

РЕДКОЕ ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

С.А. Ахматов¹, М.Ж. Алиев^{2,3*}, К.Т. Туратбекова¹, Б.С. Ниязов², Максут уулу Э.¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

² Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, Бишкек, Кыргызская Республика

³ Городская клиническая больница № 1, Бишкек, Кыргызская Республика

A RARE AND LATE COMPLICATION AFTER APPENDECTOMY

S.A. Akhmatov¹, M.Zh. Aliev^{2,3*}, K.T. Turatbekova¹, B.S. Niazov², Maksut uulu E.¹

¹ Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

² Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training, Bishkek, Kyrgyz Republic

³ City Clinical Hospital No 1, Bishkek, Kyrgyz Republic

* **E-mail:** musa-aliev-69@mail.ru

Аннотация

Острый аппендицит – одно из распространенных заболеваний брюшной полости. Несмотря на разработку техники аппендэктомии, частота ранних и поздних послеоперационных осложнений колеблется от 2 до 14%. К очень редким поздним осложнениям относится культит, развивающийся после оставления длинной культи червеобразного отростка, чаще при лигатурном методе обработки культи со сложной диагностикой.

Представлено клиническое наблюдение 16-летней пациентки, у которой после аппендэктомии наблюдались признаки аппендицита. Выполнены рентгенологическое, компьютерно-томографическое исследования, по результатам которых обнаружен культит. Проведена операция: лапаротомия, удаление оставшейся культи, санация и дренирование брюшной полости, а для предотвращения воспалительных осложнений региональная лимфостимуляция. С учетом трудностей в постановке клинического диагноза и сложностей дифференциальной диагностики после аппендэктомии приводим наше клиническое наблюдение.

Ключевые слова: острый аппендицит, оперативное лечение, осложнения, культит, диагностика.

Abstract

Acute appendicitis is one of the most common diseases of the abdominal cavity. Despite of the variety of techniques for appendectomy, the incidence of postoperative complications ranges from 2 to 14%. These complications can be early and late. Cultitis is a very rare late complication which develops if the stump, left after appendectomy, is long. Moreover, it may occur if the ligature is used for stump suturing; plus difficult diagnostics. The article presents a clinical observation of a 16-year-old patient who, after appendectomy, developed signs of appendicitis. X-ray, computed tomography were used to examine the patient; stump pathology was found.

The patient had laparotomy; the left part of the stump was removed; sanitation and drainage of the abdominal cavity were done. In addition, regional lymphostimulation to prevent inflammatory complications was done too. We present our observation because clinical and differential diagnostics after appendectomy is far from being easy.

Key words: acute appendicitis, surgical treatment, complications, stump, diagnostics.

Ссылка для цитирования: Ахматов С.А., Алиев М.Ж., Туратбекова К.Т., Ниязов Б.С., Максут уулу Э. Редкое позднее осложнение после аппендэктомии. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2022; 2: 120–124

Аппендэктомия является одной из наиболее часто выполняемых хирургических процедур по всему миру. После этой операции могут возникать ранние (ранеая инфекция, внутрибрюшные абсцессы, послеоперационный парез кишечника) и поздние осложнения (инфильтрат, послеоперационная грыжа, лигатурный свищ, невриномы рубцов, келоидные рубцы, культит, спаечная кишечная непроходимость) [1–3].

К поздним послеоперационным относятся осложнения, возникающие позже двухнедельного срока после хирургического лечения. Аппендицит культы относится к очень редким осложнениям аппендэктомии, которое развивается после оставления длинной культы червеобразного отростка, чаще при сложности операции из-за воспалительного процесса слепой кишки, после лигатурного метода обработки культы [3–6]. Воспаление культы червеобразного отростка в отдаленные сроки после операции является довольно редким осложнением [2, 3, 7, 8]. Под культитом понимают продолжение или рецидивирование воспаления в оставленной части червеобразного отростка.

