

практике // International Telecommunication Union. Geneva, 2000. С. 137–155

4. Кобринский Б.А., Матвеев Н.В., Бодров В.Н., Бодрова Т.Ю. Практика телемедицинского консультирования и перспективы специализации // Врач и информационные технологии. 2005. №4. С. 37–46.

5. О телемедицине и информационной политике в области охраны здоровья граждан Российской Федерации. Материалы парламентских слушаний. 20 мая 2002 г. М.: Слово; 2002. 164 с.

6. Приказ Минздрава РФ и РАМН от 27.08.2001 г. 344/76 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий и плана её реализации». [Интернет]. URL: <http://www.zdrav.ru/library/regulations/detail.php?ID=26161> (Дата обращения: 12.10.2012).

7. Столяр В.Л., Сельков А.И., Атьков О.Ю. Телемедицинские консультации для регионов (новые возможности медицины и рынок услуг) // Визуализация в клинике. 2000. С. 60–64.

8. Столяр В. Л. Опыт проведения медицинских видеоконференций / В. Л. Столяр, Е. Н. Тимин // Компьютерные технологии в медицине. 1998. №1. С. 78 – 84

9. Столяр В. Л., Атьков О. Ю. Четырехлетний опыт телемедицинских консультаций и телеобучения врачей на основе видеоконференцсвязи // Телемедицина и проблемы передачи изображений: Тез. докл. третьего ежегод. Моск. междуна. симпози. по телемедицине. М.: МАКС Пресс, 2000. С. 51–52

10. Электронное здравоохранение. Доклад секретариата ВОЗ (редакционный материал) // Врач и информационные технологии. 2005. №2. С. 5–9.

11. Grigsby J. Effects and effectiveness of telemedicine / J. Grigsby, M. M. Kaehny, E. J. Sandberg // Health Care Financ Rev. 1995. №17. P. 115–131.

12. Nerlich M., Kretschmer R. The Impact of Telemedicine on Health Care Management. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington: IOS Press, 1999. 281 p.

Координаты для связи

Пашко Мария Михайловна, врач организационно-методического отдела НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД». E-mail: Mariya.Pashko@dkb-dv.ru

Данилова Екатерина Викторовна, врач организационно-методического отдела НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД». E-mail: katrishunya@yandex.ru

Рацин Анатолий Петрович, инженер отдела информационных технологий НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД».

Почтовый адрес больницы: 680022, г. Хабаровск, ул. Воронежская, 49.

УДК 616.346.2-0025:617.553-002.36-084-08

А.В. Антонов

НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында ОАО «РЖД»
г. Тында

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ФЛЕГМОНЫ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
Хирургия

Острый аппендицит – широко распространенное заболевание с низким уровнем смертности в большинстве стран мира. В то время как неосложненный аппендицит легко поддается лечению, случаи с осложненным течением, формированием аппендикулярного абсцесса, забрюшинной флегмоны представляют значительные трудности для клиницистов. Абсцессы больших размеров, распространенный перитонит, флегмоны забрюшинного пространства нередко требуют проведения повторных оперативных вмешательств, что повышает риск развития септических осложнений.

По данным литературных источников [1], забрюшинный абсцесс представляет собой жизнеугрожающее осложнение перфорации полых органов при аппендиците (P.G. Blomqvist et al., 2001; C.H. Hsieh et al., 2007; N.S. Tomaso et al., 2008). Часто абсцесс начинается как ретроперитонеальная флегмона с минимальными клиническими проявлениями, поэтому своевременная диагностика этого состояния затруднена. Когда формирование абсцесса началось, он может беспрепятственно распространяться по поясничным мышцам кверху от таза до диафрагмы, или латерально, поскольку в брюшной полости, забрюшинном пространстве нет анатомических барьеров, которые сдерживали бы его пенетрацию. Перфорация червеобразного отростка с проникновением его содержимого в забрюшинное пространство, вероятно, является одной из наиболее частых причин формирования обширных забрюшинных абсцессов, хотя в литературе описано лишь несколько подобных случаев (C.H. Hsieh et al., 2007). В то время как истинная частота ретроперитонеальных

