



О. В. Капшитар,  
О. О. Капшитар

Запорізький державний  
медичний університет

© Капшитар О. В.,  
Капшитар О. О.

## АРОЗИВНА КРОВОТЕЧА З АПЕНДИКУЛЯРНОЇ АРТЕРІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ДЕСТРУКТИВНОМУ АПЕНДИЦИТІ

**Реферат.** *Мета дослідження:* представити хірургічній спільноті досить рідкісне ускладнення важкого деструктивного апендициту — арозивну кровотечу і причину її розвитку.

*Матеріал і методи.* Оpubліковано рідкісний клінічний випадок з практики — розвиток перфорації червоподібного відростка і арозивної кровотечі з апендикулярної артерії у хворої з гострим гангренозним апендицитом.

*Результати та обговорення.* Атиповий перебіг гострого апендициту хвилеподібного характеру під маскою гострого аднекситу і антибактеріальної терапії привели до тривалої затримки з операцією в хірургічному відділенні. Лише апендикулярний абсцес, що спонтанно розкрився в черевну порожнину, дозволив діагностувати гострий апендицит і визначити показання до невідкладної операції, в процесі якої було діагностовано арозивну кровотечу. Успішний результат захворювання обумовлений локальним гнійно-некротичним процесом і невеликим гемоперитонеумом.

*Висновки.* Своєчасна діагностика гострого апендициту, з використанням додаткових методів дослідження в неясних випадках, з подальшою апендектомією, є профілактикою досить рідкісного ускладнення — арозивної кровотечі з апендикулярної артерії при розвитку важких ускладнених форм гострого деструктивного апендициту.

**Ключові слова:** апендицит, кровотеча, хірургічне лікування.

### Вступ

Незважаючи на тривалу історію вивчення різних аспектів гострого апендициту багато питань залишаються далекими від вирішення [1-3]. Гострий апендицит продовжує займати 1 місце в структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [4, 5]. В Україні захворюваність гострим апендицитом на 10000 населення складає 20,7 [4]. Самолікування хворих, пізні звернення за медичною допомогою, помилки медичних працівників на дошпитальному етапі призводять до розвитку важких ускладнень гострого деструктивного апендициту (апендикулярний інфільтрат і абсцес, необмежений гнійний перитоніт, абсцеси черевної порожнини різної локалізації та «Дуглас-абсцес», черевна флегмона, пілефлебіт, тромбофлебіт клубових і тазових вен, сепсис [3, 5-7]. У зв'язку з вище викладеним, пізні звернення хворих за медичною допомогою коливається від 4,9 до 31,2 %, а післяопераційна летальність складає 0,15 % при загальній летальності 0,05 % [4]. Важкий місцевий гнійно-некротичний процес, внаслідок довгостроково існуючого і прогресуючого перебігу деструктивного апендициту, є причиною арозивної кровотечі [6, 8]. У всіх пацієнтів мала місце перфорація червоподібного відростка, а гемопе-

ритонеум склав 600,0 мл, досягнувши значних об'ємів [6, 8]. Визначити частоту розвитку арозивної кровотечі практично неможливо, тому що вона не включена в класифікацію ускладненого гострого апендициту [3, 4, 7, 9, 10]. У відкритій пресі є лише окремі публікації авторів поодиноких клінічних спостережень [8, 9].

### Мета дослідження

Представити хірургічній спільноті досить рідкісне ускладнення важкого деструктивного апендициту — арозивну кровотечу і причину її розвитку.

### Матеріали та методи досліджень

У далекому 1973-1974 роках один з авторів публікації (професор Капшитар О.О.) проходив навчання в річній інтернатурі за фахом «хірургія» в хірургічному відділенні Миської лікарні № 2 м. Кривий Ріг Дніпропетровської області, яка була відомчою лікарнею заводу «Криворіжсталь», і, разом з іншими хірургами-інтернами, брав участь в спостереженні і лікуванні хворої з важким деструктивним апендицитом, у якій в трапилася арозивна кровотеча в порожнину апендикулярного абсцесу, що розкрився в черевну порожнину. Причиною стала запізнена діагностика в хірургічному відділенні. У на-



ступні роки роботи хірургом в міських лікарнях Кривого Рогу, а з 1990 року – в хірургічних клініках Запорізького державного медичного університету, автор документа не зустрічався з подібним ускладненням гострого деструктивного апендициту. Наводимо наше клінічне спостереження.