Впервые о возможности гнойного воспаления в оставшейся культе червеобразного отростка сообщил Harte (1898) (цит. по работе И.М. Матяшина) [3]: у двух больных после аппендэктомии возникли боли, причиной которых было воспаление оставшейся культы. Затем появились новые публикации о поздних осложнениях после аппендэктомии (Korte, 1901; П.И. Дьяконов, 1902; Noetzel, 1905; Treves, 1905; цит. по работе И.М. Матяшина) [3]. Поздние осложнения подробно описал Т. Rose [4] в 1945 г., и к данному времени в литературе описан всего 61 случай этого осложнения, а в период с 1963 по 1970 г. опубликовано всего два случая [2, 3]. Авторы утверждают, что аппендицит культы из-за сложности диагностики в большинстве случаев остается нераспознанным [5, 6].

При возникновении клинических симптомов аппендицита у больных с ранее выполненной аппендэктомией наиболее часто предполагают правосторонний дивертикулит, спаечную болезнь или воспаление придатков матки (у женщин). Чаще назначают

противовоспалительную терапию и обезболивающие препараты, которые временно купируют болевой синдром [5–7].

Признаки культита могут возникать в различные сроки после операции (от нескольких дней до 40 и более лет) [5, 8]. Фактором риска осложнения считается оставление культы длиной более 5 мм. По данным А. Mangi и соавт. [8], длина культы при повторных операциях составляла от 5 до 65 мм.

По данным авторов [9], причиной возникновения осложнения является перевязка кетгутом и шелком как при лигатурной обработке культы, так и при погружении в кисет, а также оставление лимфоидной ткани отростка [3, 10], в других работах [3, 11] показано, что существенного значения не имеют ни качество лигатурного материала, ни способы обработки культы.

В большинстве случаев течение этой патологии хроническое, с частыми обострениями болей в правой подвздошной области [12–14], а также нередко может проявляться резкой болью в правой подвздошной области, симптомами раздражения брюшины, температурной реакцией, лейкоцитозом [1, 2, 10, 14].

Трудности в диагностике возникают в связи с наличием послеоперационного рубца в правой подвздошной области у пациента и выписки из истории болезни о произведенной аппендэктомии.

Основным методом диагностики является компьютерная томография (КТ), позволяющая установить наличие культы и выявить воспалительные изменения в ней и окружающих тканях, а также рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [6, 7, 12, 13].

Причинами этого редкого осложнения могут быть несовершенство методик обработки культы и наличие длительного воспалительного процесса, который остается очагом воспаления в брюшной полости. Профилактика заключается в совершенствовании методики оперативного лечения аппендицита и по возможности полном удалении отростка.

Цель – представить редкий случай возникновения культита после аппендэктомии

и сложности диагностики, а также обратить внимание хирургов на повторное развитие клиники аппендицита после аппендэктомии, которое обусловлено культитом.

Клиническое наблюдение

Больная У., 16 лет, госпитализирована в хирургическое отделение городской клинической больницы № 1 г. Бишкека 17.12.2021 с жалобами на тупые боли в правой подвздошной области, периодически появляющиеся тошноту, рвоту, сухость во рту и слабость. Со слов больной и родителей, три года назад ей была произведена аппендэктомия и дренирование брюшной полости (по поводу деструктивного аппендицита) в районной территориальной больнице. После операции выписана на шестые сутки, но на 16-е сутки появились боли, как до операции. Обращалась за медицинской помощью по месту проживания, назначали противовоспалительные и обезболивающие средства, которые дали временный эффект. Боли, диспепсические явления и субфебрильная температура до 37 °С по вечерам повторялись многократно.

Была направлена на консультацию в Национальный центр охраны материнства и детства г. Бишкека, консультирована детским хирургом, гастроэнтерологом. После обследования выставлен диагноз «спаечная болезнь брюшной полости» и назначено лечение, в результате которого улучшения состояния не наступило.