абсцессов остается неизвестной, определены факторы риска формирования обширного гнойного процесса: сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, цирроз печени, новообразования, хроническая почечная недостаточность и иммунодепрессивная терапия (J.T. Crepps et al., 1987). С.Н. Hsieh и соавторы описали два случая забрюшинных абсцессов, причиной которых послужил аппендицит. Проанализировав литературные данные, автор обнаружил упоминание лишь о 22 подобных случаях. Основные клинические особенности данного осложнения: задержка диагностики (среднее время постановки диагноза в приведенных случаях составило 16 дней); зависимость симптоматики от локализации абсцесса и зачастую ее неспецифичность; вероятность распространения абсцесса на структуры бедра и околопочечное пространство; повышение летальности до 19%. Как правило, окончательный диагноз острого перфоративного аппендицита как причины забрюшинного абсцесса в большинстве наблюдений был поставлен интраоперационно. По данным М. Dіcra и соавторов, остается неясным, как столь обширный воспалительный процесс может протекать без выраженной симптоматики.

РЕЗЮМЕ

Острый аппендицит – широко распространенное заболевание с низким уровнем смертности в большинстве стран мира. Неосложненный аппендицит легко поддается лечению, в то время как случаи с осложненным течением, формированием аппендикулярного абсцесса, забрюшинной флегмоны представляют значительные трудности для клиницистов. Абсцессы больших размеров, распространенный перитонит, флегмоны забрюшинного пространства нередко требуют проведения повторных оперативных вмешательств, что повышает риск развития септических осложнений. В статье представлен случай из практики крайне редкого осложнения острого аппендицита. В отечественной, зарубежной литературе, интернете описаны единичные случаи развития абсцессов, флегмон забрюшинного пространства как осложнения острого аппендицита; медицинские источники имеют крайне скудную, несистематизированную информацию по данному осложнению.

Ключевые слова: ретроперитонеальная флегмона, забрюшинная флегмона, деструктивный аппендицит, осложнения острого аппендицита.

Флегмоны забрюшинного пространства чаще развиваются при ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Фасции делят забрюшинную клетчатку на параколярную, паранефральную и собственно ретроперитонеальную. Это деление имеет большое значение, так как гнойный процесс, начавшийся в одном клетчаточном пространстве, длительное время развивается в нем без перехода на близлежащие. Возникновение флегмоны зависит от расположения отростка, в результате чего бывают различные варианты образования воспалительных инфильтратов в забрюшинной клетчатке, возможно расплавление параколярной, паранефральной и собственно забрюшинной клетчатки. Не исключается возможность развития этого осложнения и при внутрибрюшном его расположении. Инфекция в подобных случаях может проникнуть в забрюшинную клетчатку через брыжейку отростка. Ранняя госпитализация, своевременная хирургическая помощь привели к значительному снижению частоты этого осложнения. Клиническая картина развивается постепенно. Появляются ноющие боли в правой половине живота и поясничной области, повышение темпе-

EXPERIENCE OF TREATMENT OF EXTENSIVE RETROPERITONEAL PHLEGMON OF LUMBAR REGION AS A COMPLICATION OF ACUTE DESTRUCTIVE APPENDICITIS

A.V. Antonov

ABSTRACT

Acute appendicitis is a widespread disease with low mortality in most countries. Uncomplicated appendicitis is easily treatable while cases with complications, appendiceal abscess formation, retroperitoneal phlegmon represent significant challenges for clinicians. Large abscesses, peritonitis, retroperitoneal phlegmons often require reoperation, which increases the risk of septic complications. The article presents a case study of extremely rare complication of acute appendicitis. In domestic, foreign literature and in the Internet isolated cases of abscesses, retroperitoneal phlegmons as a complication of acute appendicitis are described; medical sources have extremely scarce, sketchy information on this complication.

