

ных варикотромбофлебитом. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2015; 21 (4): 64–70).

35. Nuzova OB, Demin DB, Avchenko MT, et al. Enhancing the effectiveness of diagnosis and treatment of acute varicothrombophlebitis. *Orenburg Medical Bulletin* 2013; 1 (3): 23–25. Russian (Нузова О.Б., Демин Д.Б., Авченко М.Т. и др. Повышение эффективности диагностики и лечения острого варикотромбофлебита. *Оренбургский медицинский вестник* 2013; 1 (3): 23–25).

36. Pustovoyt AA. Comparative evaluation of krossjektomii and anticoagulant therapy in preventing complications of acute ascending varicothrombophlebitis great saphenous vein: PhD diss. M., 2014; 100 p. Russian (Пустовойт А.А. Сравнительная оценка кроссэктомии и антикоагулянтной терапии в предотвращении осложнений острого восходящего варикотромбофлебита большой подкожной вены: дис. ... канд. мед. наук. М., 2014; 100 с.).

37. Roitman EV. Principles of individualization of therapy and prophylaxis of venous thromboembolic complications. *Phlebology* 2014; 8 (2): 98. Russian (Ройтман Е.В. Принципы индивидуализации терапии и профилактики венозных тромбозных осложнений. *Флебология* 2014; 8 (2): 98).

38. Stebelski L, Brichant J, Pierard L, et al. Perioperative management of direct oral anticoagulants: not much evidence but several different approaches. *Rev Med Liege* 2014; 69 (12): 671–679.

39. Van Montfoort ML, Meijers JC. Anticoagulation beyond direct thrombin and factor Xa inhibitors: indications for targeting the intrinsic pathway? *Thromb Haemost* 2013; 110 (2): 223–232.

40. Schastlivsev IV, Lobastov KV, Larionov MV, et al. Rivaroxaban in treating acute thrombosis of superficial veins: first experience of application. *Surgeon* 2016; (11-12): 73–82. Russian (Счастливцев И.В., Лобастов К.В., Ларионов М.В. и др. Ривароксабан при лечении острого тромбоза поверхностных вен: первый опыт применения. *Хирург* 2016; (11-12): 73–82).

41. Finazzi G, Ageno W. Direct oral anticoagulants in rare venous thrombosis. *Intern Emerg Med* 2016; 11 (2): 167–170.

42. The Russian clinical recommendations for diagnosis, treatment and prevention of venous thromboembolic complications. *Phlebology* 2015; 9 (4): 1–52. Russian (Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозных осложнений. *Флебология* 2015; 9 (4): 1–52).

43. Kearon C, Akl E, Ornelas J, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest* 2016; 149 (2): 315–352.

44. Werth S, Bauersachs R, Gerlach H, et al. Superficial vein thrombosis treated for 45 days with rivaroxaban versus fondaparinux: rationale and design of the SURPRISE trial. *J Thromb Thrombolysis* 2016; (42): 197–204.

45. Krichevsky LA. Low molecular weight heparins in the modern system of blood coagulation control. *Doctor.Ru: Anesthesiology and reanimatology: Medical rehabilitation* 2015; 15 (116): 42–48. Russian (Кричевский Л.А. Низкомолекулярные гепарины в современной системе управления свертываемостью крови. *Доктор.Ру: Анестезиология и реаниматология: Медицинская реабилитация* 2015; 15 (116): 42–48).

46. Makarova NP. Tactics and results of treatment of ascending forms of superficial thrombophlebitis. In: *Materials of the Fifth Conference of the Association of Phlebologists*. Moscow, 2004; p. 78–79. Russian (Макарова Н.П. Тактика и результаты лечения восходящих форм поверхностного тромбоза. В сб.: *Материалы Пятой конференции ассоциации флебологов России*. М., 2004; с. 78–79).

47. Suhovatyh BS, Seredickij AV, Muradyan VF, et al. Results of applying oral anticoagulants in the treatment of patients with thromboembolic venous complications. *Angiology and Vascular Surgery* 2017; 23 (3): 82–87. Russian (Суховатых Б.С., Середицкий А.В., Мурадян В.Ф. и др. Результаты применения пероральных антикоагулянтов при лечении больных с венозными тромбозными осложнениями. *Ангиология и сосудистая хирургия* 2017; 23 (3): 82–87).

48. Trojanov AA. Case isolated ligation of great saphenous vein. *Bolnichnaya Gazeta Botkina* 1891; (3): 73–77. Russian (Троянов А.А. Случай изолированной перевязки большой подкожной вены. *Больничная газета Боткина* 1891; (3): 73–77).

