

Клинический случай отсутствия червеобразного отростка© А.А. ГЛУХОВ¹, А.А. АНДРЕЕВ¹, А.В. ГОРЛУНОВ², С.В. ЛОБАС^{1,2}, С.Н. БОЕВ¹, А.П. ОСТРОУШКО¹, А.Ю. ЛАПТИЁВА¹¹Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация²Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10, Воронеж, Российская Федерация

Оперативные вмешательства, связанные с воспалительными изменениями аппендикса, относятся к наиболее распространенным операциям в хирургической клинике. В то же время, известна значительная вариабельность положения аппендикса, а также различные аномалии его строения, что может привести к ошибкам в тактике ведения больного. В статье описан случай аплазии червеобразного отростка и приведены данные литературы по поводу распространенности данной аномалии (1:100000 лапаротомий).

Ключевые слова: аппендикс; червеобразный отросток; илеоцекальный угол; вариантная анатомия; аплазия

Clinical Case of Absence of the Appendix© А.А. GLUKHOV¹, А.А. ANDREEV¹, А.В. GORLUNOV², S.V. LOBAS^{1,2}, S.N. BOEV¹, A.P. OSTROUSHKO¹, A.YU. LAPTIYOVA¹¹N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russian Federation²Voronezh City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №10, Voronezh, Russian Federation

Surgical interventions related to inflammatory changes in the appendix are among the most common surgeries in inpatient departments. Yet, there is a high variability in the position of the appendix, and various abnormalities in its structure, which can cause errors in the management of patients. The article describes a case of aplasia of the appendix and presents literature data on the prevalence of this pathology (1:100,000 laparotomies).

Keywords: appendix; appendicitis; ileocecal angle; variant anatomy; aplasia

Проблема диагностики и лечения острого аппендицита - одна из широко освещенных тем в нашей стране и за рубежом. Это обусловлено необходимостью неотложного оперативного вмешательства при данном патологическом состоянии. В то же время общеизвестным является факт разнообразия вариантов положения и развития как самого червеобразного отростка, так и илеоцекального отдела кишечника, что порой приводит к неясной клинической картине и, как следствие, возможным ошибкам. Аномалии развития аппендикса, безусловно, влияют на выбор тактики оперативного вмешательства и ведения больного в послеоперационном периоде. Кроме того, часто под «маской» острого аппендицита могут протекать такие заболевания как почечная колика, сальпингоофорит, прободение дивертикула Меккеля и др. [1,7,9]. В связи с этим являются актуальным изучение аномалий развития и вариантов локализации червеобразного отростка, при нетипичной клинической картине, сочетания данного заболевания с другими нозологическими формами [5,8,10].

Клинический случай

В ГКБСМП №10 в отделение общей хирургии по срочной помощи поступила больная 59 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области в течение 20 часов. При осмотре: локальная болезненность в правой подвздошной области, перитонеальные симптомы отрицательны, аппендикулярные симптомы

сомнительные. При лабораторных исследованиях: лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ. Назначены спазмолитики, покой, динамическое наблюдение. В течение 12 часов состояние с умеренной положительной динамикой, однако затем отмечилось резкое ухудшение - усиление болей, выраженность аппендикулярных симптомов, появление перитонеальных симптомов в правой подвздошной области. Транспортирована в операционную. Под спинальной анестезией разрезом по Волковичу-Дьяконову вскрыта брюшная полость, выделен из забрюшинного пространства и выведен в операционную рану купол слепой кишки обычного анатомического строения без явлений воспаления и инфильтрации, в области схождения трех кишечных лент червеобразный отросток не обнаружен. Операционный доступ расширен на 2 см в медиальном направлении, из окружающих тканей выделены проксимальный отдел восходящей ободочной кишки и терминальный отдел подвздошной кишки. При тщательной ревизии путем осмотра и пальпации аппендикс не был обнаружен ни в просвете, ни в толще стенки кишки, ни в забрюшинном пространстве. Также не установлено никаких рубцовых изменений данной области - следов оперативного удаления червеобразного отростка. Отмечено увеличение в размерах до 2-3 см брыжеечных лимфатических узлов в правой подвздошной области. Произведены гемостаз, дренирование и послойное ушивание брюшной полости. В

послеоперационном периоде назначены антибиотики, спазмолитики, анальгетики, была отмечена выраженная положительная динамика. В удовлетворительном состоянии выписана на 7-е сутки.

Разнообразные аномалии развития червеобразного отростка, например, его нетипичная локализация, удвоение, атрезия или агенезия могут существенно влиять на клиническую картину острого живота. Особую актуальность данной проблеме придает достаточно высокая частота сочетания воспалительных изменений илеоцекального угла с онкологическими заболеваниями [6].

Коллективом авторов проведено исследование литературных данных об отсутствии червеобразного отростка в источниках анатомических трудов и описаниях клинических случаев.

