

УДК 616.346.2-006.5-031.81-007.64

© Є. М. ШЕПЕТЬКО, О. А. ПОВЧ, М. М. СТЕЦЬ, Д. О. ГАРМАШ, А. К. КУРБАНОВ, Р. О. МАРЦЕНЮК,  
Ю. В. ЧЕРНОБРОВКІНА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Рідкісне поєднання множинних поліпів та дивертикулів  
червоподібного відростка з перфорацією одного з дивертикулів**YE. M. SHEPETKO, O. A. POVCH, M. M. STETS, D. O. HARMASH, A. K. KURBANOV, R. O. MARTSENIUK,  
YU. V. CHERNOBROVKINA

National Medical University by O. O. Bohomolets

**RARE COMBINATION OF PLURAL POLYPPES AND DIVERTICULUMES OF ABDOMINAL LIKE SPROUNT  
WITH PERFORATION ONE OF THE DIVERTICULUM**

Поєднання поліпозу та дивертикульозу червоподібного відростка – надзвичайно рідкісне захворювання. У сучасній медичній літературі ми не знайшли згадок про наявність обох патологій червоподібного відростка одночасно. Разом із тим, зустрічаються повідомлення про діагностику поліпів та дивертикулів апендикса в різних пацієнтів. Так, на 18 тисяч видалених відростків у 4-х випадках виявлено поліпи, гістологічною структурою яких є аденоматозні поліпи чи ворсинчасті залозисті пухлини товстої кишки. Псевдодивертикули червоподібного відростка діагностуються в 0,5–1,5 % від числа видалених апендиксів. На 17 120 апендектомій дана патологія виявлена у 78 випадках [1].

Специфічних клінічних ознак запалення та нагноєння дивертикулів червоподібного відростка, відмінних від клініки гострого апендициту, не існує, і відповідна патологія виявляється тільки під час оперативного втручання та гістологічного дослідження апендикса [2, 3].

*Мета роботи:* показати на клінічному прикладі варіант рідкісного поєднання поліпозу та дивертикульозу апендикса із перфорацією одного з дивертикулів.

Наводимо клінічне спостереження пацієнтки У. віком 82 роки.

Направлена терапевтом поліклініки в хірургічний стаціонар із попереднім діагнозом “гострий холецистопанкреатит”. Захворіла гостро, напередодні ввечері, близько 22.00, коли після споживання смаженої риби відмітила біль у правому підребер’ї, правій боковій ділянці з іррадіацією в надключичну ділянку справа, багаторазове блювання із домішками їжі та жовчі. Приймала но-шпу, фестал, алкоголь, однак поліпшення стану не спостерігала. Вночі

спала погано. Наступного дня звернулася в поліклініку, а звітти машиною швидкої допомоги о 14.41 доставлена в хірургічний стаціонар.

Скарги на біль у правій боковій та клубовій ділянках, нудоту, сухість у роті, озноб, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Захворювань із боку органів черевної порожнини протягом життя не було, закріпів не відмічала. При огляді: пульс – 96 уд/хв, АТ – 150/90 мм рт. ст. Язик сухуватий, вкритий білуватим напластуванням. Живіт – піддутий, бере участь в акті дихання, болісний у правій боковій та клубовій ділянках. Симптоми Сітковського, Роздольського – позитивні, симптоми Ровзінга, Образцова, Ортнера, Мерфі, Василенка, Пастернацького справа – від’ємні. Слабовиражений симптом Щоткіна–Блюмберга у вказаних ділянках. Температура тіла – 38,0 °С. У загальному аналізі крові: гемоглобін – 162 г/л, лейкоцити крові – 12,8 на 10<sup>9</sup>/л. Діастаза сечі – 64 од. за Вольгеумом. У загальному аналізі сечі: білок – 0,165 г/л, питома вага – 1014, реакція кисла; мікроскопія осаду – 8–10 лейкоцитів у полі зору, плоский епітелій у помірній кількості. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: розміри правої частки печінки – 110 мм, лівої – 50 мм, ехогенність тканини – підвищена. Жовчний міхур – овальної форми, не напружений, із перегином у тілі, стінка – 3 мм, вміст гомогенний. Підшлункова залоза – не візуалізується, нирки – без особливостей. Протягом перебування в клініці та виконання дообстежень стан хворої не покращився, з’явилися чітко виражені ознаки подразнення очеревини у правій боковій та клубовій ділянках. Прийнято рішення про екстрене операційне втручання. Операція під ЕТН через 2,5 год з моменту госпіталізації: лапаротомія за Волковичем–

