

**АППЕНДИЦИТ КУЛЬТИ, СПУСТЯ 47 ЛЕТ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ:
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

Комаров А.В., Батурин В.С., Тягун В.С.

ФГБУ «413 военный госпиталь» Минобороны России

400010, Российская Федерация, г. Волгоград, проспект Маршала Жукова д. 81

Тел.: 8 (8442) 36-73-35. E-mail: dom_pavlova970@mail.ru

Резюме.

Одним из редких осложнений аппендэктомии является аппендицит культи, которое может возникнуть в различные сроки, как после открытой, так и после лапароскопической операции. О данном осложнении необходимо помнить в ходе дифференциальной диагностики болевого синдрома в правой подвздошной области у пациентов с предшествовавшей аппендэктомией. Представлено клиническое наблюдение лечения пациента с аппендицитом культи, возникшим через 47 лет после открытой аппендэктомии.

Ключевые слова: аппендицит культи, осложнение аппендэктомии, острый живот.

**STUMP APPENDICITIS, LATER 47 YEARS AFTER APPENDECTOMY: CLINICAL
OBSERVATION**

Komarov A.V., Baturin V.S., Tyagun V.S.

413-th military hospital

400010, Russian Federation, Volgograd, Marshal Zhukov Avenue, 81

Resume.

One of the rare complications of appendectomy is stump appendicitis, which can occur at different times, both after open and after laparoscopic surgery. This complication should be kept in mind in the differential diagnosis of pain syndrome in the right iliac region in patients with previous appendectomy. Presented a clinical case study of patient treatment with stump appendicitis that arose 47 years after open appendectomy.

Key words: stump appendicitis, complication of appendectomy, acute abdomen.

Введение.

К числу редких осложнений аппендэктомии относится аппендицит культи (англ.: «stump appendicitis»). До недавнего времени в отечественных руководствах эта патология не входила в классификации послеоперационных осложнений, что, вероятно, могло вызывать сомнения при дифференциальной диагностике у пациентов с клинической картиной воспаления в правой подвздошной ямке и аппендэктомией в анамнезе. Это могло приводить к задержке в постановке истинного диагноза и выполнении своевременного хирургического пособия. В актуальных национальных клинических рекомендациях 2020 года, аппендицит культи присутствует в перечне возможных послеоперационных осложнений [1].

Частота данного осложнения аппендэктомии, по разным данным, оценивается в пределах от 0,005% до 0,15% [2, 3], однако истинный показатель оценить довольно сложно. В русскоязычных публикациях последних лет найдено лишь два сообщения о наблюдениях аппендицита культи [4, 5].

Первый случай аппендицита культи был описан T.F. Rose в 1945 году [6]. По данным D.K. Manatakis и соавт., в англоязычной литературе с 1945 по 2018 гг. опубликовано 127 исследований, описывающих 164 пациента. Предшествующая аппендэктомия выполнялась доступом McBurney в 59% случаев, и лапароскопическим доступом в 38% случаев. До 20% пациентов сообщили об эпизоде болей в животе в течение промежутка времени между предшествующей аппендэктомией и аппендицитом культи, который составлял от 2 недель до 60 лет (в среднем 2 года). Среднее время между первыми симптомами и операцией составило $2,4 \pm 2,3$ дня. Доступ был открытым в 61% случаев и лапароскопическим в 35% случаев. Медиана длины удаленной культи составила $3,1 \pm 1,6$ см. В большинстве наблюдений (88%) операция завершалась удалением культи аппендикса, в 12% наблюдений требовались более обширные вмешательства [7]. Ряду пациентов с осложненным течением аппендицита культи (тифлит, перитифлит, перицекальный абсцесс) требуется выполнение лапароскопической, либо открытой илеоцекэктомии [8, 9].

Известно, что аппендицит культи развивается при оставлении культи червеобразного отростка длиной более 5 мм [1]. В этой связи следует упомянуть и о таком осложнении, как аденокарцинома культи червеобразного отростка, которое также может проявиться симптомами острого аппендицита, однако, встречается крайне редко [10].

Клиническое наблюдение.

Пациент М., 63 года, поступил в приемное отделение 413-го военного госпиталя 12.02.2020 года с жалобами на боль в правой подвздошной области, потерю аппетита, общую слабость и недомогание. Боль в правой подвздошной области возникла исподволь, беспокоила на протяжении 2,5 суток и имела постоянный характер, интенсивность ее несколько уменьшалась на фоне самостоятельного приема анальгетиков. В связи с усилением боли и нарастанием общей слабости, пациент обратился в ведомственную поликлинику, где был осмотрен хирургом и врачом ультразвуковой диагностики. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости, локально в правой подвздошной ямке визуализированы неперистальтирующие петли кишечника с отечными стенками. С диагнозом «Межкишечный абсцесс?» пациент направлен в приемное отделение военного госпиталя.