Больная обратилась в нашу клинику и была госпитализирована. При поступлении состояние больной средней тяжести, беспокойна, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 88 уд/мин. При пальпации живот мягкий, обычной конфигурации, болезненный в правой подвздошной области, где определяется послеоперационный окрепший рубец размером 0.3 × 6.5 см, при перкуссии — обычный перкуторный звук, аускультативно выслушивается периодическая перистальтика кишечника. Предварительный диагноз: «спаечная кишечная непроходимость».

В отделении выполнены обзорная рентгенография грудной клетки и рентгеноскопия ЖКТ с водорастворимым контрастированием (рис. 1). По результатам исследова-



Рис. 1. Рентгенологическое исследование кишечника спустя 24 часа с момента госпитализации

ния в проекции слепого отдела кишечника определяется расширенный червеобразный отросток с уровнем жидкости (гаустры и рельеф толстого кишечника от слепой до прямой кишки сохранены). Заключение: аппендицит?

По результатам УЗИ печени, почек и поджелудочной железы патологии не выявлено, в правой подвздошной области — незначительное количество жидкости. Общий и биохимический анализ крови: гемоглобин — 114 г/л, лейкоциты — 9.4×10^9 /л, СОЭ — 20 мм/ч, билирубин — 12.9 мкмоль/л, мочевины — 3.7 ммоль/л, протромбиновый индекс — 86%. Кал на яйца гельминтов — результат отрицательный.

С учетом анамнеза, рентгенологического заключения, непрекращающихся болей в животе больной была выполнена КТ органов брюшной полости (рис. 2). В зоне диагностического интереса купола слепой кишки визуализированы деформированная, неправильной формы с неоднородными сигнальными характеристиками структура культи отростка размером 26.0 × 16.0 мм