УДК 617.55–002.3:616.34–007.43–002.36]–036.1 (045)

Клинический случай

### АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС ПОД МАСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

**Ю.Г. Шапкин** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой общей хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **А.Е. Катальников** — ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница №6 им. В.Н. Кошелева», врач-хирург; **Д.В. Старчихина** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры общей хирургии.

#### A CASE REPORT OF APPENDICULAR ABSCESS RESULTED IN HERNIAL SAC PHLEGMON

**Yu. G. Shapkin** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of General Surgery, Professor, Doctor of Medical Sciences; **A. E. Katalnikov** — Saratov City Hospital №6 n.a. V. N. Koshelev, Surgeon; **D. V. Starchikhina** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of General Surgery, Post-graduate.

Дата поступления — 14.11.2017 г.

Дата принятия в печать — 20.02.2018 г.

**Шапкин Ю.Г., Катальников А.Е., Старчихина Д.В.** Аппендикулярный абсцесс под маской флегмоны грыжевого мешка (описание клинического случая). *Саратовский научно-медицинский журнал* 2018; 14 (1): 94–96.

Рассматривается необычный клинический случай прорыва аппендикулярного абсцесса в инцизионную вентральную грыжу с формированием флегмоны передней брюшной стенки. Данное наблюдение представляет интерес, поскольку довольно редко встречаются в клинической практике случаи с подобным жизнеугрожающим осложнением (флегмона передней брюшной стенки), объективными трудностями проводимой дифференциальной диагностики (рихтеровское ущемление кишки или сальника в грыже с некрозом и формирование флегмоны грыжевого мешка; прорыв аппендикулярного абсцесса в грыжу). Выполнено хирургическое лечение данной патологии, обеспечившее в последующем выздоровление пациента.

**Ключевые слова:** аппендикулярный абсцесс, инцизионная вентральная грыжа, флегмона передней брюшной стенки.

**Shapkin YuG, Katalnikov AE, Starchikhina DV. Shapkin YuG, Katalnikov AE, Starchikhina DV.** A case report of appendicular abscess resulted in hernial sac phlegmon. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2018; 14 (1): 94–96.

An abnormal clinical case of break of appendicular abscess in incisional ventral hernia complicated phlegmon of anterior abdominal wall is reported. The observation is of significant importance due to rare frequency of occurrence

in clinical practice, formation of a dangerous complication (phlegmon of anterior abdominal wall), difficult differential diagnostics (Richter's strangulation of bowel or epiploen in hernia with necrosis complicated hernial sac phlegmon or break of appendicular abscess in incisional ventral hernia). The surgical management was performed followed by a patient's recovery.

**Key words:** appendicular abscess, incisional ventral hernia, phlegmon of anterior abdominal wall.

**Актуальность.** Аппендикулярный абсцесс является серьезным и опасным осложнением деструктивных форм острого аппендицита. Частота развития аппендикулярных абсцессов составляет 1–3% случаев [1].

Возможными исходами абсцессов брюшной полости являются:

1) смерть или формирование хронического абсцесса (при отсутствии адекватного контроля и дренирования);

2) самопроизвольное дренирование — прорыв абсцесса в кишку или наружу, часто в лапаротомную рану;

3) прорыв абсцесса и в кишку, и наружу — формирование кишечного свища;

4) делокализация процесса — прорыв в свободную полость с формированием распространенного перитонита [2].

Мы столкнулись с вариантом течения аппендикулярного абсцесса. Информации о подобном случае в литературе нами не обнаружено [1–3].

**Описание клинического случая.** Больной Р. 75 лет госпитализирован в СГКБ №6 в экстренное хирургическое отделение 22.01.2017 с жалобами на боль в нижнем отделе живота, преимущественно справа, повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза известно, что 12.01.2017 стала беспокоить боль в нижнем отделе живота. С 18.01.2017 отметил повышение температуры тела по вечерам до 38°C. Лечился самостоятельно, принимал обезболивающие, жаропонижающие препараты, с кратковременным положительным эффектом. 22.01.2017 боль в животе усилилась, в связи с чем вызвал СМП, доставлен в СГКБ №6, госпитализирован в экстренное хирургическое отделение.

На момент осмотра: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Аксиллярная температура 37,5°C, ректальная 37,9°C. Язык влажный. Живот не вздут. На передней брюшной стенке по средней линии ниже пупка имеется окрепший послеоперационный рубец (после операции по поводу удаления камней из мочевого пузыря). В нижней и средней трети рубца определяется выпячивание округлой формы до 7 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, безболезненное, частично вправимое в брюшную полость. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, где определяется плотное неподвижное образование диаметром 9 см. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз (WBC 23,8\*10<sup>9</sup>/л) без изменений лейкоцитарной формулы.

