

Спостереження апендикулярного параколярного абсцесу при інтраабдомінальній локалізації апендикса

Недостатня поінформованість лікарів щодо характеру гнійно-септичної патології клітковини заочеревинного простору є головною причиною пізньої діагностики та незадовільних результатів лікування. Найбільш об'єктивні і чіткі, особливо топографо-анатомічні, дані в діагностиці гострих запальних захворювань клітковини заочеревинного простору можна отримати на комп'ютерній томографії із контрастуванням.

Казуїстика клінічного випадку полягає в тому, що при інтраабдомінальному розташуванні відростка причиною параколярного абсцесу була нориця верхівки апендикса, яка відкривалася в параколярну клітковину, це зумовило необхідність виконання апендектомії через 17 днів після повторного розкриття параколярного абсцесу, що загалом суперечить канонам клінічної хірургії, але, на наш погляд, було єдиноправильним.

Ключові слова: параколіт; абсцес; гострий апендицит; гнійно-септична патологія.

Гостре гнійне запалення заочеревинної клітковини складає 1–1,2 % від усіх хірургічних захворювань. Клінічно перебігає тяжко, часто супроводжується ускладненнями і нерідко є причиною смерті хворих [1].

У класичній праці Стромберга показано, що завдяки заочеревинній фасції вся заочеревинна клітковина розділена на три чітко відокремлені простори: власне заочеревинну клітковину, навколонишковий і навколоободовий клітковині простори [2]. Гнійне ураження кожного із них є окремою нозологією, поширення патогенного процесу з одного простору на інший є практично неможливим.

Ми маємо досвід хірургічного лікування 62 хворих із гнійною патологією клітковини заочеревинної ділянки, які лікувалися в клініці загальної хірургії від 1985 до 2017 року.

Вік хворих коливався від 26 до 78 років. Чоловіків було – 38, жінок – 24. Первинно процес у 10 хворих локалізувався в навколонишковій клітковині, у 30 – навколоободовій клітковині і у 22 хворих у власне заочеревинній клітковині.

Об'єктивними критеріями топічної діагностики були: локалізація інфільтрату, наявність та вираженість згинальної контрактури стегна; рентгенографія живота із оцінкою тіні попереково-здухвинного м'язу; сонографія; комп'ютерна томографія; діагностична пункція із контрастуванням. В окремих випадках іригографія, колоноскопія та лапароскопія.

Із 62 пацієнтів 29 хворих первинно помилково лікували в стаціонарах нехірургічного профілю. Тривалість лікування складала від 4 до 24 днів. Помилковими первинними діагнозами були: виразко-

ва хвороба дванадцятипалої кишки, міжреберна невралгія, ішіас, коксит, пневмонія, плеврит, грип, ентероколіт, тромбоз зовнішньої здухвинної артерії.

Причинами параколіту були: гострий апендицит – у 5 хворих, перфорація висхідного відділу ободової кишки курячою кісткою – у одного хворого, пухлина сліпої кишки – у одного хворого, панкреонекроз – у 22 хворих. У одного пацієнта чіткої причини параколіту не встановлено, проте із анамнезу відомо, що рік до захворювання йому виконано апендектомію з приводу гострого деструктивного апендициту.

Опис клінічного випадку.

Хворий М., 1956 р.н., історія хвороби № 1947, госпіталізований у клініку в ургентному порядку 22.04.15 р. зі скаргами на біль у правій половині живота, високу температуру тіла, озноб, загальну слабкість.

Хворіє близько двох тижнів. Лікувався амбулаторно у гастроентеролога і сімейного лікаря із діагнозом виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з больовим синдромом. Незважаючи на лікування, стан хворого прогресивно погіршувався. Тому хворий із власної ініціативи пройшов комп'ютерну томографію живота, на якій встановлено наявність параколярного абсцесу великих розмірів справа (рис. 1, 2).

Клінічно діагноз на час госпіталізації не викликав сумніву. Хворого в день госпіталізації після короткочасної передопераційної підготовки прооперовано.

Операція: розкриття та дренивання параколярного абсцесу справа за Мельніковим (екстраперитонеально).



Рис. 1. КТ ОЧП портальна фаза, аксіальний зріз: 1. Порожнина абсцесу. 2. Правий попереково-клубовий м'яз. 3. Змінений апендикс. 4. Петля тонкої кишки. 5. Правий поперековий м'яз.



Рис. 2. КТ ОЧП портальна фаза, фронтальна мультипланарна реконструкція: 1. Порожнина абсцесу. 2. Змінений апендикс. 3. Правий попереково-клубовий м'яз. 4. Ілеоцекальний клапан. 5. Печінковий кут товстої кишки.

Виділилось близько 200 мл густого гною. Післяопераційний період без ускладнень. Швидко одужання. У зв'язку із підозрою, за даними КТ, на параколіт апендикулярного генезу хворому рекомендовано апендектомію через 3 місяці в плановому порядку. Проте через місяць стан хворого погіршився. З'явився біль в правій боковій ділянці живота, гектична температура. 10.06.2015 р. повторно госпіталізований, історія хвороби № 2099.

На повторній КТ живота підтверджено, що апендикс займає високе положення, потовщений, у поперечнику до 16 мм, чітко проглядається в че-

ревій порожнині, проте верхівка його спрямовується в ретроперитонеальну клітковину на рівні 30 мм від краніального краю крила правої клубової кістки, виявлено сполучення верхівки апендикса із інкапсульованим рідинним параколярним утвором 45x29x80 мм. Парістальний листок очеревини на цьому рівні потовщений. Клінічно і за даними КТ встановлено діагноз: заочеревинний абсцес справа апендикулярного походження (рис. 3, 4).

