

ТУБООВАРІАЛЬНИЙ АБСЦЕС, УСКЛАДНЕНИЙ ГАНГРЕНОЗНИМ АПЕНДИЦИТОМ ТА ПЕЛЬВІОПЕРИТОНИТОМ

Б.М.Боднар, С.Г.Бабич¹, С.О.Сокольник, А.І.Рошка¹, І.І.Пастернак¹, В.В.Курик¹

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, ¹Чернівецька міська дитяча клінічна лікарня

Резюме. Наведено клінічний випадок тубооваріального абсцесу, ускладненого гангренозним апендицитом та пельвіоперитонітом у дівчинки 16 років, яка поступала в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит.

Ключові слова: гострий апендицит, перитоніт, запальні захворювання придатків матки, діти.

З подовженням періоду дитинства (до 18 років) перед дитячими хірургіями постали нові діагностичні виклики, пов'язані з поєднаною ургентною хірургічною та гінекологічною патологією [1]. Велика кількість дівчат-підлітків, які страждають на запальні захворювання придатків матки, є пацієнтами хірургічного стаціонару. Проблемою сучасного життя є ще й соціально-економічні негаразди, зумовлені відсутністю нагляду за дітьми батьками-заробітчанами. Недостатність уваги до проблем цих дітей та безконтрольність їх дій є, на нашу думку, основним фактором запізненого виявлення різноманітних захворювань статеві сфери в дітей. Зазвичай, підлітків з абдомінальним болем лікарі "швидкої допомоги", як правило, доставляють у клініку дитячої хірургії, здебільшого в тяжкому стані. Черговий дитячий хірург не завжди має змогу отримати кваліфіковану консультацію дитячого гінеколога. Що є причиною дискусійних випадків між дитячою хірургією та дитячою гінекологією? У більшості випадків це – гострі внутрішньочеревні кровотечі (апоплексія яєчника, позаматкова вагітність), порушення кровообігу внутрішніх статевих органів (перекручення та некроз кісти яєчника чи пухлини на ніжці), гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів, пов'язані із втягненням у запальний процес очеревини (оофорити, сальпінгіти тощо) [2]. Клінічна симптоматика цих захворювань дуже схожа з хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, тому нерідко правильний діагноз ставиться лише інтраопераційно. Вторинне втягування червоподібного відростка в гнійно-запальний процес

придатків матки трапляється рідко і сягає 24,5% при тубооваріальних абсцесах [3, 4].

Наводимо власне спостереження тубооваріального абсцесу, ускладненого гангренозним апендицитом та пельвіоперитонітом.

Дівчинка Ц., 16 років, поступила в хірургічне відділення міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці 12.06.11 о 21⁴⁰ год каретою швидкої допомоги з таким висновком лікаря-гінеколога: "Кіста правих придатків матки. Гострий апендицит". Стан хворої тяжкий. Основні скарги: інтенсивний постійний біль у животі, багаторазове блювання, підвищення температури тіла до 39°C, виражена слабкість, спрага. Хворіє протягом доби. Два місяці тому (у квітні 2011 року) дитину турбував біль у животі, підвищувалася температура тіла до 39°C, проте по медицину допомогу не зверталася. У травні симптоми повторилися, в зв'язку з чим 12.05.11 звернулася до гінеколога. Під час УЗД виявлено об'ємне утворення придатків матки справа. Дитина була госпіталізована, отримала курс антибактеріальної та протизапальної терапії, після поліпшенням стану виписана. 26.05.11 повторно звернулася до гінеколога з явищами альгоменореї та менорагії. При повторному УЗД виявлено збільшення розмірів утворення, після чого запропоновано проведення лапароскопічної операції на 14.06.11.

Об'єктивно загальний стан дитини тяжкий. Температура тіла – 38,4°C. Тахікардія – 116 уд./хв, артеріальний тиск – 100/65 мм. рт. ст. Шкіра бліда, суха. Язик сухий, густо обкладений білим на шаруванням. Живіт симетричний, трохи збільшений, при пальпації болочий, нап-

ружений в нижніх ділянках, більше справа, там же позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишкового тракту ослаблена. Огляд *per rectum*: болючість та нависання передньої стінки прямої кишки, бімануально справа пальпується пухлиноподібний утвір щільної консистенції, болючий. Загальний аналіз крові: Ер – 3,3 Т/л, Нв – 108 г/л, Тн – 210 Г/л, Le – 14,8 Г/л, ю – 1%, п – 20%, с – 68%, л – 10%, м – 1%, ШЗЕ – 16 мм/год. Загальний аналіз сечі: мутна, кисла, білок – 0,99%, Le – 20-25 у п. з., солі-оксалати, дріжджові грибки – ++, слиз – +, Ер – 3-4 в п. з. Біохімічні показники крові без змін. При УЗД в проекції правого яєчника візуалізується об'ємне утворення неоднорідної структури розміром 83x70 мм. Справа від нього наявна вільна рідина, яка також простежується в підпечінковій сумці розміром 54x43 мм.

