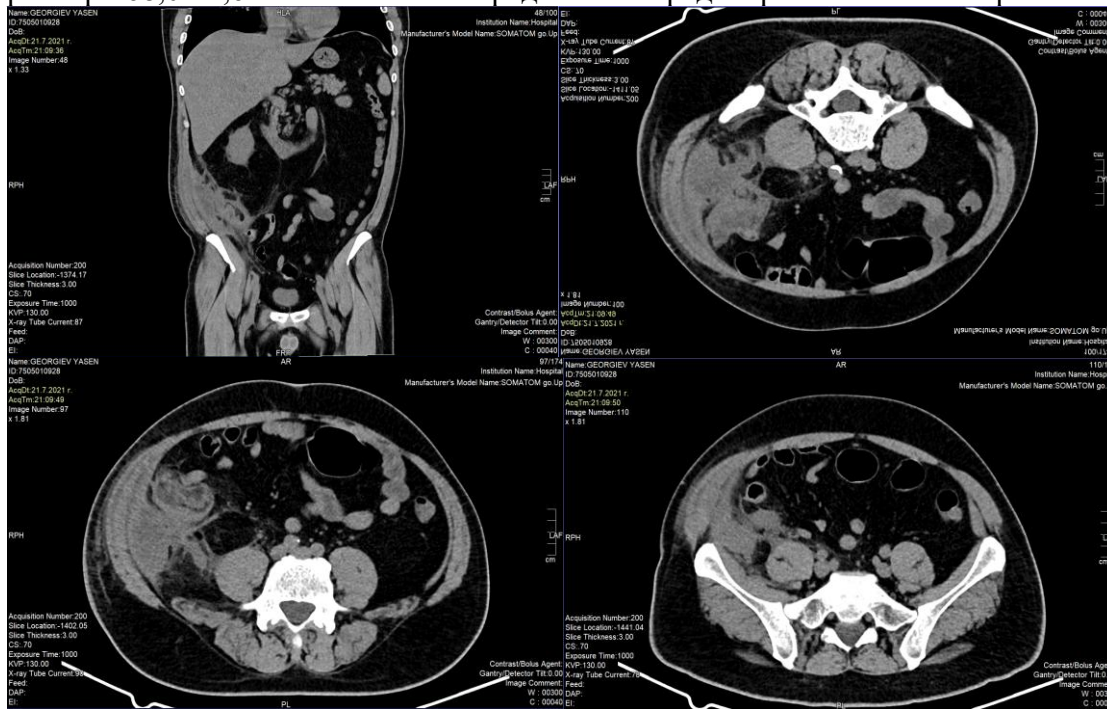
Кръвни изследвания: Hb 101, Hct 0.30, Eг 3,47Leuc 15.3, Thr 601, Neu 12,4 (80.9%) Fibrinogen 3,32, CRP 105,55 GGT 235 AP 156

Урина: Кетотела 2+ Глюкоза neg

Рентгенография на корем в право положение: данни за единични ХАС от тънчочревен произход паравертебрално двустранно при умерено изразена аероколия. Находката корелира с парциална тънчочревна непроходимост.

КТ на абдомен нативно: Несигнификантно количество СПТ в малък таз. Апендикс вермиформис – сигнификантно увеличен напречен размер 3,87 см, задебелени стени 1,14 см, изпълнен със съдържимо. В десен латерален канал се установява локулирана течна колекция с размери 10,83/3,69 см в коронарна равнина. Умерено изразен страндинг на парацекалната мастна тъкан и изразен страндинг на параапендикулярната мастна тъкан. Проминиращи, но несигнификантно увеличени мезентериални ЛВ, прилежащи на мезото на десен хемиколон. Няма данни за свободен газ в коремната кухина. Находката притежава високо suspectните характеристики на Appendicitis acuta, усложнен с периапендикуларен абсцес.

УЗ –В илеоцекалната област се установява окръглена локулирана течна колекция с размери 68,0/42,6 мм. На Фиг. 1 е представена предоперативна КТ на корем.



Фиг. 1. Предоперативна КТ на корем

Подготовка:

Консултации с кардиолог и анестезиолог – ASA II, няма противопоказания за оперативно лечение.

