

ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ЯКИЙ СПРИЧИНЕНИЙ ТОВСТОКИШКОВОЮ НОРИЦЕЮ

М.Г.Гнатюк¹, С.Ю. Шевченко¹, Д.Ю. Криворучко¹, В.Ю. Бодяка², Ю.П. Петрук¹, С.І. Райчук¹, М.В. Лянскорунський¹, Ю.Я. Чупровська², В.П. Унгурян², С.Л. Говорнян²

¹КНП Старокостянтинівська центральна районна лікарня, Хмельницька область

²Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Ключові слова:

зовнішня норича,
абсцес, сигмоподібна
кишка.

Клінічна та експериментальна патологія 2020. Т.19, №3(73). С.208-211.

DOI:10.24061/1727-4338.
XIX.3.73.2020.29

E-mail:

oncology@bsmu.edu.ua

У статті представлено клінічний випадок лікування абсцесу передньої черевної стінки, який виник внаслідок формування зовнішньої норичи сигмоподібної кишки при перфорації дивертикулу останньої.

Пацієнту виконано лапаротомію, комбіновану лівобічну геміколектомію з резекцією тонкої кишки, висічення товстокишкової норичи передньої черевної стінки, санацію та дренивання черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Пацієнта на 17-ту добу у задовільному стані виписано з лікарні.

Висновок. При лікуванні гнійно-запальних захворювань передньої черевної стінки необхідно звертати увагу на причину їх виникнення, а також виключити хірургічні захворювання черевної порожнини.

Ключевые слова:

наружный свищ,
абсцесс, сигмовидная
кишка.

Клиническая и экспериментальная патология 2020. Т.19, №3 (73). С.208-211.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, ВЫЗВАННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНЫМ СВИЩОМ

Н.Г. Гнатюк, С.Ю. Шевченко, Д.Ю. Криворучко, В.Ю. Бодяка, Ю.П. Петрук, С.И. Райчук, Н.В. Лянскорунский, Ю.Я. Чупровская, В.П. Унгурян, С.Л. Говорнян

В статье представлен клинический случай лечения абсцесса передней брюшной стенки, который возник вследствие формирования наружного свища сигмовидной кишки при перфорации дивертикула последней.

Пациенту выполнено лапаротомию, комбинированную левостороннюю гемиколэктомию с резекцией тонкой кишки, иссечение толстокишечного свища передней брюшной стенки, санацию и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период проходил без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Пациент на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии выписан из больницы.

Вывод. При лечении гнойно-воспалительных заболеваний передней брюшной стенки необходимо обращать внимание на причину их возникновения, а также исключить хирургические заболевания брюшной полости.

Key words:

external fistula, abscess,
sigmoid colon.

Clinical and experimental pathology 2020. Vol.19, №3 (73). P.208-211

CASE OF TREATMENT OF AN ANTERIOR ABDOMINAL WALL ABSCESS CAUSED BY LARGE BOWEL FISTULA

N.G. Gnatyuk, S.Yu. Shevchenko, D.Yu. Krivoruchko, V.Yu. Bodyaka, Yu.P. Petruk, S.I. Raychuk, N.V. Lyanskorunsky, Yu.Ya. Chuprovskaya, V.P. Unguryan, S.L. Govornyan

This article presents a clinical case of treatment of an anterior abdominal wall abscess, which arose due to the formation of an external fistula of the sigmoid colon during perforation of the diverticulum of the latter.

The patient underwent laparotomy, a combined left hemicolectomy with small bowel resection, excision of the large intestinal fistula of the anterior abdominal wall, rehabilitation, and drainage of the abdominal cavity. The postoperative period was without complications, the wound healed with primary tension. The patient was discharged from the hospital in a satisfactory condition on the 17th day.

Conclusion. The treatment of purulent-inflammatory diseases of the anterior abdominal wall it is necessary to pay attention to the cause of their occurrence, as well as to exclude surgical diseases of the abdominal cavity.