10.06.2015 р. проведено повторне екстраперитонеальне розкриття та дренивання заочеревинного абсцесу. Порожнина гнійника швидко очистилась.



Рис. 3. Контрольне КТ ОЧП портальна фаза, фронтальна мультипланарна реконструкція: 1. Порожнина абсцесу. 2. Правий попереково-клубовий м'яз. 3. Апендикс. 4. Ілеоцекальний клапан.

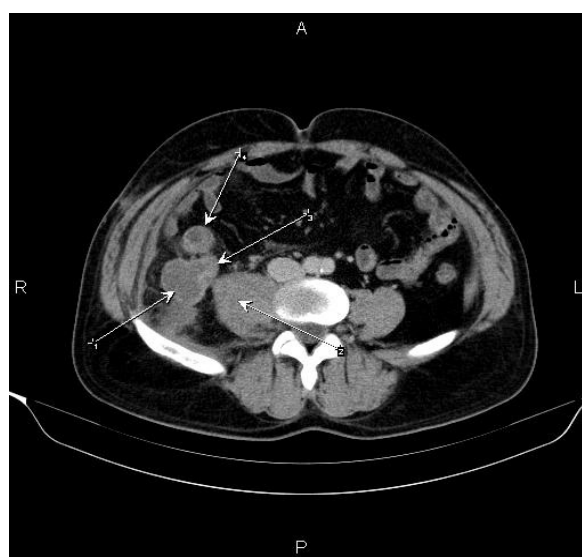


Рис. 4. Контрольне КТ ОЧП портальна фаза, аксіальний зріз: 1. Порожнина абсцесу. 2. Правий попереково-клубовий м'яз. 3. Апендикс. 4. Петля тонкої кишки.

ПОВІДОМЛЕННЯ

27.06.2015 р., історія хвороби № 3240, хворого через 17 днів після розкриття гнійного вогнища оперовано з приводу хронічного резидуально-го апендициту.

Доступ справа за Ленандером. Інтраопераційно – помірний спайковий процес. Апендикс розміщений інтраперитонеально, латерально. Верхів-

ка апендикса інтимно впаєна в параколярну клітковину. Виконано ретроградну апендектомію. В ділянці верхівки відростка виявлено норицю, через яку просвіт апендикса відкривався в параколярну клітковину, що й було причиною її гнійного запалення. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Рана загоїлась первинним натягом.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шпизель Р. С. Острые воспалительные заболевания клетчатки забрюшинного пространства / Р. С. Шпизель А. Я. Яремчук. – Київ : Здоров'я, 1985. – 128 с.

2. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. – М. : ЗАО «Издательство БИНОМ». – 2000. – 704 с.

REFERENCES

1. Shpizel, R.S. & Yaremchuk, A.Ya. (1985). *Ostrye vospalitelnye zabolevaniya kletchatki zabryushynnogo prostranstva [Acute inflammatory diseases of the cellulite of the retroperitoneal space]*. Kyiv: Zdorovia [in Russian].

2. Voyno-Yasenetsky, V. F. (2000). *Ocherky gnoynoy khirurgii [Essays on purulent surgery]*. Moscow: ZAO "Izdatelstvo BINOM" [in Russian].

Отримано 09.08.2017

I. M. DEYKALO, M. M. NIKITYUK, V. M. PRIVROTSKYI, V. M. LIPSKYI

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University
Ternopil City Communal Emergency Hospital

OBSERVATION OF APPENDICULAR PARACOLAR ABSCESS WITH INTRA-ABDOMINAL LOCALIZATION OF THE APPENDIX

Insufficient knowledge of physicians with the nature of purulent-septic pathology of cellular tissue of the retroperitoneal space is the main reason for late diagnosis and poor results of treatment. The most objective and clear, especially topographic and anatomical data in the diagnosis of acute inflammatory diseases of the cellular space of the retroperitoneal space can be obtained on computed tomography with contrasting.

The casualty of the clinical case is that, with intra-abdominal placement of the appendix, the cause of the paracolar abscess was the fistula of the appendix's apex, which opened into paracolar tissue, which determined the need for appendectomy 17 days after the reopening of the paracolar abscess, which in general contradicted the canons of clinical surgery, but to our mind was the only correct.

Key words: steam coalition; abscess; acute appendicitis; purulent-septic pathology.

И. Н. ДЕЙКАЛО, Н. Н. НЫКИТЮК, В. Н. ПРИВРОЦКИЙ, В. Н. ЛИПСКИЙ

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины"
Тернопольская городская коммунальная больница скорой помощи

НАБЛЮДЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПАРАКОЛЯРНОГО АБСЦЕССА ПРИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ АППЕНДИКСА

Недостаточное знакомство врачей с характером гнойно-септической патологии клетчатки забрюшинного пространства является главной причиной поздней диагностики и неудовлетворительных результатов лечения. Наиболее объективные и четкие, особенно топографо-анатомические, данные в диагностике острых воспалительных заболеваний клетчатки забрюшинного пространства можно получить на компьютерной томографии с контрастированием.

Казуистика клинического случая заключается в том, что при интраабдоминальном расположении отростка причиной параколярного абсцесса была свищ верхушки апендикса, которая открывалась в параколярную клетчатку, это обусловило необходимость проведения аппендэктомии через 17 дней после повторного вскрытия параколярного абсцесса, что в целом противоречит канонам клинической хирургии, но, на наш взгляд, было единоправильным.

Ключевые слова: пароколит; абсцесс; острый аппендицит; гнойно-септическая патология.