



Тромбоз артерии червеобразного отростка с развитием гангренозного аппендицита*

Панасюк А. И.^{1,2}, Иноземцев Е. О.^{1,2}, Сандаков П. И.^{1,2}, Григорьев Е. Г.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, 664003, ул. Красного Восстания, д. 1, Россия

² Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, 664003, ул. Борцов Революции, д. 1, Россия

Для цитирования: Панасюк А. И., Иноземцев Е. О., Сандаков П. И., Григорьев Е. Г. Тромбоз артерии червеобразного отростка с развитием гангренозного аппендицита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;207(11): 259–261. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-207-11-259-261

✉ Для переписки:

Григорьев

Евгений

Георгиевич

egg@iokb.ru

Панасюк Александр Иосифович, врач-хирург хирургического отделения; ассистент кафедры госпитальной хирургии
Иноземцев Евгений Олегович, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии; врач-хирург отделения портальной гипертензии

Сандаков Павел Иванович, к.м.н., заместитель главного врача по хирургии; ассистент кафедры госпитальной хирургии
Григорьев Евгений Георгиевич, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой госпитальной хирургии; научный руководитель

Резюме

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал (стр. XV).

Острый аппендицит остается самым частым хирургическим заболеванием в практике хирурга, требующим оперативного лечения и госпитализации в хирургический стационар. Существует несколько версий о причинах развития острого аппендицита: инфекционная, нейрососудистая, обтурация устья червеобразного отростка каловым камнем и другие.

Одной из редких причин развития острого аппендицита является ишемия червеобразного отростка. В этом случае развивается первично-гангренозный аппендицит. Клиническая картина при такой патологии может быть нехарактерной.

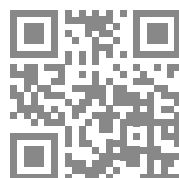
Представлено клиническое наблюдение пациента 65 лет с острым гангренозным аппендицитом, осложнившимся местным гнойным перитонитом. При госпитализации у пациента заподозрен мезентериальный тромбоз, что потребовало выполнения МСКТ-ангиографии и позволило выявить тромбоз а. appendicularis и острый аппендицит. Лечение включало лапаротомию, аппендэктомию, санацию, дренирование брюшной полости.

В статье обсуждается частота встречаемости и результаты лечения острого аппендицита.

EDN: XLXMMG

Ключевые слова: мезентериальный тромбоз, гангренозный аппендицит, аппендикулярный абсцесс, перитонит

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-207-11-259-261>

Arterial Thrombosis of Vermiform Appendix Resulting in Gangrenous Appendicitis*

Alexandr I. Panasyuk^{1,2}, Evgenii O. Inozemtsev^{1,2}, Pavel I. Sandakov^{1,2}, Eugene G. Grigoryev^{1,2}¹ Irkutsk State Medical University, 1, Krasnogo Vosstaniya Street, Irkutsk, 664003, Russia² Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, 1, Bortsov Revolyutsii, Irkutsk, 664003, Russia

For citation: Alexandr I. Panasyuk, Evgenii O. Inozemtsev, Pavel I. Sandakov, Eugene G. Grigoryev. Arterial Thrombosis of Vermiform Appendix Resulting in Gangrenous Appendicitis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2022;207(11): 159–261. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-207-11-259-261

✉ **Corresponding author:**

Eugene G. Grigoryev
egg@iokb.ru

Alexandr I. Panasyuk, surgeon of surgical unit; assistance lecturer of the department of hospital surgery; ORCID: 0000–0002–1710–2762

Evgenii O. Inozemtsev, Cand. of Sci. (Med.), assistance lecturer of the department of hospital surgery; surgeon of the portal hypertension unit; ORCID: 0000–0001–6804–0357

Pavel I. Sandakov, Cand. of Sci. (Med.), deputy head doctor in surgery; assistance lecturer of the department of hospital surgery; ORCID: 0000–0003–4293–3266

Eugene G. Grigoryev, Dr. Sci. (Med.), professor, corresponding member of Russian Academy of Sciences, scientific supervisor; head of the department of hospital surgery; ORCID: 0000–0002–5082–7028

Summary

Acute appendicitis is still the most common surgical disease in the experience of surgeon and it requires operative treatment in hospital. There are several suggestions on the causes of acute appendicitis: infectious or neurovascular conditions, obturation of the orifice of vermiform appendix with a fecal bolus, and other versions.

One of the rare causes of acute appendicitis is ischemia of vermiform appendix, which results in the development of primary gangrenous appendicitis. The clinical manifestation of this pathology may be atypical.

We present a case report of a 65-year-old patient with acute gangrenous appendicitis complicated by localized purulent peritonitis. When admitted to the hospital, the patient was suspected of mesenteric thrombosis. MSCT angiography was performed about that, which diagnosed thrombosis of a. appendicularis and acute appendicitis. Treatment included laparotomy, appendectomy, sanitation, and abdominal drainage.