Дивертикули ободової кишки – це обмежені мішкоподібні випинання кишкової стінки. Частота захворювання на дивертикульоз товстої кишки становить від 7 до 24%. Найчастіше це захворювання виявляють у людей літнього та старечого віку. У 90,7% хворих на дивертикульоз товстої кишки ISSN 1727-4338 <https://www.bsmu.edu.ua>

становить від 7 до 24%. Найчастіше це захворювання виявляють у людей літнього та старечого віку. У 90,7% хворих на дивертикульоз товстої кишки ISSN 1727-4338 <https://www.bsmu.edu.ua> Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, № 3 (73)

дивертикули локалізуються у лівій частині ободової кишки [1, 5].

У 30% пацієнтів виявлена безсимптомна форма і розцінюється як випадкова знахідка під час проведення обстежень стосовно інших захворювань. Проте досить часто перебіг дивертикульозу товстої кишки супроводжується виникненням таких ускладнень, як: дивертикуліт, перфорація, кишкова кровотеча, кишкова непрохідність, навколокишковий інфільтрат, утворення внутрішніх або зовнішніх нориць [2-4, 6, 7].

У зв'язку з цим вважаємо за необхідне представити один із клінічних випадків лікування зовнішньої нориці сигмоподібної кишки, яка виникла внаслідок перфорації дивертикулу.

Пацієнт М., 1938 року народження (медична картка стаціонарного хворого № 2398) надійшов до хірургічного стаціонару КНП «Старокостянтинівської ЦРЛ» 23.04.2020 року зі скаргами на почервоніння шкіри, ущільнення та болючість в ділянці передньої черевної стінки, виділення слизу під час акту дефекації.

У лівій боковій ділянці передньої черевної стінки мав місце щільний інфільтрат тканин, болючий на дотик, шкіра у проекції останнього гіперемійована.

Вважає себе хворим впродовж одного місяця, коли помітив почервоніння шкіри, ущільнення; згодом під час акту дефекації з'явилися серозні виділення у вказаній ділянці.

Пацієнту встановлено діагноз: абсцес передньої черевної стінки та під загальним знеболенням, в умовах операційної виконано розкриття гнійника. Під час розтину тканин у рану почав виділятися кишковий вміст із характерним запахом. Пацієнту змінено діагноз на: Рак ободової кишки? Зовнішня товстокишкова нориця.

Загальний аналіз крові (27.04.2020): еритроцити – $3,7 \times 10^{12}$ /л; кольоровий показник – 0,9; гемоглобін – 116 г/л; лейкоцити – $9,2 \times 10^9$ /л; тромбоцити – 235×10^9 /л; ШОЕ – 20 мм/год. Лейкоцитарна формула: паличкоядерні нейтрофіли – 15%, сегментоядерні нейтрофіли – 38%, еозинофіли – 0%, моноцити – 9%, лімфоцити – 38%.

Загальний аналіз сечі (25.04.2020): соломиножовта, прозора, питома вага – 1021, реакція – кисла, білок – 0,004 г/л; епітелій плоский – 1-2 у п/з; лейкоцити – 2-3-8 у п/з, еритроцити – 1-2 у п/з.

Група крові та резус (25.04.2020): А (II) Rh+ (позитивна).

Біохімічний аналіз крові (27.04.2020) загальний білок – 60,2 г/л; глюкоза – 3,4 ммоль/л; загальний білірубін – 7,2 мкмоль/л; непряний білірубін – 7,2 мкмоль/л; АлАТ – 0,26 нмоль/(с/л); АсАТ – 0,53 нмоль/(с/л); тимолова проба – 2,3 Од; сечовина – 6,0 ммоль/л, креатинін – 0,143 ммоль/л.

Коагулограма (25.04.2020): протромбіновий індекс – 83,4%; фібрин плазми – 2,2 г/л; етанолів тест – негативний; фібриноген В – негативний.