Key words: retroperitoneal abscess, destructive appendicitis, complications of acute appendicitis.

ратуры тела, иногда ознобы. При объективном исследовании удается пальпировать инфильтрат, локализация которого зависит от того, в каком отделе он располагается: при вовлечении собственно забрюшинной клетчатки – над пупартовой связкой или вдоль гребешка подвздошной кости. При далеко зашедших гнойных процессах появляется сгибательная контрактура правого бедра (псоас-симптом), в крови – лейкоцитоз и увеличение СОЭ [2].

По литературным данным [3,4,5,6,7], частота заболевания в настоящее время не превышает 1,5–3,0% развития осложнений после хирургических вмешательств, летальность при развитии флегмоны, по данным российских медицинских источников, достигает 35–50%.

Клиническое наблюдение

Пациент Ш., 29 лет, поступил в хирургическое отделение станции В. через два дня от начала заболевания с клиническими проявлениями острого аппендицита. В экстренном порядке при поступлении выполнена операция – аппендэктомия, дренирование брюшной полости (на операции выявлен острый гангренозно-перфоративный аппендицит). На вторые сутки после операции в связи с признаками прогрессирующего перитонита выполнены релапаротомия, санация, дренирование брюшной полости (на операции дополнительных очагов инфекции не выявлено). На фоне проводимой терапии, при субъективном улучшении самочувствия пациента на пятые сутки после повторной операции появились признаки калового перитонита (зловонный колибациллярный запах из ран), отек мошонки, прогрессирующая гипертермия. В экстренном порядке пациент был направлен на дальнейшее лечение в хирургическое отделение отделенческой больницы на станции Тында.

При поступлении в отделение пациент предъявлял жалобы на боли, отек мошонки, плохое самочувствие. При осмотре: состояние тяжелое, в сознании, заторможен; язык сухой, обложен интенсивно налетом; живот при пальпации умеренно болезненный в правых отделах, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см; выраженный отек мошонки с наличием некроза кожи, гнойного отделяемого в области некроза; повязки в области живота обильно пропитаны гнойным отделяемым с выраженным гнилостным запахом, в анализах крови лейкоцитоз до $10,6 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг

(п-15, с-80), гипербилирубинемия до 65,8 мкм/л.

После предоперационной подготовки в экстренном порядке выполнена операция – релапаротомия в правой подвздошной области, ревизия, санация, дренирование брюшной полости; разрез, санация, дренирование забрюшинного пространства справа; разрез, дренирование, некрэктомия мошонки, орхэктомия справа; лапаростомия. На операции выявлена обширная забрюшинная флегмона с распространением на паховую область, мошонку, ограниченный воспалительный процесс в брюшной полости в правой подвздошной области. Пациенту установлен диагноз: острый гангренозно-перфоративный аппендицит; местный отграниченный каловый перитонит; гнойно-гнилостная флегмона забрюшинного пространства, мошонки; гангрена правого яичка; эндотоксический шок. Послеоперационный период протекал тяжело – с явлениями токсической энцефалопатии, проявлениями эндотоксического шока, токсического гепатита. В течение тринадцати дней пациент находился на лечении в условиях реанимационного отделения. Одиннадцатикратно (с периодичностью через день) пациенту выполнялись оперативные вмешательства в объеме санационной ревизии брюшной полости; некрэктомии, санации, дренирования забрюшинного пространства, лапаростомии; санации, дренирования, некрэктомии мошонки. В последующем – до выписки из отделения – выполнение перевязок с санацией, ревизией забрюшинного пространства, раны мошонки. Первоначально на фоне проводимого лечения отмечалось прогрессирование флегмоны с распространением процесса от уровня подвздошной кости до нижних отделов грудной клетки справа, медиально до уровня позвоночного столба с вовлечением в процесс паранефральной, параколярной клетчатки. В материале из гнойных очагов обнаружена *Escherichia coli*. На фоне интенсивной терапии, включавшей курсы антибактериальной (цефепим, меропенем, тиенам), противомикробной терапии, введение противогангренозной сыворотки, инфузионно-трансфузионную терапию, местное лечение (некрэктомии, санации брюшной полости, забрюшинного пространства) распространение воспалительного процесса купировано, в динамике рана очистилась, заживление вторичным натяжением, температура тела нормализовалась, по-