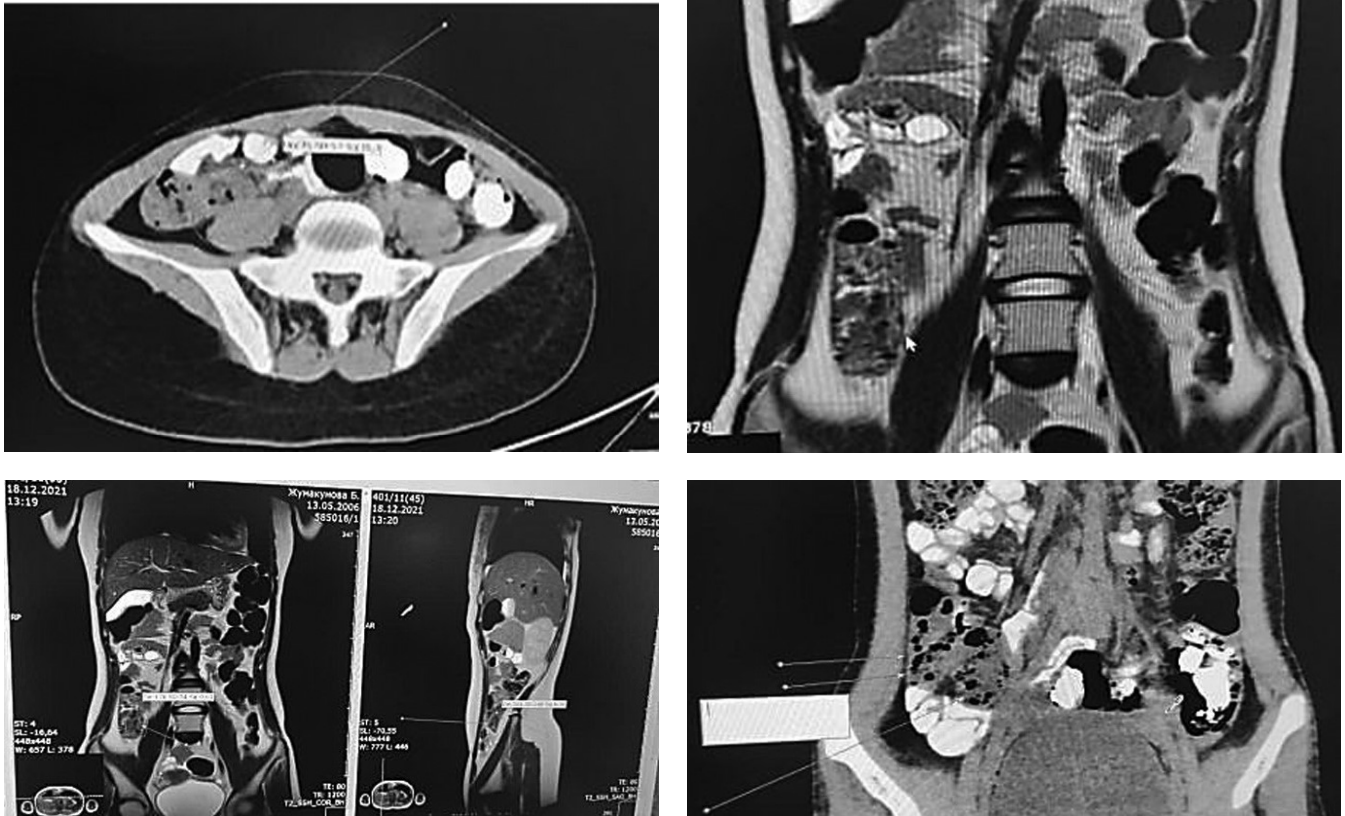


Рис. 2. КТ органов брюшной полости

и лимфатический узел размером 16.5×8 мм, без признаков инфильтративных изменений. В подвздошной области и полости малого таза определяется выпот. Заключение: КТ-данные за состояние после аппендэктомии, признаки опущения культи червеобразного отростка, без признаков инфильтративных изменений подлежащей клетчатки.

Под общей анестезией 21.12.2021 выполнена нижнесрединная лапаротомия, при ревизии петли тонкого и толстого кишечника без патологических образований, в подвздошной области и малом тазу незначительное количество серозной жидкости. Большой сальник припаян к париетальному листку брюшины в правой подвздошной области в виде тяжа, который тупым и острым путем разъединен. В слепой кишке, где ранее располагался червеобразный отросток, имеется образование размером 2.5×1.2 см, умеренно подвижное, плотноэластичной консистенции. Вокруг образования – рыхлые спайки. Ситуация оценена как опущение культи, и по общепринятому методу аппендэктомии удалена оставшаяся часть червеобраз-

ного отростка, культя обработана спиртом и погружена в кисетный шов, укрепленный Z-образным швом. Малый таз дренирован микроирригатором.

С целью профилактики послеоперационных осложнений в брыжейку подвздошного отдела тонкого кишечника ввели антибиотико-лимфотропную смесь, которая состояла из цефазолина 1 г + гепарина 70 МЕ на кг веса + прозерина 2 мл + лидазы 8–12 ед. на 0.5%-ном растворе новокаина 10–15 мл.

Макропрепарат: культя червеобразного отростка размером 2.5×1.2 см с напряженной и утолщенной стенкой, плотноэластичной консистенции, сосуды инъецированы на всем протяжении, при разрезе в просвете культи – каловый камень до 0.3 см и густая слизистая масса.

После операции состояние больной удовлетворительное, получала антибиотики и инфузионную терапию. Через 4 часа после операции активизирована, на вторые сутки начато дозированное энтеральное питание. Течение послеоперационного периода – без осложнений. Газы отошли на вторые сутки,

стул появился на третьи сутки. Состояние постепенно улучшалось, и на пятые сутки пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. Явилась на контрольное обследование через 25 дней, жалоб не предъявляла, состояние было оценено как удовлетворительное.