Після проведеної передопераційної підготовки пацієнту виконане оперативне втручання (протокол № 278 від 27.04.2020 року): Лапаротомія. Комбінована лівобічна геміколектомія з резекцією тонкої кишки.

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, № 3 (73)

Висічення товстокишкової нориці передньої черевної стінки. Апендектомія. Санація та дренування черевної порожнини.

Після обробки операційного поля під ендотрахеальним наркозом виконано верхню серединну лапаротомію. При ревізії органів черевної порожнини виявлено конгломерат тканин, утворений сигмоподібною кишкою, петлею тонкої кишки та передньою черевною стінкою, який містить норицевий хід, що відкривається на поверхню шкіри. Черевна порожнина містить незначну кількість серозного ексудату, очеревина місцями гіперемійована. Хробакуватий паросток, потовщений, помірно гіперемійований, вкритий злуками. Сигмоподібна кишка та петля тонкої кишки, яка залучена у процес, помірно розширена, стінка потовщена, злегка гіперемійована. Інших патологічних змін не виявлено.

Виконано мобілізацію сигмоподібної кишки та ураженої ділянки петлі тонкої кишки, відступивши на «безпечну» відстань. Проведено резекцію петлі тонкої кишки з формуванням анастомозу за типом «бік у бік». Виконано лівобічну геміколектомію з висіченням товстокишкової нориці передньої черевної стінки. Сформовано товсто-товстокишковий анастомоз за типом «кінець у кінець». Виконано типову апендектомію.

Дефект передньої черевної стінки, де була розташована нориця, пошарово зашитий, підшкірно-жирова клітковина дренована поліхлорвініловим трубчастим дренажем. Черевна порожнина також дренована поліхлорвініловим трубчастим дренажем. Лапаротомна рана пошарово зашита.

Під час розрізу препарату відзначено норицевий хід між порожниною сигмоподібної кишки та передньою черевною стінкою.

Проведене патогістологічне дослідження (№ 1682-1704 від 29.04.2020 року) засвідчує: у хробакуватому паростку на серозній оболонці та частково м'язовій виявлено виражену інфільтрацію лейкоцитами. Жирова тканина з крововиливами. Петлі тонкої кишки вкриті спайками по очеревині, деформовані. У стінці тонкої кишки має місце лейкоцитарна недостатність, а у слизовій оболонці – гіперклітинність. У відрізьку товстої кишки спостерігається нерівномірно виражена вогнищева інфільтрація. Дефект стінки із норицевим ходом на передню черевну стінку із розростанням зрілої грануляційної та фіброзної тканин, дефектом шкіри. Пухлинного росту не виявлено.

Заключення: можна припустити, що мав місце дивертикул товстої кишки, ускладнений дивертикулітом, перфорацією у черевну порожнину, обмеженим перитонітом із норицевим ходом через черевну стінку, хронічною кишковою непрохідністю, вторинним апендицитом.

Через 3 годин після операції проведено екстубацію. На другу добу (29.04.2020) пацієнт переведений у відділення хірургії.

Проводилася знеболююча (омнопон 1,0, дексалгін 2,0 мл, анальгін 2,0, димедрол 1,0) антибактеріальна (цефободид 1 г, метрагіл 100,0 мл),

профілактична антикоагуляційна (фленокс 0,2 мл), інфузійна (фізіологічний розчин 400,0 мл, розчин Рінгера 400,0 мл, реосорбілакт 200,0 мл, глюкозо-інсуліновий комплекс 200,0 мл, стерофундин 500,0 мл, аміноплазмаль 500,0) та симптоматична терапія, перев'язки.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, дренажі видалено, шви знято на 8-10-ту доби, рана загоїлася первинним натягом. Пацієнта у задовільному стані 14.05.2020 року виписано з лікарні під нагляд хірурга поліклініки.