In the paper, we discuss the incidence and results of treatment of acute appendicitis.

Keywords: mesenteric thrombosis, gangrenous appendicitis, appendicular abscess, peritonitis

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. XV).

Введение

Острый аппендицит (ОА) остается самым распространенным хирургическим заболеванием органов брюшной полости – 142,3 на 100 тысяч человек. Летальность при ОА по-прежнему составляет 0,215 на 100 тысяч человек [1].

Среди известных версий о причине возникновения ОА можно назвать инфекционную, нейрососудистую, обтурацию червеобразного отростка каловым камнем, глистную инвазию. Нарушение кровообращения в червеобразном отростке как причина первично-гангренозного аппендицита встречается редко [2, 3, 4]. Течение ОА в этом варианте отличается от классического.

Клиническое наблюдение

Пациент 65 лет поступил в клинику 21.08.2020 г. Накануне после употребления жирной пищи появились разлитые боли в животе, тошнота, многократная рвота. С диагнозом острый панкреатит бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение. Страдает артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. По месту жительства (г. Чита) дважды выполнялась коронарография. Результат не известен.

О возможной реваскуляризации миокарда (ангиопластика, стентирование) информации нет.

При осмотре общее состояние средней степени тяжести, в сознании. Температура тела 36,8 °С. Положение активное. Подкожно-жировой слой развит избыточно, ИМТ – 27,3. Кожа бледная, видимые слизистые оболочки – бледно-розовые. Частота дыхания – 16 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Перкуторный звук ясный,

легочный. Дыхание везикулярное. Хрипов и шума трения плевры нет. ЧСС 80 в минуту, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца без особенностей, шумов нет. Пульсация на артериях нижних конечностей сохранена, трофических нарушений нет. Язык на корне обложен, сухой. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации передней брюшной стенки разлитая болезненность без четкой локализации. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Печень из-под края реберной дуги не выступает. Селезенка не пальпируется. Диурез достаточный. Симптом поколачивания отрицательный.

Лабораторные данные (общий анализ крови): лейкоциты $35,5 \times 10^9$, эритроциты $5,91 \times 10^{12}$ (!), гемоглобин 168 г/л (!), амилаза – 20 ме/л, общий билирубин – 9,36 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,66 мкмоль/л, глюкоза – 7,65 мкмоль/л, мочевины – 18,6 ммоль/л, креатинин – 475,4 мкмоль/л.

Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости: свободной жидкости не выявлено, явления умеренной гепатомегалии.

Учитывая вероятность мультифокального атеросклероза (ИБС, коронарография в анамнезе), клиническую картину (разлитая боль без четкой локализации, сомнительные перитонеальные симптомы, данные клинических (сгущение крови) и биохимических анализов, заподозрен мезентериальный тромбоз. Для уточнения диагноза выполнена МСКТ-ангиография органов брюшной полости: магистральный кровоток в бассейне верхней

брыжеечной артерии сохранен, а. appendicularis не контрастирует. В правой подвздошной области визуализирован увеличенный в размерах червеобразный отросток (ЧО) с каловым камнем в основании. В забрюшинной клетчатке правой подвздошной области определены газ и воспалительный инфильтрат. Стенки подвздошной и слепой кишок умеренно утолщены (Рис. 1 на цветной вклейке в журнал).

Выполнена нижнесрединная лапаротомия. В правой подвздошной области мутный выпот с фибрином до 50 мл. При выведении купола слепой кишки вскрылся забрюшинный аппендикулярный абсцесс со зловонным гноем грязно-серого цвета до 20 мл (*Escherichia coli* 106), в полости гнойника – ЧО черного цвета, длиной 7 см и до 2,5 см в диаметре. Его основание на протяжении 7 мм с серозной оболочкой обычного цвета (Рис. 2). Выполнена типичная аппендэктомия. При рассечении брыжейки ЧО (без наложения зажима) воспаленные ткани не кровоточат. Санация, дренирование брюшной полости.

На 5-е сутки послеоперационного периода наложены первично-отсроченные швы на кожу. Выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки. Гистологическое заключение: острый гангренозный аппендицит. Окончательный диагноз основной: тромбоз а. appendicularis, острый гангренозный аппендицит. Осложнение: местный ограниченный гнойный перитонит. Сопутствующий диагноз: гипертоническая болезнь, 3 стадия, риск 4, хроническая сердечная недостаточность 1–2, функциональный класс 2.

Обсуждение

В обсуждаемом наблюдении анамнез (боли в течение 1 суток) не соответствовал изменениям в брюшной полости, обнаруженным после лапаротомии: ЧО с формированием периаппендикулярного гнойника, свободная инфицированная жидкость с фибрином в правой подвздошной области. Очевидно, это обусловлено тем, что при постепенно развившемся тромбозе а. appendicularis на фоне атеросклероза клинические проявления болезни (боль, неукротимая рвота) наступили после некроза ЧО и связанных с этим осложнений.