По данным М.Г. Привеса [3], червеобразный отросток отходит от задне-медиальной части слепой кишки на 2,5-3 см ниже впадения подвздошной кишки. Длина отростка в среднем около 8,6 см, а в 2% случаев он уменьшается до 3 см. Очень редко наблюдается полное отсутствие аппендикса. Положение отростка в брюшной полости напрямую зависит от положения слепой кишки, чаще располагается в правой подвздошной ямке, но может располагаться и под печенью и в малом тазу справа. Автор выделяет четыре варианта расположения аппендикса при нормально расположенной слепой кишке:

- 1) нисходящее положение (наиболее частое 40-45% случаев);
- 2) латеральное положение (около 25% случаев);
- 3) медиальное положение (17-20% случаев);
- 4) восходящее положение позади слепой кишки (около 13% случаев).

Примечательно, что при разнообразных положениях отростка его центральная часть, то есть место отхождения от слепой кишки остается неизменным. Основание отростка располагается в месте схождения кишечных мышечных лент толстой кишки на куполе слепой кишки, которые на червеобразном отростке образуют сплошной продольный мышечный слой.

По данным В.В. Кованова [2] при сложности обнаружения основания отростка необходимо использовать ленты как постоянные ориентиры, которые неизбежно приведут к месту отхождения отростка. В дополнение к классификации, указанной выше, автор добавляет переднее и ретроцекальное положение, а учитывая особенность расположения и перитонизации слепой кишки, червеобразный отросток может располагаться ретроперитонеально и даже интраперитонеально, т.е. в толще брюшины слепой кишки.

Отсутствие червеобразного отростка было впервые описано Morgagni в 1718 г., при этом, по данным некоторых авторов [4], частота встречаемости данной аномалии развития составляет 1: 100 000 лапаротомий.

При изучении данных наблюдений об отсутствии червеобразного отростка в клинической практике описываются случаи, когда у пациента с клиникой острого аппендицита при операционной ревизии отсутствует червеобразный отросток, попытки его нахождения при помощи анатомических приемов и расширения доступа безрезультатны. Указывается о контроле декстропозиции органов. Во всех источниках есть данные о проведении мобилизации из окружающих тканей всей илеоцекальной зоны с дистальным отделом подвздошной кишки и проксимальной частью восходящей ободочной кишки.

Во всех подобных клинических наблюдениях описано интраоперационное обнаружение лимфоаденопатии в правой подвздошной области в виде одного или нескольких увеличенных лимфатических узлов брыжейки без признаков гнойного воспаления. При ревизии исключается другая патология органов желудочнокишечного тракта и малого таза. По окончании операции правая подвздошная область дренируется, брюшная полость послойно ушивается. В послеоперационном периоде проводится антибиотикотерапия и обезболивание. Во всех наблюдениях пациенты выписываются в удовлетворительном состоянии после снятия швов на 7- 8-е сутки.

Исходя из вышеописанного можно сделать следующие выводы:

Агенезия червеобразного отростка -редкая аномалия развития, которая может встречаться изолированно без изменений в других отделах кишечника.

Поводом для обращения в стационар больных служит симптоматика, схожая с картиной острого аппендицита, как в местных так и в общих проявлениях.

При оперативном лечении червеобразный отросток отсутствует, но имеется картина единичной лимфоаденопатии брыжеечных узлов в правой подвздошной области.

Учитывая распространенность такой нозологии как острый аппендицит, с подобным клиническим случаем может столкнуться любой хирург, как в детской так и во взрослой практике. Поэтому считаем возможным дать практические рекомендации для хирургов при возникновении данной ситуации.

1. Контроль декстропозиции органов.
2. При ревизии брюшной полости, в частности, илеоцекального угла, необходимо исключить атипичное расположение отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное и их сочетание, интрамуральное).
3. Для обнаружения основания отростка использовать ленты толстой кишки и место их схождения в качестве анатомических ориентиров.
4. При отсутствии отростка необходима полная мобилизация илеоцекальной зоны с дистальным отделом подвздошной кишки и проксимальной частью восходящей ободочной кишки, и повторная тщательная ревизия.

5. При отсутствии аппендикса - после расширения доступа проводится дальнейшая ревизия на предмет другой патологии органов брюшной полости и малого таза.

6. При обнаружении лимфоаденопатии в виде одного или нескольких измененных лимфатических узлов без признаков гнойного воспаления показано дальнейшее консервативное лечение.

