

Д.С. Солейко<sup>1</sup>, Н.П. Солейко<sup>2</sup>, О.М. Горбатюк<sup>3</sup>, І.В. Саприга<sup>2</sup>, О.О. Курташ<sup>4</sup>

## Клінічний випадок абсцесу задньої стінки сечового міхура в пацієнтки трирічного віку: діагностично-лікувальна тактика

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

<sup>2</sup>КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної ради», Україна

<sup>3</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>4</sup>Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Paediatric Surgery (Ukraine). 2025. 2(87): 128-135. doi: 10.15574/PS.2025.2(87).128135

**For citation:** Soleiko DS, Soleiko NP, Gorbatyuk OM, Sapryha IV, Kurtash OO. (2025). Clinical case of abscess of the posterior wall of the urinary bladder in a 3-year-old patient. Diagnostic and treatment tactics. Paediatric Surgery (Ukraine). 2(87): 128-135. doi: 10.15574/PS.2025.2(87).128135.

Інтраабдомінальні запальні утворення черевної порожнини в дітей є ускладненням запальних процесів різних органів, одним з яких може бути сечовий міхур. Несвоєчасне визначення анатомічної локалізації запального вогнища є однією з причин хибного діагнозу, гіподіагностування, обрання тактики лікування, яка не є радикальною щодо етіології захворювання.

**Мета** – висвітлити симптоматику, визначити діагностичні заходи і комплексне лікування абсцесу стінки сечового міхура в дітей на підставі клінічного випадку.

У **клінічному випадку** висвітлено тактику діагностування і лікування в пацієнтки віком три роки з абсцесом задньої стінки сечового міхура. Проаналізовано перебіг захворювання і діагностично-лікувального процесу, показано причини визначення хибного діагнозу, етіології та локалізації запального вогнища, динаміки перебігу захворювання, лікувальної тактики на першому етапі лікування, які стали причиною несвоєчасного хірургічного втручання. Визначено і доведено необхідність мультимодальної діагностичної тактики за результатами візуалізації запальних утворень черевної порожнини. Проаналізовано діагностичну цінність і доцільність застосування додаткових методів обстеження. Наведено диференційне діагностування абсцесу стінки сечового міхура з аномаліями урахуса. Визначено тактику консервативного і хірургічного лікування.

**Висновки.** Структура запальних інфільтратів/абсцесів черевної порожнини в дітей поліетіологічна. Однією з причин виникнення інфільтрату/абсцесу черевної порожнини є запальний процес стінки сечового міхура. Інфільтративне утворення черевної порожнини потребує мультимодальної діагностичної тактики одразу після визначення діагнозу і госпіталізації – проведення магнітно-резонансної томографії (за неможливості – комп'ютерної томографії з контрастуванням) і ультразвукового дослідження органів черевної порожнини для визначення його етіології, локалізації, характеру і структури патологічних змін, можливого абсцедування, співвідношення з іншими анатомічними структурами. Наявність інфільтрату/абсцесу стінки сечового міхура потребує диференційного діагностування з ускладненими аномаліями урахуса, іншими вадами розвитку, пухлиноподібними утвореннями. Наявність у пацієнта дитячого віку абсцесу стінки сечового міхура є показанням до проведення фіброуретероцистоскопії в стані загального знеболювання для визначення можливих змін слизової, вроджених вад розвитку, пухлиноподібних утворень сечового міхура.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** інфільтрат черевної порожнини, абсцес черевної порожнини, абсцес задньої стінки сечового міхура, діагностування, лікування, діти.

**Clinical case of abscess of the posterior wall of the urinary bladder in a 3-year-old patient. Diagnostic and treatment tactics****D.S. Soleiko<sup>1</sup>, N.P. Soleiko<sup>2</sup>, O.M. Gorbatyuk<sup>3</sup>, I.V. Sapryha<sup>2</sup>, O.O. Kurtash<sup>4</sup>**<sup>1</sup>National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine<sup>2</sup>CNPE «Vinnytsya Regional Children's Clinical Hospital of the Vinnytsya Regional Council», Ukraine<sup>3</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine<sup>4</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Intra-abdominal inflammatory formations of the abdominal cavity in children are a complication of inflammatory processes of various organs, one of which may be the bladder. Untimely determination of the anatomical localization of the inflammatory focus is one of the reasons for the incorrect diagnosis, hypodiagnosis, and the choice of treatment tactics that are not radical in relation to the etiology of the disease.

**Aim** – description of symptoms, determination of diagnostic measures and complex treatment of abscess of the bladder wall in children based on a clinical case.

The **clinical case** demonstrates the tactics of diagnosis and treatment in a 3-year-old patient with an abscess of the posterior wall of the bladder. Analysis of the course of the disease and the diagnostic and treatment process proved the reasons for determining the incorrect diagnosis, improperly etiology and localization of the inflammatory focus, the dynamics of the course of the disease, and treatment tactics at the first stage of treatment, which became the reason for the untimely surgical intervention. The need for multimodal diagnostic tactics in the visualization of inflammatory formations of the abdominal cavity is determined and proven. The diagnostic value and feasibility of using additional examination methods are analyzed. Differential diagnosis of bladder wall abscess with urachus anomalies is presented. Conservative and surgical treatment tactics are determined.