Хвора К., 54 років, шпиталізована в хірургічне відділення Міської лікарні № 2 м. Кривий Ріг зі скаргами на незначний біль в правій клубовій області тупого характеру. З анамнезу захворювання з'ясовано, що 1 тиждень тому раптово виник тупий біль у правій клубовій області, через кілька годин біль самостійно пройшов. Однак, в подальшому болючість в правій клубовій області відновилася, періодично повністю зникаючи. Інших скарг не пред'являла. Не лікувалася. Напередодні вночі прокинулася від відчуття, що щось «тріснуло в животі» і біль в правій клубовій області стала носити постійний тупий характер. За медичною допомогою звернулася вперше і після огляду лікаря лінійної бригади СМП з діагнозом «Гострий апендицит» транспортована в хірургічне відділення. Консультована гінекологом, який виключив гостру гінекологічну патологію.

При надходженні загальний стан задовільний. Пульс ритмічний, 78 уд/хв. Температура тіла 36,6 °С. АТ 120/80 мм рт. ст. ЧДР 18 дих/хв. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, незначно болючий в правій здухвинній ділянці. При перкусії живота пригуплення немає. Перистальтика кишечника звичайна. Симптом Роздольського-Менделя позитивний. Симптоми Ровзінга, Ситковського, Воскресенського, Щоткіна, постукування в поперекових областях негативні. Стілець і діурез не порушені. При пальцевому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Загальний аналіз крові: Нb 138 г/л, Eг  $3,5 \times 10^{12}$ /л, L  $8,0 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула: паличко-ядерні нейтрофіли 7 %, сегментоядерні 72 %, лімфоцити 15 %, моноцити 6 %. ШЗЕ 6 мм/год. Загальний аналіз сечі — норма. При надходженні діагностований «Гострий апендицит»? За хворою встановлене динамічне спостереження. Введено розчин папаверину 2 % 1,0 мл і розчин платифіліну 0,2 % 2,0 мл.

#### Результати досліджень та їх обговорення

Пацієнтка оглянута через 5 годин. Скарг не пред'являє. Пульс 80 уд/хв. Температура тіла 36,6 °С. АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини відсутні. При контрольному дослідженні крові L  $7,8 \times 10^9$ /л, лейкоцитарна формула: паличко-ядерні нейтрофіли 7 %, сегментоядерні 70 %, лімфоцити 14 %, моноцити 9 %. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Гостра хірургіч-

на патологія органів черевної порожнини виключена. Діагностовано хронічний аднексит з хвилеподібними загостреннями і призначений курс антибактеріальної терапії. Надалі неодноразово хвора оглянута завідувачкою хірургічним відділенням, лікарем, ургентними хірургами. Стан пацієнтки нормалізувався і вона готувалася до виписки.

На 10-ту добу лікування в хірургічному відділенні, в день виписки, у хворої раптово виник різкий біль в правій здухвинній ділянці і поперековій області. Загальний стан середньої тяжкості. Пульс 100 уд/хв. АТ 110/80 мм. рт. ст. При пальпації живіт різко болючий в правій здухвинній ділянці з напругою черевних м'язів і позитивним симптомом Щоткіна. Діагностовано «Гострий апендицит». Невідкладна лапаротомія по Волковичу-Мак-Бурнею в правій клубовій області під місцевою анестезією розчином новокаїну 0,5 % — 300,0 мл. У правій клубовій ямці і порожнині малого тазу незначна кількість гною з кров'ю, іхорозний запах. У правій клубовій області виявлено нерухомий, значних розмірів щільний інфільтрат 12×10 см, який складався із сліпої кишки, петель термінального відділу тонкого кишковика, пасма великого сальника. Інфільтрат із зусиллям викритий. В середині його розташована порожнина, яка містила густий гній, темну і червону кров в обсязі 200,0 мл. Після санації її антисептиками та більш детальної ревізії візуалізований червоподібний відросток, розташований медіальніше по відношенню до сліпої кишки, довжиною 8 см, чорного кольору з перфоративним отвором біля основи розміром 0,4×0,4 см. Поруч виявлено некроз брижі червоподібного відростка і основного стовбура апендикулярної артерії з аррозивною кровотечею в порожнину абсцесу. Гемостаз здійснений прошиванням 8-подібними швами капроном. Брижа червоподібного відростка парціально прошита і лігована, відсічена. В основі червоподібний відросток перетиснений, лігований кетгуттом, відтятий. Його культя оброблена йодом і занурена в кисетний і вузлові капронові шви. Тривалість операції 2 години. Через контрапертури в правій клубовій області в порожнину апендикулярного абсцесу введений марлевий тампон, 2 гумові трубки, через другу контрапертуру — в дугласовий простір введені 2 гумові трубки. Оперативний доступ, зроблений до червоподібного відростка, поширено ушитий наглухо. Післяопераційний діагноз: гострий гангренозний апендицит. Перфорація червоподібного відростка. Апендикулярний абсцес, що розкрився в черевну порожнину. Арозія основного стовбура апендикулярної артерії з кровотечею в порожнину апендикулярного абсцесу. Місцевий гнійний перитоніт. Гемоперитонеум.