Після передопераційної підготовки, яка включала інфузійну та антибактеріальну терапію, в ургентному порядку під загальним наркозом 12.06.11 дитину прооперовано. Під час операції виявлено у великій кількості гнійно-фібринозний вміст у правій половині живота, між петлями кишок, у порожнині малого таза. Вміст взято на бактеріальний посів. Купол сліпої кишки в рану не виводився. Проведено розширення операційної рани донизу, після чого виявлено конгломерат, оточений некротично зміненим пасмом великого сальника. До конгломерату входив купол сліпої кишки з гангренозно зміненим червоподібним відростком. Кишку з відростком виділено з конгломерату, проведено апендекто-

мію. Змінену ділянку сальника вирізано. Частина конгломерату, що залишилася, представлена перфорованою кістою правого яєчника 80x70 мм, вмістом якої був гній. Проведено резекцію яєчника в межах здорових тканин. Черевна порожнина промита розчином декасану, дренована латексним випускником. Призначено інфузійну, антибактеріальну, гемостатичну та знеболювальну терапію. Післяопераційний період без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 8-му добу після операції, на 14-ту добу в задовільному стані дівчинку виписано.

Дані гістологічного висновку: округле утворення розміром 7x6x6 см з перфоративним отвором, гнійний вміст зеленуватого кольору. Кіста жовтого тіла. Вторинний гнійний періофорит. Результати бактеріологічного посіву вмісту черевної порожнини: *E. coli* – 1022 ; вмісту абсцесу: *St. haemolyticus* – 1018.

Отже, в діагностиці гнійно-запальних захворювань придатків матки найбільш доцільним є використання діагностичної лапароскопії на ранніх етапах захворювання. Психоемоційна незрілість підлітків, байдуже ставлення до здорового способу життя, відсутність батьківської опіки є причиною пізнього звертання по медичну допомогу та розвитку ускладнень при запальних захворюваннях органів таза. Зростання кількості дітей та підлітків, хворих на запальні захворювання внутрішніх статевих органів, ставить перед управліннями охорони здоров'я питання про відкриття при жіночих консультаціях кабінетів дитячого гінеколога.

Література

1. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. Руководство для врачей / Исаков Ю.Ф. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Т. 2. - 584 с. 2. Коколина В.Ф. Синдром "острого живота" у девочек: дифференциальная диагностика / В.Ф.Коколина, М.А.Чундокова // *Вопр. прак. педиатрии.* – 2009. – Т. 4, № 3. – С. 65-68. 3. Краснопольський В.І. Гнійні запальні захворювання придатків матки / Краснопольський В.І., Буянова С.Н., Щукіна Н.А. – М.: МЕДпрес, 1999. – 233 с. 4. Серов В.М. Акушерський перитоніт. Діагностика, клініка, лікування / Серов В.М., Жаров Є.В., Маханарія А.Д. – М., 1997. – 250 с.

ТУБООВАРИАЛЬНИЙ АБСЦЕСС, ОСЛОЖНЕНИЙ ГАНГРЕНОЗНИМ АППЕНДИЦИТОМ И ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Приведен клинический случай тубоовариального абсцесса, осложненного гангренозным аппендицитом и пельвиоперитонитом у девочки 16 лет, которая поступала в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит.

Ключевые слова: острый аппендицит, перитонит, воспалительные заболевания придатков матки, дети.

A CASE OF TUBO-OVARIAN ABSCESS COMPLICATED BY GANGRENOUS APPENDICITIS AND PELVIOPERITONITIS

Abstract. A clinical case of tubo-ovarian abscess complicated by gangrenous appendicitis and pelvioperitonitis in a 16 year old girl admitted to the surgical department with a suspicion of acute appendicitis is presented.

Key words: acute appendicitis, peritonitis, inflammatory diseases of uterine appendages, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 19.06.2012 р.