**Conclusions.** The structure of inflammatory infiltrates/abscesses of the abdominal cavity in children is polyetiological. One of the causes of the occurrence of an infiltrate/abscess of the abdominal cavity is the inflammatory process of the bladder wall. The presence of an infiltrative formation of the abdominal cavity requires multimodal diagnostic tactics immediately after determining the diagnosis and hospitalization – performing magnetic-resonance imaging (if it is impossible to perform it – computed tomography with contrast) and ultrasound of the abdominal organs, in order to determine its etiology, localization, nature and structure of pathological changes, the possible presence of abscessation, location relative to other anatomical structures. The presence of an infiltrate/abscess of the bladder wall requires differential diagnosis with complicated anomalies of the urachus, other developmental defects, tumor-like formations. The presence of a bladder wall abscess in a pediatric patient is an indication for performing fibroureterocystoscopy under general anesthesia to determine possible presence of changes in the mucosa, congenital malformations, and tumor-like formations of the bladder.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Informed consent was obtained from parents of the child.

The authors declare no conflict of interest.

**Keywords:** abdominal cavity infiltrate, abdominal cavity abscess, posterior bladder wall abscess, diagnostics, treatment, children.

**Вступ**

Структура хірургічних причин абдомінального болю в дітей є мультифакторною. Кількість дітей із синдромом абдомінального болю, які звертаються до приймального відділення (відділення невідкладної допомоги) по допомогу, становить 8–10% від загальної кількості [13]. Це потребує обов'язкового залучення хірурга в діагностичний процес, а в разі підозри або визначення хірургічної етіології больового синдрому ще й вимагає госпіталізації до хірургічного відділення. Визначення причини болю в животі не є простим унаслідок значної кількості можливих захворювань, у структурі яких запальні процеси становлять окрему групу [10]. Інтраабдомінальні запальні утворення (інфільтрати, абсцеси) потребують комплексного діагностування і гарної теоретичної підготовки хірурга щодо патології органів черевної порожнини [4]. Абсцес стінки сечового міхура є вкрай рідкісною патологією як у дорослих, так і в дітей, свідченням чого також є поодинокі публікації клінічних випадків

у фаховій літературі [1,8]. Зважаючи на відсутність при абсцесі стінки сечового міхура специфічних симптомів, можливу відсутність перитонеальної симптоматики, специфічних запальних змін у сечі та результатах аналізів, необхідність проведення магнітно-резонансної (МРТ) або комп'ютерної томографії (КТ), у певних випадках цистоскопії і/або цистографії, цей діагноз становить складне діагностичне завдання для дитячого хірурга [2].

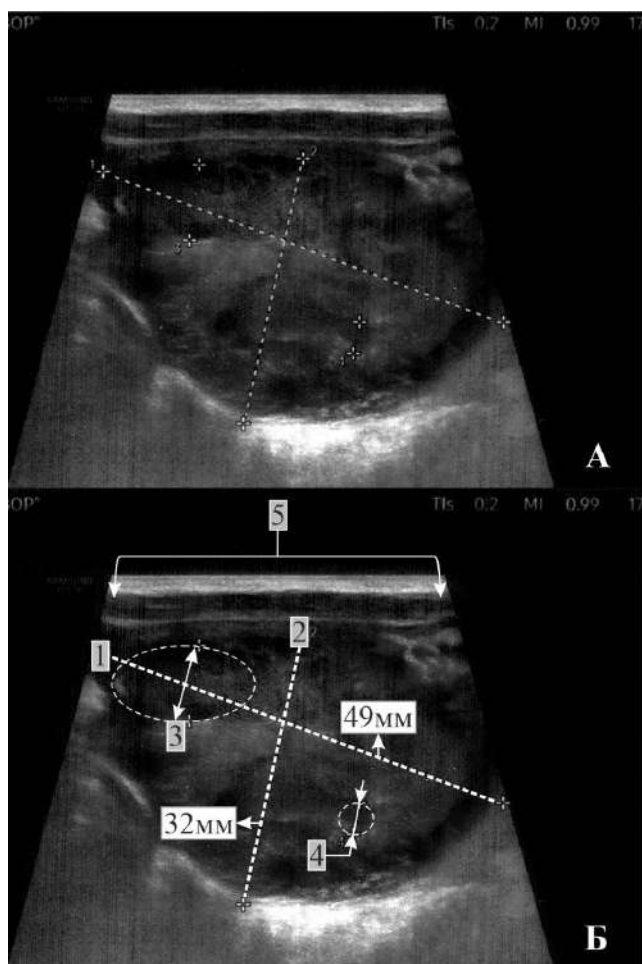
**Мета** дослідження – висвітлити симптоматику; визначити діагностичні заходи і комплексне лікування абсцесу стінки сечового міхура в дітей на підставі клінічного випадку.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

