

СЛУЧАЙ ЗАТРУДНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ АТИПИЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА НА ФОНЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

М.С.Султанов¹, А.Н.Литвинов², М.М.Нахумов³

^{1,2} Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского Санкт-Петербург, Россия

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В статье приведен клинический случай острого деструктивного аппендицита на фоне аномалии органов брюшной полости. Описанное наблюдение демонстрирует значительные трудности диагностики острого аппендицита, возникающие на фоне атипичного расположения червеобразного отростка при невозможности выполнения диагностической лапароскопии.

Ключевые слова: острый аппендицит, аномалия развития органов живота.

Диагностика острого аппендицита и поныне является актуальной проблемой, несмотря на значительный прогресс, связанный с широким внедрением лапароскопии [1–4]. Аномалии развития органов брюшной полости, по разным данным, встречаются от 0,2% до 1,0% в популяции [1, 5, 6], а сочетание этих аномалий с острым аппендицитом описано лишь в единичных случаях [7, 8]. Подобные сочетания представляют собой чрезвычайную трудность для диагностики [3, 9].

Приводим собственное клиническое наблюдение. Больная П., 58 лет, была доставлена в городскую больницу Святого Праведного Иоанна Кронштадтского 03.10.14 бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «Острый живот». Жалобы на ноющие, слабой интенсивности, постоянные боли волнообразного характера в околопупочной области и эпигастрии без иррадиации, а также боли в области грыжевого выпячивания в правой паховой области, тошноту, сухость во рту, многократную рвоту. Боли появились накануне, после употребления жирной пищи, несколько позже присоединилась рвота. Температура тела повышена до 37,8 С. Стула не было 3 дня, отмечает плохое отхождение газов. Мочеиспускание не нарушено. В анамнезе гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Грыжевые выпячивания в обеих паховых областях отмечает с детства. Наличие на передней брюшной стенке рубца от тотальной срединной лапаротомии и в средней трети его невправимой вентральной грыжи размером около 10 см больная объясняет выполненной ей в возрасте 14 лет операции по поводу аппендицита, при которой, по её словам, «аппендицит не нашли». Каких-либо справок об этом у пациентки нет.

При обследовании: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы нормально цвета, сухие, чистые, тургор их несколько снижен. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 130/70 мм рт.ст. Частота дыхания 18 в минуту, в легких хрипов нет. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько ассиметричен из-за рубца и вентральной грыжи, слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Патологические образования не пальпируются, перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика обычная, выслушивается неотчетливый «шум плеска» в верхних отделах живота. Вентральная грыжа в средней трети послеоперационного рубца мягко-эластичная, невправимая, малоболезненная, кожа над ней не изменена, выслушивается перистальтика. В правой и левой паховых областях пальпируются мягко-эластичные вправимые грыжевые выпячивания над паховыми связками диаметром, соответственно, 1,0 и 2,0 см. Ректальное исследование без особенностей. В клиническом анализе крови отмечается лейкоцитоз ($17,2 \times 10^9$) с палочкоядерным сдвигом (7,0%), анализ мочи и биохимический анализ крови без грубых отклонений. На обзорных рентгенограммах живота и груди (рис. 1, 2) нельзя исключить наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы, а также горизонтальный уровень жидкости в этой области.

Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение с рабочим диагнозом «Острая кишечная непроходимость? Острый холецистит?», оставаясь при этом диагностически неясной.



Рис. 1

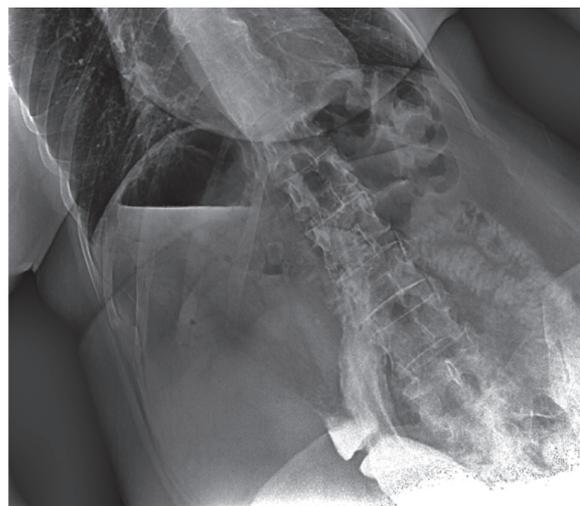


Рис. 3

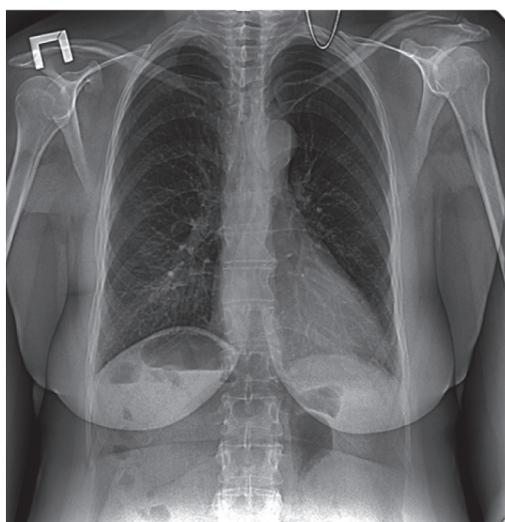


Рис. 2



Рис. 4

В отделении проводилась инфузионная и антибактериальная терапия, на фоне которой самочувствие несколько улучшилось. С целью исключения кишечной непроходимости больной была дана перорально взвесь сернокислого бария, при этом на снимках проекция желудка оказалась в малом тазу (рис. 3, 4).