Благодарность

Авторы выражают благодарность врачу-рентгенологу Иркутской областной клинической больницы Вычуужиной Е.С. за участие в лечении пациента и интерпретации диагностических данных.

Литература | References

- Revishvili A. Sh., Sazhin V. P., Olovyanniy V. E., Zakharova M. A. Current trends in emergency abdominal surgery in the Russian Federation. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2020;7:6–11 (in Russ.). doi: 10.17116/hirurgia20200716.
- Ревишвили А. Ш., Сажин В. П., Оловянный В. Е., Захарова М. А. Современные тенденции в неотложной абдоминальной хирургии в российской федерации. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2020;7:6–11. doi: 10.17116/hirurgia20200716.
- Pugaev A.V., Achkasov E. E. Acute appendicitis. Moscow. *Infra-M Publ.*, 2019. (in Russ.) doi: 10.12737/monography_5b30a3ba23b7c2.74391380.
- Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. *Острый аппендицит*. Москва: Инфра-М; 2019. doi: 10.12737/monography_5b30a3ba23b7c2.74391380.
- Savelyev V.S., Kirienko A. I. Guidelines for emergency abdominal surgery. Moscow. "Medicinskoe informacionnoe agentstvo" Publ., 2014. (in Russ.)
- Савельев В. С., Кириенко А. И. (ред.) *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости*. Москва: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство»; 2014.
- Sedov VM, Bokhan KL, Gostevskoi AA. [Diseases of the vermiform process]. Saint-Petersburg: Chelovek Publ.; 2016. (in Russ.)
- Седов В. М., Бохан К. Л., Гостевской А. А. *Болезни червеобразного отростка*. СПб.: Человек; 2016.

К статье

Тромбоз артерии червеобразного отростка с развитием гангренозного аппендицита (стр. 259–261)

To article

Arterial Thrombosis of Vermiform Appendix Resulting in Gangrenous Appendicitis (p. 259–261)

Рисунок 1. МСКТ-ангиография органов брюшной полости. 1 – подвздошно-ободочная артерия; 2 – культя а. appendicularis; 3 – каловый камень в основании червеобразного отростка

Figure 1. MSCT-angiography of the abdominal organs. 1 – iliocolic artery; 2 – a. appendicularis stump; 3 – fecal bolus at the base of vermiform appendix

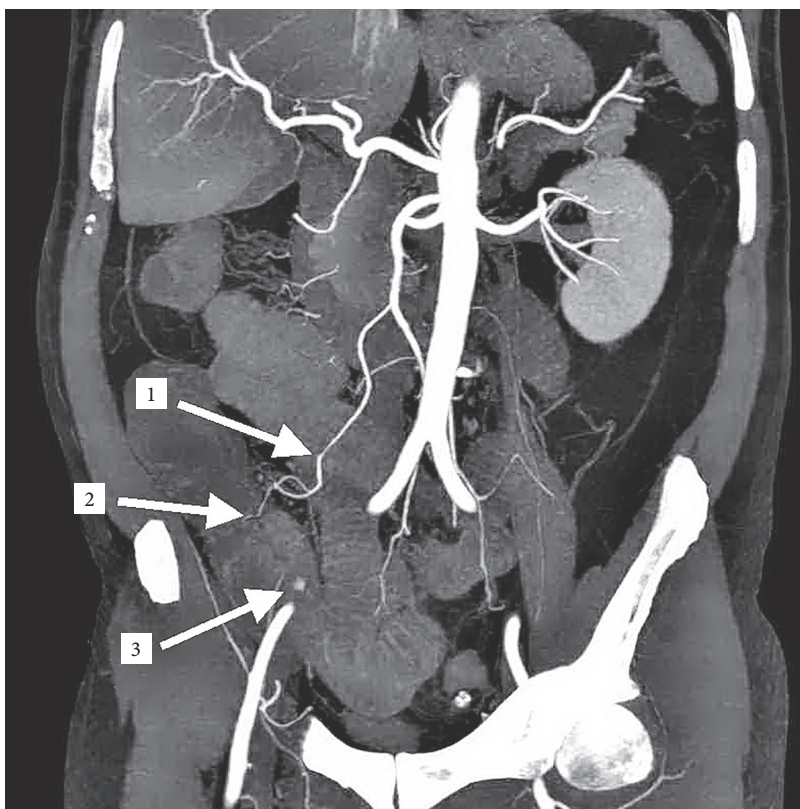


Рисунок 2. Интраоперационное фото. Гангренозно измененный червеобразный отросток с чёткой демаркционной линией между некротизированным червеобразным отростком и его неизмененным основанием. 1 – гангренозно измененный аппендикс, 2 – нормальное основание червеобразного отростка.

Figure 2. Intraoperation photo. Gangrenous vermiform appendix with a clear line of demarcation between the necrotic vermiform appendix and its normal base. 1 – gangrenous appendix, 2 – normal base of appendix.