**Клінічний випадок**

До приймального відділення КНП «Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня Вінницької обласної

Clinical case



**Рис. 1.** Пацієнтка Г., віком 3 роки. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: А – інфільтрат правої здухвинної ділянки, загальний вигляд; Б – структура і розміри інфільтрату правої здухвинної ділянки; 1, 2 – розміри інфільтрату; 3, 4 – рідинні ділянки розмірами 3–9 мм, 5 – передня черевна стінка

ради» (КНП ВОДКЛ ВОР) звернулися батьки дівчинки Г. віком 3 роки зі скаргами на наявність у дитини періодичного болю в животі, який виникав перед актом сечовипускання протягом останніх сім діб. За три доби напади больового синдрому стали більш частими і незалежними від сечовипускання. У день звернення, на ранок, біль посилювався, температура тіла сягнула 39°C. На момент огляду: живіт симетричний, не здутий, бере участь в акті дихання, доступний глибокій пальпації в усіх відділах, болючий у правій здухвинній ділянці та в ділянці гіпогастрії. Перитонеальна симптоматика в зазначених ділянках відсутня. Але у відповідь на глибоку пальпацію в правій здухвинній ділянці дитина реагувала вираженим неспокоєм, що утруднювало деталізацію змін і визначення меж болючості. У загальному аналізі крові рівень лейкоцитів становив  $18,75 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофілоз – 84,9%, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 58 мм/год. Патологічні зміни в за-

гальному аналізі сечі відсутні. Дитину з підозрою на гострий апендицит госпіталізовано до хірургічного відділення.

Пацієнтку повторно оглянуто в стані фізіологічного сну. За глибокої пальпації визначено болюче інфільтративне утворення, розмірами 2×4 см, малорухоме, із чіткими контурами. За результатами пальцевого ректального огляду патологічних змін стінок прямої кишки, наявності інфільтративних утворень не визначено. Шляхом бімануальної пальпації визначено болючість у правій здухвинній ділянці, defans musculorum відсутній. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП) підтверджено наявність інфільтративного утворення в правій здухвинній ділянці біля стінки сечового міхура, розмірами 25×21 мм, без ознак абсцедування, з поодинокими локусами кровотоку. Визначено діагноз апендикулярного інфільтрату. Прийнято рішення про консервативну тактику лікування.

В якості першого курсу антибактеріальної терапії дитині призначено: метронідазол 0,5% – 90 мг, 3 рази/добу, внутрішньовенно (в/в), 5 діб; меропенем – 200 мг, 3 рази/добу, в/в, 8 діб; цефтріаксон – 600 мг, 2 рази/добу, в/в, 8 діб. В якості другого курсу антибактеріальної терапії: аміцил – 60 мг, 2 рази/добу, в/в, 8 діб. Протягом 8 діб пацієнтка отримувала фізіотерапевтичне лікування – лазеротерапію на праву здухвинну ділянку.

За даними УЗД ОЧП у динаміці визначено зменшення, а згодом і зникнення інфільтрату та наявність в правій здухвинній ділянці, біля стінки сечового міхура, спазмованої петлі кишечника розмірами 2,6×1,9×2,0 см. Термін стаціонарного лікування – 20 діб. На момент виписки: живіт доступний глибокій пальпації і безболісний в усіх відділах, інфільтративні утворення і перитонеальна симптоматика відсутні. У загальному аналізі крові: рівень лейкоцитів –  $12,22 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофілоз – 37,2%, ШОЕ – 46 мм/год.

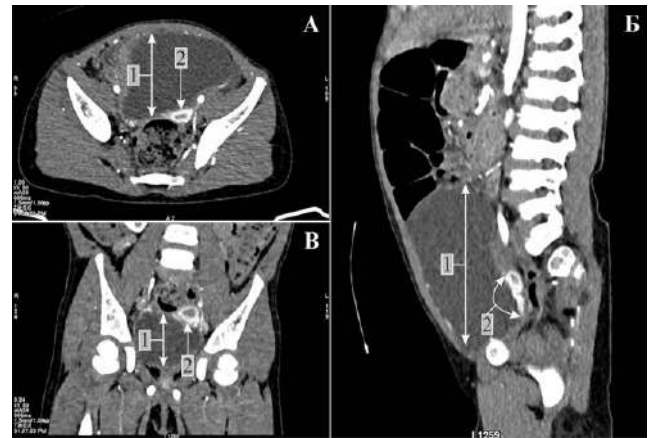
Пацієнтку в задовільному стані виписано на амбулаторне лікування з рекомендаціями: суспензія бісептолу (сульфаметоксазол 200 мг / триметоприм 40 мг/5 мл) – 2 рази/добу, перорально, 14 діб; суспензія ніфуроксазиду (ніфуроксазид 220 мг/5 мл) – 3 рази/добу, перорально, 7 діб; ультрависокочастотна терапія на праву здухвинну ділянку – щоденно, 8 діб; наступний курс фізіотерапевтичного лікування – парафінові аплікації на праву здухвинну ділянку, щоденно, протягом 10 діб.