Отже, слід відзначити, що діагностика нориці на стадії формування досить складна. У цій клінічній ситуації товстокишкова нориця була діагностована тільки завдяки тому, що при розтині гнійника почав у рану виділятися кишковий вміст з характерним запахом. Це вказує на те, що при лікуванні гнійно-запальних захворювань передньої черевної стінки перш за все необхідно звертати увагу на причину їх виникнення, а також виключати хірургічні захворювання черевної порожнини.

Висновок

При лікуванні гнійно-запальних захворювань передньої черевної стінки необхідно звертати увагу на причину їх виникнення, а також виключити хірургічні захворювання черевної порожнини.

Список літератури

1. Штофін СГ, Чеканов МН, Левкін ОЮ, Чеканов АМ, Асатрян АА, Шумков ОА, і др. Аналіз підходів к лечению осложненной дивертикулярной болезни в практике. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2017;147(11):78-81.
2. Авдеев АМ, Абдуллаев МА, Афақ МТ, Абдуллаев ЗТ, Варзин СА. Внедрение в практику лапароскопии с последующим отсроченным оперативным лечением при осложненном течении дивертикулярной болезни ободочной кишки. Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2017;12(4):354-64. doi: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2017.405>
3. Гапонов ИВ. Особенности диагностики и лечения острого дивертикулита толстой кишки. Новости хирургии. 2014;22(6):687-92.
4. Тимербулатов МВ, Куляпин АВ, Лопатин ДВ, Аитова ЛР. Диагностическая тактика при ведении больных с дивертикулярной болезнью, осложненной перфоративным дивертикулитом, за 15 лет. Колопроктология. 2018;2:85-8. doi: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-85-88>
5. Скворцова ТЭ, Мамедли САК, Миколайчук ВА, Шаркунова АВ, Ситкин СИ. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: факторы риска, возрастная структура, локализация поражений, частота и структура осложнений в разнородных группах пациентов. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2018;2:119-20.

Відомості про авторів:

Гнатюк М.Г. – к.мед. н., асист. кафедри онкології та радіології ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, завідувач хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області, Україна.

Шевченко С.Ю. – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області, Україна.

Криворучко Д.Ю. – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної

2018;2:119-20.

6. Дмитриев ОВ, Синенченко ГИ, Вашетко РВ, Кузьмин-Крутецкий МИ, Озеров ВФ, Сафоев МИ, и др. Осложненные формы дивертикулярной болезни толстой кишки в практике хирурга отделения экстренной медицинской помощи. Скорая медицинская помощь. 2013;14(4):71-5.
7. Gargallo Puyuelo CJ, Sopena F, Lanás Arbeloa A. Colonic diverticular disease. Treatment and prevention. Gastroenterol Hepatol. 2015;38(10):590-9. doi: [10.1016/j.gastrohep.2015.03.010](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.010)