казатели анализов крови, мочи – в пределах нормы, психическое состояние пациента без особенностей. При купировании признаков некроза со стороны мошонки из имеющихся тканей сформированы правые отделы мошонки. Пациент провел в хирургическом отделении отделенческой больницы ст. Тында 24 дня. При стабилизации состояния выписан из отделения в удовлетворительном состоянии на дальнейшее лечение по месту жительства в г. У.

Ретроспективно через год пациент осмотрен при самостоятельном обращении в хирургическое отделение. Трудоспособен, ограничений в повседневной жизни не отмечает.

Выводы

1. Имевшее место позднее обращение пациента за медицинской помощью через двое суток от момента заболевания привело к осложненному течению острого аппендицита. Оперативное лечение по месту первичного пребывания выполнено своевременно, по показаниям; метод оперативного вмешательства выбран правильно. У пациента в послеоперационном периоде имело место развитие забрюшинной флегмоны, флегмоны мошонки вследствие (вероятнее всего) ретроцекального или забрюшинного расположения отростка с последующим распространением воспаления на забрюшинную клетчатку. Основные причины несвоевременности клинической диагностики: неправильная оценка клинических данных, обусловленная редкостью развившегося осложнения; недооценка клинических проявлений заболевания, что привело к развитию и прогрессированию осложнений заболевания, соответственно первоначально неадекватному выбору дальнейшей тактики лечения пациента по месту первичного пребывания.

2. Лечение в условиях хирургического отделения отделенческой больницы проведено в полном объеме, адекватно. Проведенные мероприятия привели к выздоровлению пациента, положительному прогнозу, восстановлению его трудоспособности. Благоприятный исход объясним неотложным хирургическим вмешательством с тщательной санацией всех очагов инфекции.

3. Интерес случая заключается в крайней редкости данного осложнения острого аппендицита.

Литература

1. M. Dicra et al., World Journal of Emergency Surgery. 2010. Редкие жизнеугрожающие осложнения острого аппендицита// Здоровье Украины. 2010. С. 47.
2. И.М. Матяшин, Ю.В. Балтайтис, А.Я. Яремчук. Осложнения аппендэктомии//Здоровья. Киев. 1974.
3. Гребнев С.В., Комаров И.Ф., Андреева И.В. Острый ретроперитонеальный аппендицит, осложненный образованием забрюшинной флегмоны и калового свища поясничной области. Клиническая хирургия. 1998. № 5. С. 55.
4. Федотов Л.Е., Кородев М.П., Аванесян Р.Г. Малоинвазивная хирургия абсцессов забрюшинного пространства//Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010. № 3.
5. Руденко В.Н., Брежнев В.С., Емельяненко А.Е., Колпак Н.А. Редкая осложненная форма клинического течения острого деструктивного аппендицита// Дальневосточный медицинский журнал. 2004. № 3. С. 85–86.
6. Паненков А.Н., Бояринцев Н.И., Когут Б.М., Сучков А.В., Галиев А.Б. Лапароскопическая аппендэктомия при ретроцекальном ретроперитонеальном расположении воспаленного червеобразного отростка//Дальневосточный медицинский журнал. 2013. № 4. С. 33–35.
7. Ташкинов Н.В., Когут Б.М., Бояринцев Н.И., Стрельцова И.Н., Куликова Н.В., Паненков А.Н. Пути улучшения результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка// Тихоокеанский медицинский журнал. 2012. № 4. С. 65–67.

Координаты для связи

Антонов Андрей Владимирович, заведующий хирургическим отделением стационара НУЗ «Отделенческая больница на станции Тында ОАО «РЖД». Амурская область, 676282, г. Тында, ул. Красная Пресня, 59. E-mail:nuz_tnd_hirurg@mail.ru