При опросе из анамнеза установлено наличие ишемической болезни сердца, кардиосклероза, постоянной формы мерцательной аритмии, гипертонической болезни. Кроме того, 47 лет назад выполнялась срединная лапаротомия по поводу острого аппендицита, осложненного перфорацией и перитонитом. Условия труда и быта пациента хорошие, работает инженером. Эпидемиологический анамнез не отягощен.

При осмотре пациента температура тела 37,4⁰С. Состояние удовлетворительное. Пациент нормостенического телосложения, достаточного питания. Видимых дефектов развития нет. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно равномерно по всем легочным полям выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление 125 и 65 мм рт.ст. Пульс удовлетворительных качеств, 88 ударов в минуту. Язык сухой, покрыт у корня белым налетом. На передней брюшной стенке определяются косые послеоперационные нормотрофические рубцы в правой и левой подвздошной областях размерами до 10х1,5 см и 6х0,4 см соответственно, нижнесрединный рубец размером до 20х0,8 см. Живот несколько вздут, симметричный, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационного рубца в правой подвздошной области, где под кожей пальпируется болезненное округлое образование мягкоэластичной консистенции размером до 3х2х2см. Определяются локальный дефанс и симптомы раздражения брюшины в правой подвздошной области. Перистальтика выслушивается. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание поясничной области в проекции почек безболезненное. Стул, со слов, один раз в день, оформленный, скудный. Мочеиспускание до 6 раз в день. Периферических отеков нет. Неврологический статус без особенностей.

По данным контрольного ультразвукового исследования брюшной полости в нижних отделах лоцируются утолщенные стенки тонкой кишки, перистальтика ослаблена, в структуре копролиты, определяется незначительное количество свободной жидкости в правой подвздошной ямке. Обзорная рентгенография брюшной полости не показала наличия уровней жидкости или свободного газа в брюшной полости. В общем анализе крови лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов 2%, СОЭ 29 мм/ч.

Учитывая данные анамнеза, физикального обследования, данные лабораторной и инструментальной диагностики, выставлен предварительный диагноз: Ущемленная послеоперационная вентральная грыжа правой подвздошной области? Перекрут жирового подвеса толстой кишки? Неясность клинической картины и наличие признаков воспаления органов брюшной полости были определены как показания к выполнению диагностической лапароскопии. Под эндотрахеальной комбинированной анестезией над пупком установлен 10-миллиметровый порт, наложен карбоксиперитонеум. В правой мезогастральной и в левой подвздошной областях установлены 5-миллиметровые порты. При ревизии в брюшной полости определяется небольшое количество серозного выпота. В правой подвздошной области выраженный спаечный процесс, большие плащевидные спайки между париетальной брюшиной передней брюшной стенки в проекции рубца правой подвздошной области и большим сальником, куполом слепой кишки и петлями подвздошной кишки. Спайки рассечены, - признаков наличия грыжи в этой области не выявлено. Купол слепой кишки с прилежащими петлями подвздошной кишки плотно спаяны в ригидный конгломерат, висцеральная брюшина их ярко гиперемирована. Попытки разделить конгломерат безуспешны, в связи с чем принято решение о конверсии доступа. Выполнена конверсия в лапаротомию доступом в правой подвздошной области с иссечением послеоперационного рубца под лапароскопической ассистенцией. В дефекте апоневроза наружной косой мышцы живота определяется предбрюшинная липома размером до 2х4х2 см. Конгломерат выведен в рану. В ходе разделения конгломерата, между вовлеченными в него петлями кишечника определяется полость размерами 3,0х2,5х1,0 см, стенки которой представлены плотной рубцовой тканью с налетом мукозного содержимого темно-серого оттенка. Дно полости представлено куполом слепой кишки, в области которой определяется тубулярное тонкостенное образование 3х0,5х1,0 см, темно-серого цвета, имеющее начало в месте слияния тени (Рисунок 1).