Інтенсивна багатокомпонентна консервативна терапія. Подальший післяопераційне перебіг — без особливостей. Тампон підтягнутий на 8 добу і видалений — на 9 добу, а трубчасті дренажі — на 11 добу. Дренажі з порожнини малого таза видалені на 6 добу. Шви зняті на 7-8 добу. Рана загоїлася первинним натягом. У задовільному стані хвора виписана на 22 добу лікування в хірургічному відділенні для закінчення лікування у хірурга поліклініки.

### Висновки

1. В даний час, і це підтверджує наш клінічний випадок з практики, арозивна кровотеча з апендикулярної артерії є казуїстикою, тому що Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія) [1] вимагають виконання апендектомії протягом 2 годин від початку постановки діагнозу «Гострий апендицит» або

протягом 6 годин здійснити лапаротомію при неможливості виключити гострий апендицит навіть з використанням додаткових методів обстеження.

2. Атипівість клінічної картини гострого апендициту (гінекологічної форми) була посилена антибактеріальною терапією, що стало причиною тривалої затримки з операцією на шпитальному етапі.

3. Спонтанний розтин апендикулярного абсцесу в черевну порожнину дозволив встановити діагноз гострого апендициту в хірургічному відділенні, виконати апендектомію, в процесі якої і було діагностовано арозивну кровотечу з основного стовбура апендикулярної артерії.

4. Сприятливий результат лікування при запізній операції пов'язаний з наявністю важкого, але локального гнійно-некротичного процесу і невеликої крововтрати.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Завгородний СН, Кубрак МА, Рылов АИ. Видеолaparoskopическая аппендэктомия при остром аппендиците у пациентов пожилого и старческого возраста. Сучасні медичні технології. 2018;3:72-7.
2. Завгородний СН, Рылов АИ, Кубрак МА. Опыт применения лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците. Патологія. 2016;3:43-7.
3. Пронін ВО, Бойко ВВ. Патологія червоподібного відростка та апендектомія. Харків: СИМ, 2007. 271 с.
4. Клінічні протоколи надання медичної допомоги (Хірургія): Нормативне виробничо-практичне видання. К.:МНІАЦ медичної статистики; МВЦ Медінформ, 2013. 240 с.
5. Кондратенко ПГ, Русина ВИ. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство). Донецк: Издатель Заславский АЮ, 2013. 720 с.
6. Гринберга АА. Неотложная абдоминальная хирургия. Справочное пособие для врачей. М.: Триада-Х, 2015. 496 с.
7. Савельева ВС. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: МИА, 2014. 544 с.
8. Колесов ВИ. Клиника и диагностика острого аппендицита. Ленинград: Медицина, 1972. 344 с.
9. Никонов СА. Случай прободящего воспаления червеобразного отростка с обильным кровотечением в брюшную полость. Русский врач. 1904;1:12-3.
10. Седов ВМ. Аппендицит. СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство; 2002. 232 с.