На 6-ту добу після виписки в пацієнтки з'явився періодичний біль у животі перед актами дефекації

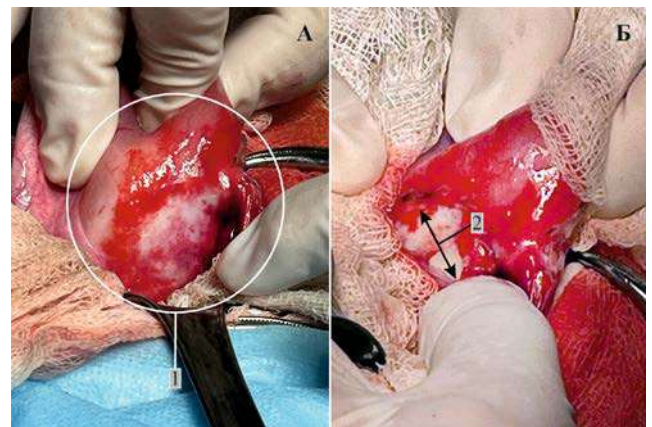
і сечовипускання. На 13-ту добу – біль у ділянці гіпогастрія. Батьки з дитиною повторно звернулися до приймального відділення КНП ВОДКЛ ВОР. Хвору госпіталізовано до хірургічного відділення. Під час огляду в медикаментозному сні при пальпації передньої черевної стінки та ректальному огляді визначено інфільтрат розмірами 30×35×40 мм. Утворення щільне, малорухоме, овальної форми. В усіх відділах живота симптоми подразнення очеревини негативні. У загальному аналізі крові рівень лейкоцитів дорівнював  $14,34 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофіліоз – 38,9%, ШОЕ – 47 мм/год. Патологічні зміни в загальному аналізі сечі відсутні. На УЗД ОЧП визначено наявність метеоризму петель кишечника, дилатація ампули прямої кишки до 43 мм, наявність у правій здухвинній ділянці інфільтративного утворення розмірами 49×32 мм із чіткими нерівними контурами, неоднорідною структурою, за рахунок рідинних ділянок діаметром 3–9 мм, наявністю в режимі кольорового доплерівського картування поодиноких ехо-локусів (рис. 1).

Технічна неможливість проведення хворій МРТ ОЧП стала причиною виконання мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) ОЧП і порожнини малого таза з в/в контрастуванням. За результатами дослідження визначено наявність багатокамерного рідинного інфільтрату між медіальною стінкою сліпої кишки і стінкою сечового міхура, розмірами 4×2×2,7 см, яке переднім контуром прилягає до передньої черевної стінки, нижнім – до бокової фасції таза на рівні зовнішніх клубових судин (рис. 2). Скупчення рідини має звивистий тубулярний характер і можливо є зміненим апендиксом. Навколо зазначеного скупчення розташовані дрібні локальні рідинні утворення розмірами до 4 мм. Товщина перетинки між рідинними скупченнями досягає 3 мм. Визначено зовнішні здухвинні лімфатичні вузли (л/в) справа розмірами до 11×10 мм. Сечовий міхур збільшений у розмірах, права стінка дифузно потовщена, КТ-ознаки патологічних змін стінки сечового міхура не виявлені. Зазначені зміни можуть відповідати апендикулярному інфільтрату з імовірним абсцедуванням.

Хворій у стані ендотрахеального наркозу виконано катетеризацію сечового міхура катетером Фолея. Здійснено нижню серединну лапаротомію. В операційній рані після розкриття очеревини розміщена середня частина незміненої сигмоподібної кишки. Рідинний вміст і спайковий процес у черевній порожнині відсутні. Сліпа кишка та апендикс, розташований у низхідному положенні, матка, маткові труби та яєчники – без патологічних змін. Ви-



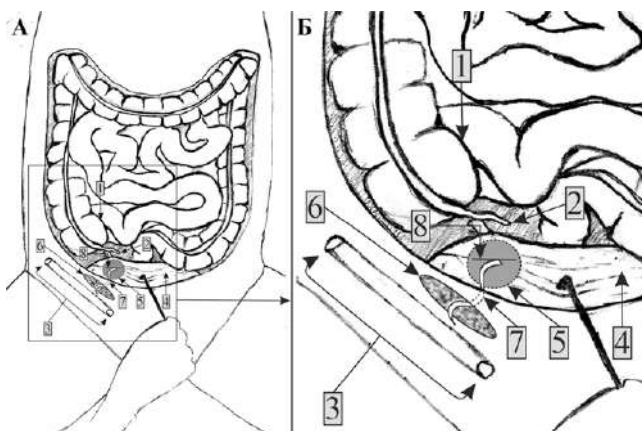
**Рис. 2.** Пацієнтка Г., віком 3 роки. Мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастуванням органів черевної порожнини і порожнини малого таза: А – горизонтальна проекція; Б – вертикальна бокова проекція; Б' – вертикальна пряма проекція; 1 – сечовий міхур; 2 – інфільтрат