Дьяконовим. У рану виділилось близько 60,0 мл мутного вмісту із домішками фібрину (випіт взятий для бактеріального посіву та визначення чутливості флори до антибіотиків). У правій боковій ділянці виявлено утвір діаметром до 2–2,5 см, що містить дивертикулоподібні випинання, переважно по брижовому краю. При мобілізації даної структури встановлено, що остання являє собою червоподібний відросток довжиною близько 15 см, із множинними дивертикулами (1–3 см у діаметрі), причому один із них, на верхівці, із ознаками некрозу та перфорації стінки 2–3 мм в діаметрі (рис. 1).

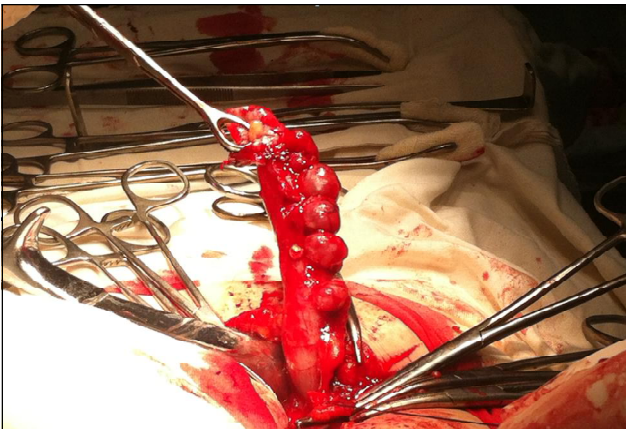


Рис. 1. Етап виконання оперативного втручання (апендектомії).

Виконано апендектомію (діаметр апендикса в основі до 2 см) з атипичним, дворядним зануренням кулки в сліпу кишку. Санація черевної порожнини.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Калитеевский П. Ф. Болезни червеобразного отростка / П. Ф. Калитеевский. – М. : Медицина, 1970. – 202 с.  
2. Минушкин О. Н. Абдоминальная боль: дифференциальная диагностика, возможные лечебные подходы / О. Н. Минушкин /

Оглянуто близько 1 м клубової кишки, іншої патології в черевній порожнині не виявлено. Дренування малої миски через контрапертуру в правій клубовій ділянці, ушивання післяопераційної рани.

У післяопераційному періоді – цефтріаксон – 1,0 г 2 рази на добу, метрагіл – 100,0 мл 3 рази на добу внутрішньовенно протягом 5 днів, клексан – 0,2 мл підшкірно під контролем часу згортання крові, знеболювальні внутрішньом'язово. На 3-тю добу видалено дренажну трубку, на 8-му – знято шви. Рана загоїлась первинним натягом. Виписано в задовільному стані під спостереження хірурга поліклініки.

Мікробіологічне дослідження випоту із черевної порожнини: виділено *E. coli* із чутливістю до цефотаксиму, цефтріаксону, цефуроксиму, цефепіму, амікацину, гатифлоксацину, левофлоксацину, іміпенему.

Гістологічне дослідження апендикса: в препараті множинні дивертикули, аденоматозні й ворсинчасті поліпи, деякі з них – із дисплазією залоз. Стінка одного з дивертикулів на верхівці некротизована з перфорацією. В одному з поліпів визначається ділянка високодиференційованої аденокарциноми (G-1), без інвазії, за типом “С-г in situ”.

Контрольний огляд через 1 місяць: почуває себе задовільно, не скаржиться.

**Висновок.** Представлений випадок одночасного поєднання множинних поліпів та дивертикулів червоподібного відростка із перфорацією одного із них становить значний клінічний інтерес і повинен бути врахований як один із можливих варіантів виникнення перитоніту з локалізацією в правих відділах черева.

/ Русский медицинский журнал. – 2002. – № 10. – С. 10–15.  
3. Пронин В. А. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия / В. А. Пронин, В. В. Бойко. – Харьков : СИМ, 2007. – 271 с.

Отримано 30.01.13