

Случай воспаления культи червеобразного отростка у девочки 15 лет после перенесенной ранее лапароскопической аппендэктомии

А.Д.Ефременко, А.В.Артеменко, И.Н.Скапенков
ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ, Москва

The case of bowel stump inflammation in a 15-year-old girl after a previous laparoscopic appendectomy

A.D.Efremenko, A.V.Artemenko, I.N.Skapyenkov
Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs. Moscow, Russia

Аннотация

Авторы описывают клиническое наблюдение редко встречающегося в последние годы позднего осложнения лапароскопической аппендэктомии – воспаления оставшейся культи червеобразного отростка у девочки 15 лет.

Ключевые слова: аппендицит, поздние осложнения аппендэктомии, остаточный червеобразный отросток, кулитит.

Abstract

The authors describe the clinical observation of a laparoscopic appendectomy rare complication - the inflammation of the appendix remaining stump in a 15-year-old girl.

Key words: appendicitis, late complications of appendectomy, residual vermiform appendix, bowel stump inflammation.

Еще в начале XX века, на заре хирургического лечения аппендицита, появились первые сообщения о возможности гнойного воспаления в оставшейся культе червеобразного отростка. Совершенствование техники оперативного лечения, а также наступление эры антибиотиков способствовали тому, что воспаление культи червеобразного отростка в отдаленные сроки после аппендэктомии стало довольно редким осложнением благодаря установившимся четким техническим приемам ее обработки. В доступной нам литературе в период с 1963 по 1970 г. авторы описывают всего два собственных клинических наблюдения у взрослых [1].

В настоящее время в связи с внедрением новых технологий быстро появляются разнообразные методики оперативного лечения. Все большее и большее применение в современной медицине находят малоинвазивные операционные вмешательства, как лапароскопические, так и транслюминальные (эндохирургические вмешательства, где гибкие инструменты вводятся в просвет полового органа сквозь естественные отверстия человеческого тела и через разрез в стенке внутреннего органа подводятся непосредственно к оперируемому объекту). При транслюминальной аппендэктомии может быть выбрано два доступа: 1- трансабдоминальная аппендэктомия (инструменты вводят через крошечное отверстие в стенке желудка); 2-трансвагинальная аппендэктомия (инструменты вводят

через небольшой разрез во влагалище) [2].

В то время как хирургические вмешательства стремятся к минимальной инвазии, консервативная терапия становится более агрессивной. Систематический обзор исследований показал, что частота рецидивов аппендицита после консервативного лечения составляла около 20%, но по данным Nigel Hall, эта цифра значительно ниже и ставит под сомнение обоснованность хирургического вмешательства в качестве «стандартной практики». По мнению авторов, хирургическое вмешательство при остром аппендиците у детей в 75% случаев может не понадобиться [3]. Ученые из Англии и Канады пришли к выводу, что острый аппендицит у детей можно лечить антибиотиками практически так же результативно, как с помощью операции. Результаты метаанализа свидетельствуют об эффективности антибиотикотерапии в лечении острого неосложненного аппендицита у пациентов 5-18 лет, без повышения частоты осложнений. Невзирая на убедительные данные, ученые обращают внимание на нехватку масштабных проспективных рандомизированных клинических исследований в данной области, так как необходимо оценить долгосрочные медицинские результаты медикаментозной терапии аппендицита и ее экономическую необходимость [4].

В действующих российских клинических рекомендациях по острому аппендициту у детей ска-

зано, что консервативное лечение при остром аппендиците катаральной, флегмонозной и гангренозной форм не рекомендовано. Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4). Кроме того, известно, что рецидив аппендицита возможен как в отсутствие его оперативного лечения, так и после субтотальной аппендэктомии при оставлении отростка длиной от 2 см [5].

Приводим собственное наблюдение.