Оперативен протокол:

При лапароскопията се установи дифузен перитонит на базата на гангренозно променен апендикс и фибринозно-гноен ексудат в коремната кухина с периапендикуларен абсцес, обхванал коремната стена до дясна ребрена дъга и цекума с перфорация на последния. Прецени се че необходимата оперативна интервенция може да се извърши напълно безопасно и ефективно по лапароскопски метод. Поставиха се два работни троакара 5мм. Извърши се апендектомия, като се наложиха три полимерни клипса в основата на апендикса, след което същият се прекъсна. В областта на мезоапендикса се поставиха 3 клипса, след което се прекъсна. Наложиха се сутура на цекума. Извърши се ревизия на тънкото черво, при което не се установи патология. Обилен лаваж на перитонеалната кухина. Постави се дренаж в малкия таз и един в десния латерален канал в абсцесната кухина на коремната стена.

Постоперативния период протече гладко. Кръвнотехарен профил: 3,79-8,39ммол/л. Терапия: Уназин, Метронидазол, Хелицид, Рингер, Ауксилен, Но-шпа, Фраксипарин. За профилактика на гъбична инфекция бе приложен венозно Дифлазон, и перорално пробиотично лечение.

Пациента бе раздвижен на първи следоперативен ден (СОД), захранен на втори СОД и изписан на пети СОД с първично зарастващи рани на троакарните отвори, свалени дренажи и физиологична перисталтика.

На Фиг. 2 е представен контролна КТ при изписването.



Фиг. 2. Контролна КТ при изписването

Обсъждане

Острият апендицит е голямата болест на корема. Тези думи на Шарл Клавел, изречени преди повече от 100 години, все още са актуални. Няма хирург, който да не се е сблъскавал с многоликата клинична картина и разнообразието на усложненията, предизвикани от този малък по обем кореман орган [1]. Периапендикуларният абсцес е все по-рядко наблюдаващо се усложнение на острия апендицит. Непознаването на клиничната му картина, съчетана с различните форми на атипично разположение на апендикса (което в

някои серии достига до 45% от случаите) води до negliжиране на тази патология от страна на лекарите, посрещащи болния за пръв път. Придружаващите заболявания, които модифицират имунния отговор – диабет, онкологични страдания, пациенти на имunosупресираща терапия по повод автоимунни заболявания с различен характер, допълнително затрудняват поставянето на правилната диагноза [2]. Често болните получават лечение с антибиотици, които могат временно да потиснат възпалителния процес, но най-често се стига до усложнения – перитонит, перфорации на коремни органи, ретроперитонеален флегмон, ангажиране на структурите на предна коремна стена и сепсис с потенциално фатален край [3]. В това отношение достъпът до съвременна и качествена образна диагностика, и своевременно хирургично лечение все още не е на необходимото ниво. Авторите считат, че е необходимо повишаване на вниманието при диагностиката на тези състояния [4]. Настоящият случай е още една илюстрация на това.

Заклучение

Оперативното лечение при острия апендицит може да се проведе по лапароскопски метод не само при неусложнените, но и при някои усложнени форми на заболяването. Лапароскопията е подходяща при всички категории пациенти, изключая бременни жени в третия триместър [5]. Лапароскопската апендектомия води до по-малка постоперативна болка, по-бързо възстановяване, по-кратък болничен престой и по-редки както ранни, така и късни следоперативни усложнения [6]. Индикациите за лапароскопска операция включват опитен, подготвен екип, наличие на необходимата апаратура и условия, при които операцията може да се извърши напълно ефикасно и безопасно за пациента. Контраиндикациите биват obligатни и относителни, като стават все по-малко с времето и с натрупания хирургичен опит.

Библиография

1. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240(2):205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae. PMID: 15273542.
2. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intraabdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50(2):133–164. doi:10.1086/649554. PMID: 20034345.
3. Andersson M, Andersson RE. The Appendicitis Inflammatory Response score: a tool for the diagnosis of acute appendicitis that outperforms the Alvarado score. *World J Surg.* 2008;32(8):1843–1849. doi:10.1007/s00268-008-9649-y. PMID: 18553045.
4. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986;15(5):557–564. doi:10.1016/S0196-0644(86)80993-3. PMID: 3963537.
5. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EAM, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;11(11):CD001546. doi:10.1002/14651858.CD001546.pub4. PMID: 30484855.
6. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, et al. The Surgical Infection Society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection. *Surg Infect (Larchmt).* 2017;18(1):1–76. doi:10.1089/sur.2016.261. PMID: 28085573.