

**АПЕНДИКУЛЯРНИЙ АБСЦЕС УСКЛАДНЕНИЙ ФЛЕГМОНОЮ
ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ З ПОШИРЕННЯМ В ПРАВУ
ПАХОВУ ДІЛЯНКУ**

Антоненко Олексій Миколайович
магістрант кафедри хірургії з дитячою хірургією з курсом урології
Медичного інституту Сумського державного університету

Онищенко Марина Володимирівна
лікар-інтерн зі спеціальності «Хірургія» Медичного інституту
Сумського державного університету

Антоненко Інна Миколаївна
студентка VI-го курсу Медичного інституту
Сумського державного університету

*«3 211 хворих, котрі мали
заочеревинну флегмону, достовірний
діагноз до госпіталізації в клініку було
поставлено лише у 2 хворих!»*

А.В. Мельников

Заочеревинна флегмона досить грізне ускладнення, яке має тяжкий перебіг та високий відсоток летальності. Найбільш частими причинами виникнення заочеревинних флегмон являються: інфіковані рани і запальні процеси поперекової ділянки, спини, черевної стінки, сідниць, нижніх кінцівок, промежини, гострий апендицит (особливо при ретроцекальному та ретроперитонеальному розташуванні відростка), остеомієліт поперекового відділу хребта (особливо поперечних відростків або дужок) або кісток тазу, запальних процесів органів черевної порожнини і тазу, паранефрит, параколіт тощо [1, 351]. Гострий апендицит досить «хамелеоноподібна» патологія черевної порожнини, яка може маскуватися за дуже великою кількістю захворювань, і приводити до досить тяжких ускладнень за невчасної діагностики та лікування.

Виходячи з інтересів клініки, скупчення гною в ретроперитонеальній клітковині більш правильно об'єднати в наступні три основні локалізації: 1) поперекова – з включенням клітковини, розташованої безпосередньо над гребнем здухвинної кістки, по зовнішньому краю поперекового м'язу і вище – позаду паранефрон, а також клітковини на відповідному проміжку аорти і нижньої порожнистої вени; 2) здухвинну – з включенням клітковини, розташованої посередині і у верхньому відділі здухвинної ямки, по зовнішньому краю поперекового м'язу і по гребеню здухвинної кістки, а також клітковини на відповідному проміжку здухвинних судин; 3) пахову – відповідно скупченню клітковини в області зовнішніх здухвинних судин [2, 186].

Стимулом до написання даної статті, став клінічний випадок гострого апендициту, ускладненого абсцесом з проривом в заочеревинну клітковину та поширенням в праву пахову ділянку.

Хвора 3. (78 р.) оглянута черговим хірургом на приймальному відділенні КЛПЗ «Прилуцька центральна міська лікарня». Пацієнтом відмічаються скарги на наявність різко болючого вип'ячування в правій паховій ділянці, загальну слабкість, нездужання, нудоту, сухість в роті. З анамнезу захворювання з'ясовано, що хвора протягом 3-х тижнів лікувалася в терапевтичному відділенні сусідньої ЦРЛ з приводу – гострого пієлонефриту. При об'єктивному обстеженні загальний стан середнього ступеня тяжкості. Свідомість збережена. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожеві, чисті. Активні та пасивні рухи в суглобах не обмежені. М'язовий тонус децю знижений. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Грудна клітка звичайної форми, приймає участь в акті дихання в повному обсязі. Дихання везикулярне над всіма ділянками легень. ЧД=16хв. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС=110 уд/хв. АТ=100/70 мм.рт.ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Зів чистий. Живіт симетричний, в правій паховій області візуалізується вип'ячування з гіперемією шкіри над ним. Аскультативно - перестальтика задовільна. При пальпації живіт м'який, болючий в правій паховій ділянці. С-м Склярова, Ківуля, Спасокукоцького негативні. С-ми подразнення очеревини негативні. Стілець був 1 раз протягом останніх 3 діб, оформлений. При ректальному дослідженні - тонус сфінктера збережений, ампула прямої кишки не роздута, стінки еластичні; на висоті пальця онкопатології не виявлено; на печатці стілець світло-коричневого кольору. При постукуванні в правій поперековій ділянці відмічає болючість. Сечовипускання вільне, безболісне, регулярне. Хворій проведено лабораторно-інструментальне обстеження. В клінічному аналізі крові відмічається лейкоцити = 14,6, ШОЕ = 54 мм/год. Клінічний аналіз сечі – еритроцити = 20-30 в п/з. На оглядовій Р0 - чаші Клойбера відсутні. Хвора госпіталізована до х/в в ургентному порядку.

Діагноз до операції: Защемлена стегнова грижа. Флегмона грижевого мішка? Хворій проведено передопераційну підготовку і в ургентному порядку за життєвими показаннями взято на операцію. Під внутрішньовенним наркозом з інтубацією трахеї, в місці найбільшого розм'якшення і флюктуації у правій паховій ділянці, виконано розріз шкіри L до 5 см. Розсічено поверхневу фасцію виділилося до 200 мл густого сірого гною з колибацилярним запахом. Взято гній на посів. При ревізії каналу, який проходить нижче пахової зв'язки сполучення з черевною порожниною не виявлено. Довжина каналу складала до 15 см і при проходженні тупфером, звідти виділялася значна кількість гною. Встановити причину накопичення гною в заочеревинному просторі не вдалося. Виконано санацію р-м перекису водню 3 % та хлоргексидину біглюканату. Встановлено гумово-перчатковий дренаж та накладено асептичну пов'язку.

Наступного дня хворій виконано УЗД органів черевної, під час якого виявлено інфільтрацію купола сліпої кишки по задній поверхні. В черевній порожнині інших патологічних змін не виявлено. Дана картина дає можливість запідозрити, що спочатку у хворої був гострий апендицит, який роз-

ташовувався ретроперитонеально, що змазувало симптоматику захворювання. Згодом сформувався апендикулярний абсцес, який в подальшому прорвав в заочеревинний простір. Хворій виконано іригоскопію, за допомогою якої виключено норицю та новоутворення сліпої кишки. В лікувальний комплекс включалася інфузійна терапія, антибактеріальна (левофлоксацин, цефтріаксон, орнігіл) протизапальна та знеболююча. Перев'язка та санація рани проводилася кожного дня з використанням мазі «Левоміколь». Динаміка лікування була з позитивним характером, п/о рана очищалася і гоїлася вторинним натягом. Отримано заключення посіву - Escherichia coli. Пацієнтка виписана додому з одужанням на 21 добу після операції в задовільному стані. Рана загоїлася.

Список використаних джерел

1. Мельников А. В. «Клиника и профилактика забрюшинных и тазовых флегмон у раненых в живот» //Монография. - 1956. – 300 с.
2. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. «Руководство по гнойной хирургии» // «Медицина». - 1984. - 512 с.

Антоненко, О.М Апендикулярний абсцес, ускладнений флегмоною заочеревинного простору з поширенням в праву пахову ділянку / О.М. Антоненко, М.В. Онищенко, І.М. Антоненко // Актуальні досягнення медичних наукових досліджень в Україні та країнах ближнього зарубіжжя : збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 2 - 3 жовтня, 2015 р.). – Київ: Київський медичний науковий центр, 2015 - С. 25-27.