МИОТРОПНЫЙ СПАЗМОЛИТИК В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

© Шалыгин Владимир Александрович, Полковникова Светлана Александровна, Варламов Константин Геннадьевич, Горленко Людмила Васильевна

Сибирский государственный медицинский университет. 634050, Томск. Московский тракт, д. 2
E-mail: shalygin_v@mail.ru

Ключевые слова: недеструктивный аппендицит; дети; спазмолитик в консервативном лечении.

ВВЕДЕНИЕ

За последние 3–5 лет появились работы, предлагающие изменить взгляды на лечение острого аппендицита без хирургического вмешательства. В 2013 году хирургами США был предложен протокол консервативного лечения острого аппендицита детей в возрасте от 7 до 18 лет с подтвержденным визуализирующими методами диагностики, а в России — Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей». Однако российские детские хирурги дискутируют по поводу катарального аппендицита как самостоятельной нозологической единицы или первой стадии деструктивного аппендицита. Использование антибиотикотерапии в лечении острого аппендицита считают весьма сомнительным, т.к. в генезе деструктивных форм первостепенную роль играют нарушение кровообращения отростка, а не инфекция. Ни в протоколе, разработанном в США, ни в Федеральных клинических рекомендациях России не предлагают использовать препараты для коррекции нарушений микроциркуляции червеобразного отростка.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность применения миотропного спазмолитика — дротаверина — в консервативном лечении недеструктивных форм острого аппендицита у детей, подтвержденного визуализирующими показателями УЗИ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ клинической картины и данных УЗИ аппендикулярного отростка у 102 пациентов в возрасте 1–17 лет с давностью заболевания 4–12 часов на момент госпитализации с диагнозом острый аппендицит за период 2016–2017 гг. Детально изучали область наибольшей болезненности, так называемую «зона интереса». При катарально измененном аппендиксе ультразвуковыми изменениями являлись следующие: диаметр аппендикулярного отростка по данным УЗИ был 3,5–6 мм у 56 (54,9%) пациентов, 6,1–10 мм — у 46 (45,1%) пациентов. Эхогенность стенок была обычной, с четкой дифференциацией слоев. Серозный слой отростка характеризовался дополнительными цветовыми локусами, что не наблюдалось при неизмененном червеобразном отростке, которые в исследование не вошли. При длительном отсутствии стула (более 24 ч) выполняли очистительную клизму. Всем пациентам внутримышечно вводили миотропный спазмолитик — дротаверин, в возрастной дозировке. Применение спазмолитика было основано на результатах морфологически установленных нарушений микроциркуляции при катаральном аппендиците, которые характеризуются выраженным полнокровием капилляров и венул с явлениями стаза преимущественно в серозной оболочке и подслизистом слое его стенки. Морфологические исследования проведены в патологоанатомическом отделении «Научно-исследовательского института кардиологии» (г. Томск).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При подозрении на острый катаральный аппендицит у 75 пациентов, количество лейкоцитов в ОАК находились в пределах возрастной нормы (от 3,5–7,8 × 10^9/л в 1 л крови), у 27 – отмечено наличие лейкоцитоза — 8–18 × 10^9/л в 1 л крови. В течение 1,5–2 часов после внутримышечной иньекции миотропного спазмолитика — дротаверина, у 49 пациентов абдоминальный болевой синдром был купирован, с ликвидацией спазмированных петель тонкой кишки в правой подвздошной области, подтвержденных показателями УЗИ. У 29 больных

выполнили диагностическую лапароскопию, а аппендэктомию, только при отсутствии клинического улучшения — у 24 больных: при ретроцекальном расположении отростка — у 11, при забрюшинном — у 5, при атипичном начале и течении болезни — у 8 пациентов. Гистологически был диагностирован простой аппендицит. После операции хирургических осложнений не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применяемая нами тактика лечения недеструктивных форм острого аппендицита у детей в стационаре с использованием миотропного спазмолитика — дротаверина, может рассматриваться как вариант дополнительной стратегии при консервативном лечении острого аппендицита. Отсутствие улучшения состояния пациента и положительной динамики при УЗИ брюшной полости в течение 1–1,5 часов, является дополнительным критерием для проведения лапароскопии. Более взвешенная трактовка при диагностической лапароскопии позволит избежать необоснованных аппендэктомий. Дальнейшее накопление опыта использования миотропного спазмолитика — дротаверина в консервативном лечении недеструктивных форм острого аппендицита у детей позволит рекомендовать предлагаемую стратегию для клинической практики.