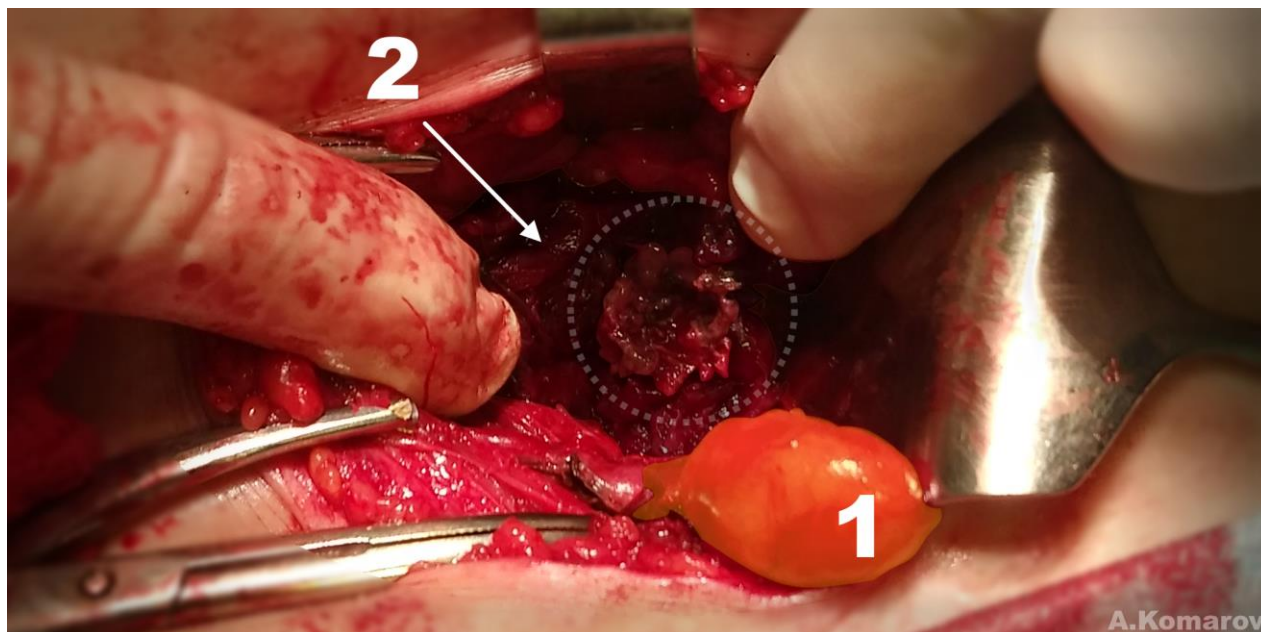


Рисунок 1. Вид операционной раны после разделения конгломерата.

1-Предбрюшинная липома. 2-Купол слепой кишки, пунктиром выделена тубулярная структура.

Из полости взят посев на бактериологическое исследование. Тубулярное образование легко отделилось от стенки слепой кишки, при ревизии сообщения с полостью слепой кишки не выявлено. Стенки купола слепой кишки гиперемированы, отечны, несколько ригидны. Выполнено удаление предбрюшинной липомы. Полость малого таза дренирована ПХВ-трубкой диаметром 8 мм из отдельного доступа в правой подвздошной области. Так как полное удаление некротических тканей было сопряжено с высоким риском перфорации стенки кишки, принято решение об отграничении очага инфекции от брюшной полости. Полость конгломерата отграничена и дренирована перчаточномарлевым тампоном через лапаротомную рану. Лапароскопические порты удалены. Раны послойно ушиты. Продолжительность операции составила 2,5 часа. Выставлен послеоперационный диагноз: Перицекальный инфильтрат, тифлит. Воспалительная киста в области культы червеобразного отростка. Брюшные спайки.

На гистологическое исследование направлены два операционных макропрепарата: 1) тубулярная структура из полости инфильтрата (вероятно, фрагмент червеобразного отростка); 2) фрагмент стенки полости инфильтрата. Результаты гистологического исследования (после выписки пациента): 1) фрагменты грануляционной и жировой ткани с выраженной воспалительной реакцией, а так же фрагментами кишки с некрозом и выраженным воспалением; 2) фрагменты грануляционной ткани с воспалением. Посев на бактериологическое исследование из полости конгломерата роста не дал. На основании гистологического исследования операционного препарата №1 дополнение к диагнозу (ретроспективно): Гангренозный аппендицит культы.

Послеоперационный период протекал гладко. Пить воду разрешено с первых суток, на вторые сутки назначен лечебный стол 0, пациент активизирован в пределах палаты, с третьих суток переведен на лечебный стол 1А. С пятых суток назначен лечебный стол 15. Получал антибактериальную терапию: цефтриаксон по 2 г в сутки внутримышечно 7 дней, метрогил 1500 мг в сутки внутривенно капельно 5 дней. Также в составе комплексной консервативной терапии проводились внутривенные инфузии растворов электролитов в первые послеоперационные сутки, обезболивание нестероидными противовоспалительными препаратами, антисекреторная терапия, витаминотерапия, дыхательная гимнастика. Стул отмечен на пятые сутки. Перчаточно-марлевый тампон удален на шестые сутки. Пациент выписан на четырнадцатые сутки с гранулирующей раной передней брюшной стенки на амбулаторное долечивание. Осмотрен через 6 месяцев после выписки: жалоб не предъявляет, в правой подвздошной области сформировался состоятельный нормотрофичный послеоперационный рубец.