При УЗИ брюшной полости от 23.01.2017 в правой подвздошной области обнаружен участок неоднородной структуры, гипоэхогенный, размером 77\*35 мм.

DS: «Острый аппендицит в стадии плотного инфильтрата». Сопутст.: «Невправимая инцизионная вентральная грыжа». Назначена антибактериальная (метрогил, циплокс) и противовоспалительная терапия.

25.01.2017 в 20.00 состояние с отрицательной динамикой ввиду появления боли в области грыжевого выпячивания по средней линии живота ниже пупка. Объективно: состояние средней тяжести. Язык сухой. Живот не вздут. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, где определяется инфильтрат несколько меньших размеров (диаметром 6 см). В то же время выявляется болезненность при пальпации в области грыжевого выпячивания по средней линии ниже пупка. Грыжевое выпячивание 7 см в диаметре, мягкоэластической консистенции, умеренно болезненное, частично вправимое в брюшную полость, кожа над ним гиперемирована на площади 25 см<sup>2</sup> без четких контуров. Перитонеальных симптомов нет.

При УЗИ брюшной полости на следующий день (26.01.2017): образование в правой подвздошной области уменьшилось до 51\*24 мм. В гипогастрии определялись извитые петли кишечника с утолщенными стенками. Свободная жидкость в брюшной полости не визуализировалась. Отмечена отечность мягких тканей передней брюшной стенки в гипогастрии.

У больного заподозрено пристеночное ущемление кишки или сальника в грыже с некрозом и формированием флегмоны грыжевого мешка, или прорыв аппендикулярного абсцесса в грыжу. Принято решение о вскрытии гнойника в месте гиперемии.

На операции под внутривенным наркозом с интубацией трахеи выполнен разрез мягких тканей в области послеоперационного рубца над грыжей. Жировая клетчатка пропитана гноем. Грыжевой мешок серо-зеленого цвета, вскрыт. Получен густой, серо-зеленый гной с колибациллярным запахом. При ревизии выявлено, что гной поступает из брюшной полости через щелевидное пространство между мягкими тканями. В дне полости визуализируются участок инфильтрированного купола слепой кишки и верхушка гангренозно измененного червеобразного отростка. Решено ограничиться вскрытием и дренированием гнойника. Полость гнойника дренирована резиновым выпускником и ПХВ-трубкой.

DS после операции: «Аппендикулярный абсцесс с прорывом в инцизионную вентральную грыжу. Флегмона передней брюшной стенки».

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (фосфомидин, амикацин). При УЗИ свободной жидкости в брюшной полости и в мягких тканях передней брюшной стенки не выявлено. Выздоровление. Выписан на 29-е сутки. Рекомендована аппендэктомия и грыжесечение в плановом порядке.

**Заключение.** Приведенное клиническое наблюдение, несомненно, полезно для врачей поликлинического и стационарного уровня, поскольку оно демонстрирует трудности дифференциальной диагностики между аппендикулярным абсцессом и флегмоной грыжевого мешка, несмотря на тщательное собранный анамнез заболевания и полноценное клинико-лабораторное обследование больного.

**Авторский вклад:** написание статьи — Ю. Г. Шапкин, Д. В. Старчихина, А. Е. Котальников; утверждение рукописи для публикации — Ю. Г. Шапкин.

**Ответственный автор** — Старчихина Дарья Владиславовна  
Тел.: 89873107678  
E-mail: starchihinadasha@mail.ru

**Reference (Литература)**

1. Acute appendicitis. In: Savelyev VS, Kirienko AI, eds. National guidelines of clinical surgery. Moscow: Geotar-Media, 2010; vol. 2, p. 103–142. Russian (Острый аппендицит. В кн.: Клиническая хирургия: национальное руководство / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. М.: Гэотар-Медиа, 2010; т. 2, с. 103–142).

2. Savelyev VS, Gelfand BR. Peritonitis: Clinical guidelines. Moscow: Litterra, 2006; p. 102–106. Russian (Перитонит / под

ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006; с. 102–106).

3. Strangulated hernia. In: Savelyev VS, Kirienko AI, eds. National guidelines of clinical surgery. Moscow: Geotar-Media, 2010; vol. 2, p. 257–279. Russian (Ущемленные грыжи. В кн.: Клиническая хирургия: национальное руководство / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. М.: Гэотар-Медиа, 2010; т. 2, с. 257–279).