**Рис. 3.** Абсцес задньої стінки сечового міхура: А – загальний вигляд абсцесу до розкриття; Б – загальний вигляд абсцесу після розкриття; 1 – вигляд задньої стінки сечового міхура в ділянці абсцесу; 2 – гнійний вміст абсцесу, отриманий після його розкриття

конано ревізію 1,5 м тонкої кишки від ілеоцекального кута для визначення можливої наявності дивертикула Меккеля та його патологічних змін – дивертикул відсутній. У задній стінці сечового міхура – інфільтративне утворення розмірами 40×35×25 мм, хрящеподібної щільності, який має мозаїчне забарвлення у вигляді червоних і білих плям різної форми та розмірів. За результатами подальшої ревізії ділянки сечового міхура не виявлено можливих вад розвитку, доброякісних або злоякісних новоутворень. Після розкриття і мобілізації очеревини в ділянці дна сечового міхура змінену задню стінку сечового міхура розкрито розрізом 2 см у місці найбільшого напруження. Після розкриття виділилося до 3 мл густого гнійного вмісту, зразки якого взято на бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження (рис. 3).

## Clinical case



**Рис. 4.** Дренування абсцесу задньої стінки сечового міхура через контрапертуру в правій паховій ділянці: А – загальний схематичний вигляд маніпуляції дренування; Б – збільшена частина ілюстрації ділянки хірургічної маніпуляції; 1 – купол сліпої кишки; 2 – незмінений апендикс; 3 – правий паховий канал; 4 – задня стінка сечового міхура; 5 – місце локалізації абсцесу задньої стінки сечового міхура; 6 – контрапертура в правій паховій ділянці; 7 – дренаж, введений у порожнину абсцесу задньої стінки сечового міхура; 8 – проекція лінії розкриття абсцесу задньої стінки сечового міхура

Порожнину абсцесу дреновано гумовим дренажем через контрапертуру в правій паховій ділянці. Дренаж фіксовано до шкіри, черевну порожнину пошарово ушито (рис. 4).

За результатами бактеріоскопії вмісту абсцесу задньої стінки сечового міхура в препараті визначено 30–40 переважно сегментоядерних лейкоцитів у полі зору, кокову флору та слиз у великій кількості. За даними бактеріального висіву не виявлено росту мікрофлори. За даними бактеріального моніторингу в ділянці контрапертури із дренажем, який здійснювався протягом післяопераційного періоду, також не встановлено бактеріальних штамів.

У післяопераційному періоді пацієнтці призначено інфузійну терапію протягом 3 діб, метронідазол 0,5% – 90 мг, 3 рази/добу, в/в, протягом 5 діб; меробоцид – 200 мг, 3 рази/добу, в/в, протягом 12 діб; лазеротерапію на ділянку живота протягом 10 діб, відновне лікування.

Протягом періоду післяопераційного лікування за результатами моніторингу загального аналізу сечі не виявлено патологічних змін.

Батькам хворої запропоновано проведення дитині фіброуретероцистоскопії в стані загального знеболювання для заперечення вад розвитку, пухлиноподібних утворень сечового міхура, від якої вони відмовилися.

На 14-ту добу стаціонарного лікування в загальному аналізі крові рівень лейкоцитів становив

$8,74 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофіліоз – 25,7%, ШОЕ – 18 мм/год. За результатами УЗД ОЧП не виявлено патологічних змін. Хвору в задовільному стані виписано на амбулаторне лікування з рекомендаціями: парафінові аплікації на праву здухвинну ділянку, щоденно, протягом 10 діб (попередні рекомендації щодо зазначеного лікування не виконані у зв'язку з повторною госпіталізацією на 6-ту добу після завершення першого етапу лікування).

Хвору оглянуто в КНП ВОДКЛ ВОР дитячим хірургом за 1 місяць після завершення комплексного лікування. Скарги відсутні, самопочуття задовільне. За результатами об'єктивного обстеження, лабораторних методів обстеження, а також УЗД ОЧП не виявлено патологічних змін.

## Обговорення

Наявність у дитини трирічного віку абдомінального больового синдрому, пов'язаного з сечовипусканням, фібрилітету, лейкоцитозу –  $18,75 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофіліозу – 84,9% надає лікарю підстави запідозрити інфекцію сечовидільних шляхів, яка в дітей найбільш поширена і може бути як ізольованою, так і проявом вроджених вад розвитку органів сечовидільних шляхів [11]. Проте відсутність патологічних змін у загальному аналізі сечі свідчить про іншу локалізацію запального процесу, а рівень ШОЕ 58 мм/год – про значний час його існування. Зазначені скарги і запальні зміни в загальному аналізі крові обумовлюють необхідність госпіталізації хворого до хірургічного відділення для ідентифікації запального процесу та його комплексного лікування. Негативна реакція дитини у відповідь на дії хірурга за результатами об'єктивного обстеження є показанням до огляду в стані фізіологічного або медикаментозного сну для деталізації змін та їхніх меж в ураженій ділянці. Визначення інфільтративних або пухлино-подібних утворень у здухвинних ділянках або гіпогастрії аргументує потребу бімануального пальцевого ректального дослідження для уточнення локалізації зазначених утворень та їхнього можливого зв'язку з іншими анатомічними утвореннями черевної порожнини і/або малого тазу.