Наше наблюдение подтверждает сложности диагностики воспаления культи червеобразного отростка в связи с наличием послеоперационного рубца в правой подвздошной области, выписки из истории болезни и указанием пациентки о произведенной ранее аппендэктомии.

Заключение

Если после аппендэктомии возникают признаки аппендицита и после консервативного лечения улучшения в динамике не отмечено, необходимо детальное обследование органов брюшной полости с обязательной КТ. При выявлении такого редкого осложнения, как культит, оправдана операция — удаление оставленной и воспаленной культи червеобразного отростка.

Литература

1. Сажин А.В. и др. Аппендицит культи отростка, осложненный анаэробным перитонитом и забрюшинной флегмоной // *Эндоскопическая хирургия*. — 2015. — Т. 21. — № 6. — С. 69–71. [Sazhin A.V. et al. Appendicitis of appendiceal stump complicated by anaerobic peritonitis and retroperitoneal phlegmon // *Endoscopic Surgery*. — 2015. — V. 21. — № 6. — P. 69–71. In Russian].
2. Ефременко А.Д. и др. Случай воспаления культи червеобразного отростка у девочки 15 лет после перенесенной ранее лапароскопической аппендэктомии // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. — 2018. — Т. 1. — № 2. — С. 151–152. [Efremenko A.D. et al. The case of bovel stump inflammation in a 15-year-old girl after a previous laparoscopic appendectomy // *Kremlin Medicine Journal*. — 2018. — V. 1. — № 2. — P. 151–152. In Russian].
3. Матяшин И.М. и др. Осложнения аппендэктомии. — Киев. — 1974. — С. 43. [Matyashin I.M. et al. Complications of appendectomy. — Kiev. — 1974. — P. 43. In Russian].
4. Rose T. Recurrent appendiceal abscess // *Med J Aust*. — 1945. — V. 1. — № 26. — P. 659–662.
5. Papi S. et al. Stump appendicitis: a rare and unusual complication after appendectomy. Case report and review of the literature // *Ann Ital Chir*. — 2014. — V. 85. — (ePub). — P. S2239253X14022270.
6. Rios R.E. et al. Recurrent (stump) appendicitis: a case series // *Am J Emerg Med*. — 2015. — V. 33. — № 3. — P. 480.e1–2.
7. Subramanian A. et al. A 60-year literature review of stump appendicitis: the need for a critical view // *Am J Surg*. — 2012. — V. 203. — № 4. — P. 503–507.
8. Mangi A.A. et al. Stump appendicitis // *Am Surg*. — 2000. — V. 66. — № 8. — P. 739–741.
9. Лукомский Г.И. Воспаление культи червеобразного отростка как позднее осложнение после аппендэктомии // *Казанский медицинский журнал*. — 1960. — № 1. — С. 33–37. [Lukomskii G.I. Inflammation of the appendix stump as a late complication after appendectomy // *Kazan Medical Journal*. — 1960. — № 1. — P. 33–37. In Russian].
10. Truty M.J. et al. Appendicitis after appendectomy // *Arch Surg*. — 2008. — V. 143. — № 4. — P. 413–415.
11. Дьяконов П.И. По поводу заболеваний слепой кишки у лиц с удаленным червеобразным отростком // *Хирургия*. — 1902. — Т. 11. — № 66. — С. 787–796. [D'yakonov P.I. Regarding diseases of the caecum in persons with a removed appendix // *Surgery*. — 1902. — V. 11. — № 66. — P. 787–796. In Russian].
12. Roberts K.E. et al. Stump appendicitis: a surgeon's dilemma // *JSLs*. — 2011. — V. 15. — № 3. — P. 373–378.
13. Hendahewa R. et al. The dilemma of stump appendicitis — a case report and literature review // *Int J Surg Case Rep*. — 2015. — V. 14. — P. 101–103.
14. Hadrich Z. et al. Stump appendicitis, a rare but serious complication of appendectomy: a case report // *Clin Case Rep*. — 2021. — V. 9. — № 9. — P. e04871.