Обсуждение.

Наиболее вероятно, при первой операции червеобразный отросток не был удален полностью в виду технических сложностей в условиях периаппендикулярного абсцесса. Ширина послеоперационного рубца в правой подвздошной области говорит о вероятной постановке перчаточно-марлевого тампона при аппендэктомии, что подтверждает и пациент. Показанием к отграничению тампоном, по всей видимости, явилась неуверенность в полном удалении аппендикса, которая была небезосновательной.

Хочется отметить, что в данном наблюдении своевременному хирургическому лечению способствовала клиническая картина острой воспалительной патологии в брюшной полости, а также наличие предбрюшинной липомы послеоперационного рубца, которая имитировала ущемленную грыжу. Согласно ряду публикаций, выполнение компьютерной томографии органов брюшной полости на этапе обследования в приемном отделении вносит диагностическую ясность у пациентов с аппендицитом культы в абсолютном большинстве случаев [9, 11].

В ходе операции решение о конверсии доступа было принято в виду технической трудности его разделения лапароскопическим инструментом, а также в связи с «нетипичностью» ситуации.

В отношении этиологии следует отметить, что отсутствие гноя в полости конгломерата и отрицательный результат посева на микрофлору говорят в пользу развития первично-гангренозного аппендицита культы, вероятно возникшего в результате ишемического повреждения.

Отмечено, что ключевую роль в патогенезе аппендицита культи играет обструкция культи с последующим воспалением [12]. Будет логично предположить, что лигатурно-инвагинационный метод обработки культи Добермана-Боброва-Оппеля, который до недавнего времени был в абсолютном приоритете у хирургов, и в нашей стране считался догмой, исключает аппендицит культи как осложнение, ликвидируя как морфологический субстрат его, так и патогенетические предпосылки.

Заключение.

Аппендицит культи является редким осложнением аппендэктомии, о котором, однако, не стоит забывать при дифференциальной диагностике у пациентов с абдоминальным болевым синдромом в правой подвздошной области, и аппендэктомией в анамнезе, независимо от ее давности.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Острый аппендицит у взрослых. / Общероссийская общественная ассоциация «Российское общество хирургов», Общероссийская общественная организация «Российское общество эндоскопических хирургов». – 2020 г. – 42 с.
2. Burbano D, García AF, Chica Yantén J, Salazar C, Toro JS, Bravo JC. Stump appendicitis, a case report and a review of the literature. Is it as uncommon as it is thought? Int J Surg Case Rep. – 2020. – Vol.68. – P.88-91.
3. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, Onuray F, Capoglu R. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. World J Emerg Surg. – 2018. – №13. – P.22.
4. Ефременко А.Д., Артеменко А.В., Скапенков И.Н. Случай воспаления культи червеобразного отростка у девочки 15 лет после перенесенной ранее лапароскопической аппендэктомии. - Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2018. – №2. – С.151-153.
5. Сажин А.В., Нечай Т.В., Тягунов А.Е., Макарова О.К., Нечаев А.В. Аппендицит культи отростка, осложненный анаэробным перитонитом и забрюшинной флегмоной. – Эндоскопическая хирургия. – 2015. – Т 21. – №6. – С.69-71.
6. Rose TF. Recurrent appendiceal abscess. Med J Australia. – 1945. - №1. – P.59–62.
7. Manatakis DK, Aheimastos V, Antonopoulou MI, Agalianos C, Tsiaoussis J, Xynos E. Unfinished Business: A Systematic Review of Stump Appendicitis. World J Surg. – 2019. – Vol.43. – №11. – P.2756-2761.
8. Choi H, Choi YJ, Lee TG, Kim DH, Choi JW, Ryu DH. Laparoscopic management for stump appendicitis: A case series with literature review. Medicine (Baltimore). – 2019. – Vol.98. – №47. – P.18072.
9. Enzerra MD, Ranieri DM, Pickhardt PJ. Stump Appendicitis: Clinical and CT Findings. AJR Am J Roentgenol. – 2020. – Vol.215. – №6. – P.1363-1369.
10. Al-Tarakji M, Muhammad Ali S, Khalaf M, Shahid F, Mohamed SSI. Adenocarcinoma of Stump Appendicitis: An Extremely Rare Pathology - A Literature Review. Cureus. – 2020. – Vol.12. – №7. – P.9482.
11. Johnston J, Myers DT, Williams TR. Stump appendicitis: surgical background, CT appearance, and imaging mimics. Emerg Radiol. – 2015. – Vol.22. – №1. – P.13-8.
12. Essenmacher AC, Nash E, Walker SK, Pitcher GJ, Buresh CT, Sato TS. Stump Appendicitis. Clin Pract Cases Emerg Med. – 2018. – Vol.2. - №3. – P.211-214.