### REFERENCE

1. Zavgorodnij SN, Kubrak MA, Rylov AI, Daniluk MB, Simnyaya GM. Videolaparoskopicheskaya appendektomiya pri ostrom appendicite u pacientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Suchasni medichni tekhnologii. 2018;3:72-7.
2. Zavgorodnij SN, Rylov AI, Kubrak MA, Daniluk MB, Naidenov OD, Grichenko GM. Opyt primeneniya laparoskopicheskoy appendektomii pri ostrom appendicite. Patologiya. 2016;3:43-7.
3. Pronin VO, Bojko VV. Patologiya chervopodibnogo vidrostka ta apendektomiya. H.: SIM, 2007. 271 s.
4. Klinichni protokoli nadannya medichnoi dopomogi (Hirurgiya): Normativne virobничo-praktichne vidannya. K.: MNIAC medichnoi statistiki; MVC Medinform, 2013. 240 s.
5. Kondratenko PG, Rusina VI. Neotlozhnaya hirurgiya organov bryushnoj polosti (klinicheskoe rukovodstvo). Donetsk: Izdatel' Zaslavskij A.YU., 2013. 720 s.
6. Grinberga AA. Neotlozhnaya abdominal'naya hirurgiya (spravochnoe posobie dlya vrachej). M.: Triada-H, 2015. 496 s.
7. Savel'eva VS. Rukovodstvo po neotlozhnoj hirurgii organov bryushnoj polosti. M.: MIA, 2014. 544 s.
8. Kolesov VI. Klinika i diagnostika ostrogo appendicita. Leningrad: Medicina, 1972. 344 s.
9. Nikonov SA. Sluchaj probodayushchego vospaleniya cherveobraznogo otrostka s obil'nym krvotecheniem v bryushnuyu polost'. Russkij vrach. 1904;1:12-3.
10. Sedov VM. Appendicit. SPb.: Sankt-Peterburgskoe medicinskoe izdatel'stvo, 2002. 232 s.



АРРОЗИВНОЕ  
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ  
АППЕНДИКУЛЯРНОЙ  
АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ  
ДЕСТРУКТИВНОМ  
АППЕНДИЦИТЕ

*А. В. Капшитарь,  
А. А. Капшитарь*

**Реферат.** *Цель исследования:* представить хирургической обществу довольно редкое осложнение тяжёлого деструктивного аппендицита — аррозивное кровотечение и причину его развития.

*Материал и методы.* Опубликован редкий клинический случай из практики — развитие перфорации червеобразного отростка и аррозивного кровотечения из аппендикулярной артерии у больной с острым гангренозным аппендицитом.

*Результаты и обсуждение.* Атипичное течение острого аппендицита волнообразного характера под маской острого аднексита и антибактериальная терапия привели к длительной задержке с операцией в хирургическом отделении. Лишь спонтанно вскрывшийся в брюшную полость аппендикулярный абсцесс позволил диагностировать острый аппендицит и определить показания к неотложной операции, в процессе которой было диагностировано аррозивное кровотечение. Благоприятный исход заболевания обусловлен местным гнойно-некротическим процессом и небольшим гемоперитонеумом.

*Выводы.* Своевременная диагностика острого аппендицита, с использованием дополнительных методов исследования в неясных случаях, с последующей аппендэктомией, является профилактикой достаточно редкого осложнения — аррозивного кровотечения из аппендикулярной артерии при развитии тяжелых осложненных форм острого деструктивного аппендицита.

**Ключевые слова:** *аппендицит, кровотечение, хирургическое лечение.*

ARROSIVE  
BLEEDING FROM THE  
APPENDICULAR ARTERY  
IN ACUTE DESTRUCTIVE  
APPENDICITIS

*A. V. Kapshitar, A. A. Kapshitar*

**Summary.** *Objective of the study:* to present to the surgical community a rather rare complication of severe destructive appendicitis — arrosive bleeding and the cause of its development.

*Material and methods.* Published a rare clinical case from practice — the development of perforation of the appendix and arrosive bleeding from the appendicular artery in a patient with acute gangrenous appendicitis.

*Results and its discussion.* The atypical course of acute appendicitis of undulating nature under the mask of acute adnexitis and antibacterial therapy has led to a prolonged delay with surgery in the surgical department. Only the appendicular abscess, which spontaneously opened into the abdominal cavity, made it possible to diagnose acute appendicitis and determine indications for emergency surgery, during which arrosive bleeding was diagnosed. The favorable outcome of the disease is due to the local purulent-necrotic process and small hemoperitoneum.

*Findings.* Timely diagnosis of acute appendicitis, with the involvement of additional research methods in unclear cases, and subsequent appendectomy, are the prevention of a rather rare complication — arrosive bleeding from the appendicular artery in the development of severe complicated forms of acute destructive appendicitis.

**Key words:** *appendicitis, bleeding, operative surgical proce.*