

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В ВИДЕ НАРУЖНОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО СВИЩА В ПРАВОЙ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

*М.А.Каштальян, О.Б.Тымчук,
В.Ю.Шаповалов, О.С.Герасименко*

**Военно-медицинский клинический
центр Южного региона
Одесса, Украина**

Введение

Среди хирургических заболеваний, требующих неотложного оперативного лечения, острый аппендицит, безусловно, занимает лидирующее место. Быстрое развитие деструктивных процессов в червеобразном отростке и возникновение осложнений требует оказания экстренной хирургической помощи в максимально ранние сроки от начала заболевания.

Основная часть

Несмотря на стремительное внедрение в медицину новых технологий, улучшающих диагностику, позволяющих с минимальной травматичностью выполнять операции, заболеваемость острым аппендицитом составляет 20 человек на 10000 населения в год, количество послеоперационных осложнений остается достаточно высоким — 5-9%, а летальность стабильно составляет 0,1-0,3% [1, 2, 4].

Первое описание червеобразного отростка принадлежит итальянскому врачу и анатому Bernardo da Capri (1521 г.), но изображение отростка видно и на анатомических рисунках Леонардо Да Винчи (1492 г.) [2].

Первую достоверно известную аппендэктомию выполнил в 1735 г. королевский хирург Claudius Amyand в Лондоне. Опираясь на 11-летнего мальчика по поводу пахово-мошоночной грыжи с наличием в ней кишечного свища, он обнаружил, что причиной фистулы является перфоративный аппендикс [2].

Прекрасные монографии В.И. Колесова, А.А. Русанова, И.Л. Роткова являются классикой хирургической литературы по аппендициту. Однако остается еще немало нерешенных вопросов о редких формах и осложнениях данного заболевания.

В работе представлен опыт лечения аппендикулярного свища в правой паховой области. В доступной нам литературе описания подобных случаев найти не удалось.

В сентябре 2011 г. больной Е., 1992 г.р., находился на лечении в гарнизонном госпитале по поводу пахового лимфаденита справа, выполнено удаление лимфатического узла в правой паховой области. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. *Гистологическое заключение: неспецифический лимфаденит.* Появление увеличенного лимфатического узла ни с чем не связывает. Однако в сентябре 2010 г. — ушиб правой поясничной области, лечился амбулаторно, консервативно. Через 2 недели после выписки в часть в центре послеоперационного рубца образовался свищ с умеренным серозно-гнойным отделяемым. В гарнизонном госпитале выполнена фистулография и выявлено попадание контраста в слепую кишку. Переведен для дообследования и лечения в ВМКЦ ЮР.



При фистулографии определяется попадание контрастного вещества в слепую и восходящую ободочную кишку через червеобразный отросток (рис. 1, 2).

Рис. 1.



Рис. 2.

В общем анализе крови имел место лейкоцитоз 11,3 тыс/мкл. В биохимическом анализе крови патологии не выявлено. На УЗИ органы брюшной полости без патологии. При осмотре живот мяг-

кий, незначительно болезненный в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

В правой паховой области в средней трети послеоперационного рубца после удаления лимфатического узла имело место свищевое отверстие до 5 мм в диаметре, с умеренным серозно-гнойным отделяемым, пуговчатый зонд входил в свищевое отверстие на глубину до 15 см (рис. 3).



Рис. 3.

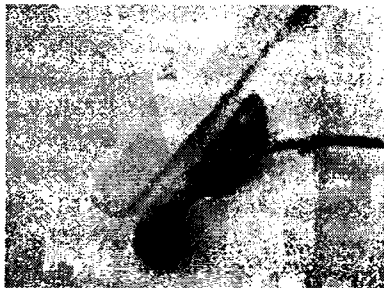


Рис. 4.

30.10.2010 г. — диагностическая лапароскопия, в ходе которой в правой подвздошной области обнаружен рыхлый аппендикулярный инфильтрат, после разделения которого был выявлен червеобразный отросток, в средней трети своей фиксированный к передней брюшной стенке. После отделения аппендикса от передней брюшной стенки в последней выявлено внутреннее отверстие свищевого хода, в которое попадал пуговчатый зонд, введенный в наружное отверстие в паховой области. Выполнена лапароскопическая аппендэктомия.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, свищевое отверстие ликвидировалось. Гистологическое заключение: флегмонозный аппендицит.

Вывод

Острый аппендицит — острое хирургическое заболевание, отличающееся полиморфизмом клиники и непредсказуемым течением. На вышеизложенном примере мы хотели показать, что разностороннее обследование больного в совокупности с рентгенконтрастными и малоинвазивными видеолапароскопическими методами диагнос-

тики являются обязательными для постановки диагноза и выбора правильной тактики лечения при наружных кишечных свищах.

Литература

1. Кригер А.Г. Острый аппендицит / А.Г.Кригер, А.В.Федоров, П.К.Воскресенский, А.В.Дронов // Медпрактика. — М., 2002. — 244 с.
2. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка / П.Ф.Калитеевский // Медицина. — М., 1970. — 205 с.
3. Каштальян М.А. Применение лапароскопической техники в диагностике и лечении деструктивных форм острого аппендицита / М.А.Каштальян, В.Ю.Шаповалов, М.М.Каштальян // Эндоскопическая хирургия. IX Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии. — 2006. — №2. — С. 56.
4. Shapovalov V.U. Laparoscopic appendectomy: our experience in the appendiceal stump closure methods / V.U.Shapovalov, S.A.Geshelin, M.A.Kashtalyan, N.V.Mischenko // Abstract book of 18 International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery. — Athens, 2007. — P. 121.
5. Гешелін С.О. Порівняння лапароскопічної та відкритої апендектомії: технічні та раціональні аспекти / С.О.Гешелін, М.А.Каштальян, В.Ю.Шаповалов // Шпитальна хірургія. — 2007. — №1. — С. 34-37.