References

1. Shtofin SG, Chekanov MN, Lyovkin OYu, Chekanov AM, Asatryan AA, Shumkov OA, i dr. Analiz podkhodov k lecheniyu oslozhnennoy divertikulyarnoy bolezni v praktike [The complicated diverticular disease - tactics]. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya. 2017;147(11):78-81. (in Russian)
2. Avdeev AM, Abdulaev MA, Afaq MT, Abdullaev ZT, Varzin SA. Vnedrenie v praktiku laparoskopii s posleduyushchim otsrochnym operativnym lecheniem pri oslozhnenom techenii divertikulyarnoy bolezni obodochnoy kishki [The introduction of laparoscopy into practice with subsequent delayed operational treatment in complicated diverticular disease of the colon]. Vestnik Sankt-Petersburgskogo universiteta. Meditsina. 2017;12(4):354-64. doi: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2017.405> (in Russian)
3. Haponov IV. Osobennosti diagnostiki i lecheniya ostrogo divertikulita tolstoy kishki [Peculiarities of diagnosis and treatment of colonic acute diverticulitis]. Novosti Khirurgii. 2014;22(6):687-92. (in Russian)
4. Timerbulatov MV, Kulyapin AV, Lopatin DV, Aitova LR. Diagnosticheskaya taktika pri vedenii bol'nykh s divertikulyarnoy boleznyu, oslozhnennoy perforativnym divertikulitom, za 15 let [Diagnostic tactics in the management of patients with diverticular disease complicated by a perforated diverticulitis in 15 years]. Koloproktologiya. 2018;2:85-8. doi: <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2018-0-2-85-88> (in Russian)
5. Skvortsova TE, Mamedli SAK, Mikolaychuk VA, Sharkunova AV, Sitkin SI. Divertikulyarnaya bolezni' tolstoy kishki: faktory riska, vozrastnaya struktura, lokalizatsiya porazheniy, chastota i struktura oslozhneniy v raznorodnykh gruppakh patsientov [Diverticular disease of the colon: risk factors, age structure, localization of lesions, frequency and structure of complications in heterogeneous groups of patients]. Gastroenterologiya Sankt-Peterburga. 2018;2:119-20. (in Russian)
6. Dmitriev OV, Sinenchenko GI, Vashetko RV, Kuz'min-Krutetskiy MI, Ozerov VF, Safoev MI, i dr. Oslozhnennyye formy divertikulyarnoy bolezni tolstoy kishki v praktike khirurga otdeleniya ekstremnoy meditsinskoy pomoshchi [Complicated forms of diverticular disease of the colon in the practice of a surgeon in the emergency department]. Skoraya meditsinskaya pomoshch'. 2013;14(4):71-5. (in Russian)
7. Gargallo Puyuelo CJ, Sopena F, Lanás Arbeloa A. Colonic diverticular disease. Treatment and prevention. Gastroenterol Hepatol. 2015;38(10):590-9. doi: [10.1016/j.gastrohep.2015.03.010](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.010)

лікарні, Хмельницької області, Україна.

Бодяка В.Ю. – д. мед. н, завідувач кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (Україна).

Петрук Ю.П. – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області, Україна.

Райчук С.І. – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області, Україна.

Лянскорунський М.В. – лікар-ординатор хірургічного відділення Старокостянтинівської центральної районної лікарні, Хмельницької області, Україна.

Чупровська Ю.Я. – асист. кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (Україна).

Унгурян В.П. – к. мед. н., доц. кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (Україна).

Говорнян С.Л. – асист. кафедри онкології та радіології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці (Україна).

Informanion about authors:

Hnatyuk M. H. – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chervivsi, Head of the Surgical Department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky region, Ukraine.

Shevchenko S.Yu.– resident doctor of the surgical department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky region, Ukraine.

Kryvoruchko D.Yu. – resident doctor of the surgical department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky region, Ukraine.

Bodyaka V. Yu. – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Petruk Yu.P. – resident doctor of the surgical department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky region, Ukraine.

Raychuk S.I.– Resident Physician of the Surgical Department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky region, Ukraine.

Lyanskorunsky M.V. – resident doctor of the surgical department of Starokostiantynivska Central District Hospital, Khmelnytsky Region, Ukraine.

Chuprovska Yu.Y.– Assistant of the Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Unguryan V.P. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of Oncology and Radiology, Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Govornyan S.L. – Assistant of the Department of Oncology and Radiology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynian State Medical University", Chernivtsi (Ukraine).

Стаття надійшла до редакції 14.08.2020

Рецензент – проф. Польовий В.П.

© М.Г.Гнатюк, С.Ю. Шевченко, Д.Ю. Криворучко, В.Ю. Бодяка, Ю.П. Петрук, С.І. Райчук, М.В. Лянскорунський, Ю.Я. Чупровська, В.П. Унгурян, С.Л. Говорнян, 2020