П а ц и е н т к а Д., 15 лет, поступила в детское хирургическое отделение ФГБУ «Клиническая больница» УД Президента РФ 19.07.2011 по поводу болей в животе. Из анамнеза известно, что заболела в день поступления, когда появились боли в животе, в последующем присоединилась многократная рвота. Ранее в апреле 2011 г. во Франции была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита. При осмотре состояние тяжелое. Положение больной вынужденное, на правом боку, ноги приведены к животу. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко болезненный во всех отделах. Отмечается выраженное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы Раздольского, Щеткина–Блюмберга, Воскресенского резко положительные. Физиологические отправления не нарушены. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: в анализе крови лейкоцитоз до 10,7, палочкоядерные - 6, сегментоядерные - 78. По данным ультразвукового исследования брюшной полости: гидроторонеум. На обзорной рентгенограмме брюшной полости: свободного газа в поддиафрагмальном пространстве нет. Уровней жидкости в кишечнике не выявлено. После проведения предоперационной подготовки, стабилизации состояния пациента выполнена диагностическая лапароскопия — при ревизии большое количество свободной мутной жидкости в малом тазу, по правому флангу, над- и подпеченочно с умеренным ихорозным запахом. При ревизии брюшной полости выявлены фибриновые наложения на куполе слепой кишки, рыхлый инфильтрат в правой подвздошной области. Введены дополнительно 2 троакара над лоном и в левой подвздошной области. Разделен имеющийся инфильтрат, интрамурально обнаружена часть червеобразного отростка длиной 2,5 см, напряжена, гиперемирована, значительно утолщена, покрыта фибрином, ригидна. Выполнена аппендэктомия типичная лапароскопическая с наложением петли Редера. Осуществлены санация и дренирование брюшной полости. Гистологическое заключение: во фраг-

ментах культи отростка картина флегмонозного аппендицита с периаппендицитом.

Послеоперационный период протекал гладко. Страховочный дренаж удален на 1-е сутки после операции. Выписана на 7-й день с выздоровлением.

Данный случай показывает, что, несмотря на анамнез, для постановки диагноза необходимо брать во внимание в первую очередь данные клинической картины и объективных методов обследования. Особенно это касается пациентов, которые получали ранее лечение по стандартам других национальных методик.

Литература

1. Матяшин И.М., Балтайс Ю.В., Яремчук А.Я. Осложнения аппендэктомии. Киев; 1974. 43 с. [Matiashyn I.M., Baltas Y.V., Yaremchuk A.I., Complications of appendectomy. Kiev, 1974. 43 p. In Russian].
2. Святовец С.С. Метод лапароскопической трансвагинальной аппендэктомии с NOTES-ассистенцией. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск; 2010. 105 с. [Svaytovec S.S. Method of laparoscopic transvaginal appendectomy with a NOTES-assistance. The author's abstract Diss. Ph. D. Khabarovsk; 2010. 105 p. In Russian].
3. Hall N.J. et al. Appendectomy versus non-operative treatment for acute uncomplicated appendicitis in children: study protocol for a multicentre, open-label, non-inferiority, randomised controlled trial: BMJ Paediatr. Open. 2017; June 1: 1-10. DOI:10.1136/bmjpo-2017-000028.
4. Libin Huang, Yuan Yin, Lie Yang et al. Comparison of antibiotic therapy and appendectomy for acute uncomplicated appendicitis in children. A meta-analysis: J.A.M.A. Pediatr., 2017; 171(5): 426-434. DOI:10.1001/jamapediatrics.2017.0057.
5. Клинические рекомендации Острый аппендицит у детей МКБ 10: K35.0 /K35.1/K35.8/K37 Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года) ID: KP64 URL: Профессиональные ассоциации: • Российская ассоциация детских хирургов, 28 с. [Clinical guidelines Acute appendicitis in children, ICD-10: K35.0 /K35.1/K35.8/ K37 approval Year (frequency of review): 2016 (review every 3 years) ID: KP64 URL: Professional associations: Russian Association of pediatric surgeons, p. 28. In Russian].

Для корреспонденции/Corresponding author

Ефременко Александр Дмитриевич/Efremenko Aleksander
afremenko@mail.ru