Несмотря на субъективное улучшение, у больной сохранялся болевой синдром, появилась неотчетливая перитонеальная симптоматика. Были выставлены показания для диагностической лапаротомии (учитывая противопоказания к лапароскопии в виде наличия рубца и послеоперационной грыжи). Через 3 часа после поступления больная взята в операционную. При выполненной с техническими трудностями лапаротомии выявлено, что печень расположена значительно ниже своего обычного места, верхней своей границей примерно на уровне пупка, при полном отсутствии серповидной и венечной связок.

Печень фиксированна к передней брюшной стенке и фактически является частью содержимого грыжевого мешка вентральной грыжи. Желчный пузырь находится в правой подвздошной области и частично в малом тазу, без воспалительных изменений. В правом поддиафрагмальном пространстве располагаются часть тонкой и часть ободочной кишок (слепая, восходящая ободочная, часть поперечной ободочной), а также мутный выпот около 100 мл и червеобразный отросток длиной около 9,0 см. Последний утолщен, покрыт фибрином черно-багрового цвета. Селезенка расположена в мезогастррии слева, подвижна. Желудок крючковидной формы, достигает дна таза. С большими техническими трудностями выполнена типичная аппендэктомия с погружением кульги отростка в кисетный и Z-образный швы. При дальнейшей ревизии обнаружен дивертикул Меккеля на расстоянии 1,1 м от илеоцекального угла, размерами 4,0 x 1,0 см, с признаками ишемии и фиксированный спайками в грыжевом мешке

правосторонней паховой грыжи. Произведена дивертикулэктомия с наложением 2-рядных швов. Ворота паховых грыж размерами 1,0 x 1,0 см справа и 2,0 x 1,0 см слева ушиты со стороны брюшной полости. Брюшная полость санирована, дренирована и ушита. Послеоперационный диагноз: «Основной: гангренозный аппендицит. Осложнение: местный гнойный перитонит. Сопутствующие заболевания: аномалия развития органов брюшной полости в виде выраженного висцероптоза и незавершенного поворота кишечника. Дивертикул Меккеля. Двухсторонняя вправимая паховая грыжа (справа – типа Литтре). Невправимая послеоперационная вентральная грыжа передней брюшной стенки».

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на 10-е сутки. Выздоровление.

Приведенный клинический случай свидетельствует о значительных трудностях диагностики острого аппендицита на фоне аномалии развития органов брюшной полости, когда лишь диагностическая лапаротомия позволяет поставить правильный диагноз.

Литература

1. Колесов, В.А. Клиника и лечение острого аппендицита / В.А. Колесов. – Л.: Медицина, 1972. – 341 с.

2. Корита, В.Р. Острый аппендицит при атипичных расположениях червеобразного отростка / В.Р. Корита. – Хабаровск: Изд-во Дальневосточного государственного медицинского университета, 2005. – 220 с.

3. Русанов, А.А. Аппендицит / А.А. Русанов. – М.: Медицина, 1979. – 176 с.

4. Савельев, В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев. – М.: «Триада-Х», 2004. – 640 с.

5. Колесников, Л.Л. Развитие, возрастные изменения и аномалии органов человека. Учебное пособие / Л.Л. Колесников, А.В. Чукбар. – М.: Медицина XXI, 2004. – 221 с.

6. Тихонов, А.А., Аномалии развития толстой кишки. Рентгенологическая диагностика врожденных нарушений положения и фиксации кишечника / А.А. Тихонов [и др.] // Радиология-практика. – 2009. – №6. – С. 4–14.

7. Тошовский, В., Острые процессы в брюшной полости при врожденной аномалии у детей / В. Тошовский, О. Вихитил. – М.: Медгиз, 1957. – 164 с.

8. Хажалиев, В.А. Особенности течения острого аппендицита при аномалии развития внутренних органов брюшной полости / В.А. Хажалиев [и др.] // Вестник АН Чеченской республики. – 2012. – №1 – С. 204–205.

9. Bider, K. Acute appendicitis in a young adult with midgut malrotation: a case report / K. Bider [et al.] // Eur. Radiol. – 2001. – V. 11. – N 7. – P. 1171–1174.

М.М. Нахумов

Тел.: +7 (921) 325-80-93

E-mail: mikhail.nakhumov@szgmu.ru

Султанов М.С., Литвинов А.Н., Нахумов М.М. Случай затрудненной диагностики острого аппендицита при атипичном положении червеобразного отростка на фоне аномалии развития органов брюшной полости // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Том 7, № 1. – С. 144–146.

THE CASE OF DIFFICULTY DIAGNOSIS OF ACUTE APENDICITIS IN ATYPICAL POSITION ON THE APPENDIX ON THE BACKGROUND OF THE MALFORMATION OF ABDOMINAL CAVITY

M.S. Sultanov¹, A.N. Litvinov², M.M. Nakhumov³

^{1,2} Hospital of St. John of Kronstadt, St. Petersburg, Russia

³ North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

The article presents a clinical case of acute destructive appendicitis on the background of the anomalies of the abdominal cavity. This observation demonstrates the significant difficulties in the diagnosis of acute appendicitis occurring against the background of an atypical location of the appendix if you can not perform a diagnostic laparoscopy.

Key words: acute appendicitis, malformation of organs of the abdomen.

Authors

M.M. Nakhumov

Tel.: +7 (921) 325-80-93

E-mail: mikhail.nakhumov@szgmu.ru

Sultanov M.S., Litvinov A.N., Nakhumov M.M. The case of difficulty diagnosis of acute appendicitis in atypical position on the appendix on the background of the malformation of abdominal cavity // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2015. – Vol. 7, № 1. – P. 144–146.