Неможливість визначити за результатами бімануального пальцевого ректального дослідження наявність інфільтративного утворення обумовлена його високим розташуванням відносно прямої кишки та локалізацією в задній стінці сечового міхура.

Ультразвукове дослідження ОЧП суттєво допомагає дитячому хірургу в питаннях визначення наявності, локалізації, співвідношення з органами, що межують, динаміки змін інфільтративних/пухлино-

подібних утворень черевної порожнини. Безперечно, методи діагностичної візуалізації ОЧП, такі як КТ, УЗД, МРТ, мають застосовуватися хірургом для визначення діагнозу, тактики подальшого обстеження і лікування. Але їхні результати не завжди є точними, а іноді можуть надати інформацію, яка або не відповідає дійсності, або має бути по-іншому трактована [6,7]. Так, у наведеному нами клінічному випадку визначена під час першого етапу комплексного лікування позитивна УЗ-динаміка в ураженій ділянці не відповідала дійсності щодо локалізації запального вогнища та оцінки динаміки розвитку й перебігу запального процесу. Висновок МСКТ про можливу наявність зміненого апендиксу в інфільтраті також виявився хибним. Наявність абсцесу, його локалізація в задній стінці сечового міхура, відсутність за результатами ревізії правої здухвинної ділянки запальних змін і злук у ділянці купола сліпої кишки та апендикса спростували зазначену інформацію УЗД і МСКТ. На жаль, за даними УЗД і МСКТ ОЧП не визначено локалізації гнійного вогнища в стінці сечового міхура. Але за результатами МСКТ ОЧП встановлено локалізацію абсцесу в ділянці задньої стінки сечового міхура. Після розкриття абсцесу нами також не визначено його багатокамерності, зазначеної в описі МСКТ ОЧП.

Вибір методу дослідження для визначення наявності запального вогнища черевної порожнини та його характеристики обумовлений принципами роботи діагностичної апаратури, інформативністю щодо певного типу тканини, а також наявністю/відсутністю негативного впливу на організм пацієнта. МРТ, на відміну від КТ, не потребує застосування іонізуючого випромінювання, інформативна у відношенні м'яких тканин, а використання контрасту на основі гадолінію є безпечнішим за використання йодовмісного контрасту. КТ, як і МРТ, є інформативним методом дослідження в разі підозри на запальні утворення черевної порожнини та малого таза, але більш інформативним є МРТ. Тому саме цей метод дослідження має бути пріоритетним за наявності інфільтратів/абсцесів черевної порожнини і малого таза в пацієнтів дитячого віку.

Наявність клінічних ознак і/або КТ, МРТ, УЗ-ознак абсцедування є показанням до хірургічного лікування – розкриття і дренивання гнійного вогнища. Застосування у хворої Г. мультимодального діагностичного підходу з використанням УЗД ОЧП і МСКТ ОЧП, уже наведеного нами в іншому клінічному випадку, дало змогу уточнити локалізацію запального вогнища, визначити наявність гнійного вмісту на етапі лікування, сформулювати показання

до хірургічного лікування і своєчасного оперативного втручання (за результатами зазначених додаткових методів обстеження) [12].

Локалізація абсцесу в стінці сечового міхура потребує від хірурга з'ясування причини його виникнення, яка не в кожному випадку може бути визначена.

Неповна інволюція урахуса призводить до виникнення його аномалій, які трапляються рідко і становлять 1,03% усіх педіатричних пацієнтів, а рівень захворюваності в хлопчиків утричі вищий, ніж у дівчат. Малігнізація аномалій урахуса спостерігається в дорослому віці, але за результатами морфологічного дослідження макропрепаратів після хірургічної резекції ніколи не була описана в пацієнтів дитячого віку [3]. Урахус з'єднується із сечовим міхуром у ділянці передньо-верхнього купола [5]. Кіста урахуса є найпоширенішою його аномалією і діагностується в разі інфікування або як випадкова знахідка при здійсненні УЗД, КТ або МРТ ОЧП [9]. У випадку кісти урахуса облітерація відбувається в ділянці пупка і сечового міхура, середня частина залишається необлітерованою. Симптоматика інфікованої кісти урахуса полягає в наявності абдомінального болювого синдрому та інфільтративного утворення, яке можна визначити за пальпації в гіпогастрії [3].

Локалізація в пацієнтки Г. абсцесу в задній стінці сечового міхура, відсутність його зв'язку з пупком і/або порожниною сечового міхура заперечує аномалію урахуса. Відсутність макро- і мікрогематурії, лейкоцитурії та інших змін сечі в післяопераційному періоді вказує на відсутність пошкодження стінки сечового міхура після розкриття та дренивання абсцесу. Відсутність запальних змін у загальному аналізі сечі протягом усього періоду лікування і запальних захворювань сечовидільної системи в анамнезі свідчить, що вони не є причиною абсцесу. Відсутність росту бактеріальної мікрофлори у висіві гнійного вмісту абсцесу обумовлена попередньою антибактеріальною терапією. Але наявність при бактеріоскопії сегментоядерних лейкоцитів, кокової флори та слизу в комплексі з відповідною симптоматикою, лейкоцитозом, нейтрофільозом, збільшенням ШОЕ є підтвердженням бактеріальної етіології запального процесу. У наведеному клінічному випадку можливим шляхом бактеріальної контамінації ураженої ділянки є гематогенний. Проте остаточно етіологія абсцесу задньої стінки сечового міхура у хворої Г. не відома.

Консервативна тактика лікування інфільтратів черевної порожнини, за відсутності симптомів, відповідних змін у загальному аналізі крові та УЗ-ознак абсцедування, є загальноновизнаною та аргументова-

*Clinical case*

ною. Вона дає змогу уникнути ризику десерозації та травматичного пошкодження порожнистого органа внаслідок спроби усунення інфільтрату хірургічним шляхом, зменшити запальні зміни анатомічних утворень у перифокальній ділянці та здійснити відтермінований хірургічний етап лікування – пошук та усунення причини інфільтрату в «холодному періоді» захворювання. Проте консервативне лікування інфільтрату не виключає можливого абсцедування в подальшому. Але навіть за наявності гнійного вмісту в інфільтративному утворенні попередньо проведене консервативне лікування суттєво зменшує ризик генералізації запального процесу, розвитку спайкового процесу, час хірургічного втручання, ступінь можливої травматизації ОЧП і ризик виникнення післяопераційних ускладнень.

Визначення відсутності запальних змін в апендиксі є аргументацією для хірурга органозберігаючої тактики в його відношенні, оскільки апендикс бере участь у формуванні захисних, імунних, ендокринних, секреторних процесів, а також у регулюванні якісно-кількісного складу основної (біфідум-, лактобактерії) і супутньої (штами ентерококів, кишкової палички) мікрофлори шлунково-кишкового тракту. Ревізія тонкої кишки на визначення можливої наявності дивертикулу Меккеля є обов'язковою під час ревізії ОЧП. Метою пошуку є визначення самого факту наявності дивертикулу. За відсутності змін зазначеного утворення і прийняття рішення операційною бригадою про відсутність показань до його видалення, а також/або апендикса пацієнт і/або його опікуни мають бути про це поінформовані з метою надання в подальшому інформації хірургам за потреби оперативних втручань на ОЧП. І якщо хірургічна тактика щодо незміненого дивертикулу дотепер залишається дискутабельною, то в разі визначення хірургом макроскопічних ознак дивертикуліту або інших патологічних змін слід виконати дивертикулектомію з обов'язковим направленням видаленої анатомічної структури на морфологічне дослідження. Дренування черевної порожнини в дітей через контрапертуру в паховій ділянці виконується вкрай рідко. У наведеному нами клінічному випадку такий вид дренування обумовлений можливістю накладання контрапертури на одному рівні з локалізацією абсцесу задньої стінки сечового міхура, а також створення найкоротшого шляху для евакуації гнійного вмісту абсцесу. Накладаючи контрапертуру в паховій ділянці, хірург має бути впевнений, що під час цієї маніпуляції він уникне ризику пошкодження пахового каналу і його структур. Дренування в па-

ховій ділянці вимагає орієнтування хірурга в анатомічних структурах та їхньому співвідношенні між собою. Це є запорукою попередження травматизації і можливих ускладнень.

**Висновки**

Структура запальних інфільтратів/абсцесів черевної порожнини в дітей поліетіологічна. Однією з причин виникнення інфільтрату/абсцесу черевної порожнини є запальний процес стінки сечового міхура.

Наявність інфільтративного утворення черевної порожнини потребує мультимодальної діагностичної тактики одразу після визначення діагнозу і госпіталізації – проведення МРТ (у разі неможливості проведення – КТ із контрастуванням) та УЗД ОЧП, для визначення його етіології, локалізації, характеру та структури патологічних змін, можливого абсцедування, співвідношення з іншими анатомічними структурами.

Наявність інфільтрату/абсцесу стінки сечового міхура потребує диференційного діагностування з ускладненими аномаліями ураження, іншими вадами розвитку, пухлиноподібними утвореннями.

Наявність у пацієнта дитячого віку абсцесу стінки сечового міхура є показанням до фіброуретероцистоскопії в стані загального знеболювання для визначення можливих змін слизової, вроджених вад розвитку, пухлиноподібних утворень сечового міхура.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

**References/Література**

1. Abdullatif VA, Novack J, Shalhoub PJ, Campbell TG, Abbott JE. (2022). A rare case of a bladder neck abscess masquerading as a benign mass. *Case Reports in Urology*. 2022; 9966553. <https://doi.org/10.1155/2022/9966553>.
2. Alfarizi ZY, Subekti E, Danarto, Yuri P. (2024). A rare case of spontaneous bladder wall abscess mimicking bladder tumour in young women. *BMC Urology*. 24(1): 109. <https://doi.org/10.1186/s12894-024-01497-6>.
3. Briggs KB. (2023, Apr 10). Patent urachus. *StatPearls [Internet]*. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557723/>.
4. Chen C-Y, Lin M-J, Yang W-C, Chang Y-J, Gao F-X, Wu H-P. (2020). Clinical spectrum of intra-abdominal abscesses in children admitted to the Pediatric Emergency Department. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 53(2): 283-291. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2018.07.003>.
5. Das JP, Vargas HA, Lee A, Hutchinson B, O'Connor E, Kok HK et al. (2020). The urachus revisited: Multimodal imaging of benign & malignant urachal pathology. *The British Journal of Radiology*. 93(1110): 20190118. <https://doi.org/10.1259/bjr.20190118>.
6. Flaus A, Longo M-G, Dematons M, Granjon D, Prevot N. (2019). 18F-FDG PET/CT in urachal abscess. *Clinical Nuclear Medicine*. 44(5): e349-e350. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000002524>.

7. Kamel K, Nasr H, Tawfik S, Azzam A, Elsaid M, Qinawy M et al. (2023). Complicated urachal cyst in two pediatric patients: A case report. *BMC Pediatrics*. 23(1): 147. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03962-x>.
8. Loertzer H, Hohne SO, Finke R, Fornara P. (2005). Intramural bladder-wall abscess: A late complication arising after a urethro-cystoscopy? *Pediatric Surgery International*. 21(4): 323-325. <https://doi.org/10.1007/s00383-004-1348-7>.
9. Quinn V, Luks F, Constantine E. (2022). Infected urachal cyst masquerading as acute appendicitis on point-of-care ultrasound. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. 6(2): 186-188. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2022.1.55243>.
10. Saito JM. (2012). Beyond appendicitis. *Current Opinion in Pediatrics*. 24(3): 357-364. <https://doi.org/10.1097/mop.0b013e328352704e>.
11. Simões e Silva AC, Oliveira EA, Mak RH. (2020). Urinary tract infection in pediatrics: An overview. *Jornal de Pediatria*. 96: 65-79. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.10.006>.
12. Soleiko DS, Soleiko NP, Gorbatyuk OM, Kharchuk LY, Biletska NE. (2024). A clinical case of tuberculous rib damage as an etiological cause of chest neoplasm in an early age child. *Paediatric Surgery (Ukraine)*. 4(85): 130-135. [Солейко ДС, Солейко НП, Горбатюк ОМ, Харчук ЛІЙ, Білецька НЄ. (2024). Клінічний випадок абсцесу задньої стінки сечового міхура у пацієнтки 3-х річного віку. Діагностично-лікувальна тактика. Хірургія дитячого віку (Україна). 4(85): 130-135]. [doi: 10.15574/PS.2024.4\(85\).130135](https://doi.org/10.15574/PS.2024.4(85).130135).
13. Theilen T-M, Rolle U. (2023). Akutes abdomen im Kindesalter. *Medizinische Klinik – Intensivmedizin Und Notfallmedizin*. 118(8): 619-625. <https://doi.org/10.1007/s00063-023-01030-x>.

**Відомості про авторів:**

**Солейко Дмитро Сергійович** – к.мед.н., доц. каф. дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Адреса: м. Вінниця, вул. Пирогова, 56. SCOPUS ID: 57219771325. Researcher ID (Web of Science): AAB-3158-2021. <https://orcid.org/0000-0002-8663-990X>.

**Солейко Наталія Петрівна** – лікар дитячий хірург хірургічного відділення № 1, КНП «ВОДКЛ ВОР». Адреса: м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 108. <https://orcid.org/0000-0002-6072-2633>.

**Горбатюк Ольга Михайлівна** – д.мед.н., проф., проф. каф. дитячої хірургії, ортопедії та травматології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожичка, 9. SCOPUS ID: 6603205822. Researcher ID (Web of Science): AEA-1722-2022. <https://orcid.org/0000-0003-3970-8797>.

**Саприга Іван Вадимович** – лікар дитячий хірург відділення патології новонароджених КНП «ВОДКЛ ВОР». Адреса: м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 108.

**Курташ Олег Олегович** – к.мед.н., доц., доц. каф. дитячої хірургії ІФНМУ. Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2. <https://orcid.org/0000-0003-0675-6952>.

Стаття надійшла до редакції 28.01.2025 р., прийнята до друку 10.06.2025 р.