Список литературы

1. Лысенко А.В., Литовка В.К., Журило И.П., Сопов Г.А. Отсутствие червеобразного отростка у ребенка. *Детская хирургия*. 2003; 2: 46.
2. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Медицина. 2001; 408.
3. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. Учебник. 12-е издание, переработанное и дополненное. СПб. СПбМАПО. 2011; 724.
4. Chevre F, Gillet M, Vuilleumier H. Agnesis of the vermiform appendix. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2000; 10(2): 110-112.
5. Collins DC. Agnesis of the vermiform appendix. *Am J Surg* 1951; 82: 689-96.
6. Freeman HJ. Duplicated appendix complicated by appendiceal cancer. *World J Gastroenterol*. 2011; 17: 135-136 [PMID:21218095 DOI: 10.3748/wjg.v17.i1.135]
7. Harold E, Nathanson K. Appendix and appendicectomy. *Maingot' s Abdominal Operation*. 1997; 3: 9: 1192.
8. Robinson JO. Congenital absence of the vermiform appendix. *Br J Surg*. 1952; 39: 344.
9. Prinz RA, Madura JA. Appendicitis and appendiceal abscess. *Mastery of Surgery*. 2001; 126: 1468.
10. Greenberg SL, Eyers AA, Stuart Mackay. Congenital absence of the vermiform appendix. *ANZ. Journal of Surgery*. 2003; 73 (3): 166.

Информация об авторах

1. Глухов Александр Анатольевич - д.м.н., заведующий кафедрой общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: glukhov-vrn@yandex.ru
2. Андреев Александр Алексеевич - д.м.н., проф., зав. кафедрой общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: sugery@mail.ru
3. Горлунов Александр Васильевич - к.м.н., заместитель главного врача по хирургической помощи, Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10, e-mail: mail@bsmp10.zdrav36.ru
4. Лобас Сергей Владимирович - ассистент кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, врач-хирург воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи №10, e-mail: sugery@mail.ru
5. Боев Сергей Николаевич - к.м.н., доцент кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: sugery@mail.ru
6. Остроушко Антон Петрович - к.м.н., доцент кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: anton@vrngmu.ru
7. Лаптиева Анастасия Юрьевна - ассистент кафедры общей и амбулаторной хирургии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, e-mail: laptievaa@mail.ru

Цитировать:

Глухов А.А., Андреев А.А., Горлунов А.В., Лобас С.В., Боев С.Н., Остроушко А.П., Лаптиева А.Ю. Клинический случай отсутствия червеобразного отростка. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2022; 15: 2: 162-164. DOI: 10.18499/2070-478X-2022-15-2-162-164.

To cite this article:

Glukhov A.A., Andreev A.A., Gorlunov A.V., Lobas S.V., Boev S.N., Ostroushko A.P., Laptiyova A.Yu. Clinical Case of Absence of the Appendix. *Journal of experimental and clinical surgery* 2022; 15: 2: 162-164. DOI: 10.18499/2070-478X-2022-15-2-162-164.

Дополнительная информация

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

References

1. Lysenko AV, Litovka VK, Zhurilo IP, Sopov GA. Absence of a worm-like process in a child. *Detskaya khirurgiya*. 2003; 2: 46. (in Russ.)
2. Kovanov VV. Operativnaya khirurgiya i topograficheskaya anatomiya. Meditsina. 2001; 408. (in Russ.)
3. Privess MG, Lysenkov NK, Bushkovich VI. Anatomiya cheloveka. Uchebnyk. 12-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. SPb. SPbMAPO. 2011; 724. (in Russ.)
4. Chevre F, Gillet M, Vuilleumier H. Agnesis of the vermiform appendix. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2000; 10(2): 110-112.
5. Collins DC. Agnesis of the vermiform appendix. *Am J Surg* 1951; 82: 689-96.
6. Freeman HJ. Duplicated appendix complicated by appendiceal cancer. *World J Gastroenterol*. 2011; 17: 135-136 [PMID:21218095 DOI: 10.3748/wjg.v17.i1.135]
7. Harold E, Nathanson K. Appendix and appendicectomy. *Maingot' s Abdominal Operation*. 1997; 3: 9: 1192.
8. Robinson JO. Congenital absence of the vermiform appendix. *Br J Surg*. 1952; 39: 344.
9. Prinz RA, Madura JA. Appendicitis and appendiceal abscess. *Mastery of Surgery*. 2001; 126: 1468.
10. Greenberg SL, Eyers AA, Stuart Mackay. Congenital absence of the vermiform appendix. *ANZ. Journal of Surgery*. 2003; 73 (3): 166.

Information about the Authors

1. Alexander Anatolievich Glukhov - M.D., head of the Department of General and Outpatient Surgery, N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: glukhov-vrn@yandex.ru
2. Alexander Alekseevich Andreev - M.D., Professor of the Department of General and Outpatient Surgery of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: sugery@mail.ru
3. Gorlunov Alexander Vasilyevich - Ph.D., Deputy Chief Physician for Surgical Care, Voronezh City Clinical Hospital of Emergency Medical Care №10, e-mail: mail@bsmp10.zdrav36.ru
4. Sergey Vladimirovich Lobas - assistant at the Department of General and Outpatient Surgery N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, surgeon of the Voronezh city clinical hospital of emergency medical care №10, e-mail: sugery@mail.ru
5. Sergey Nikolaevich Boev - Ph.D., associate Professor of the Department of Department of General and Outpatient Surgery of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: sugery@mail.ru
6. Anton Petrovich Ostroushko - Ph.D., associate Professor of the Department of Department of General and Outpatient Surgery of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: anton@vrngmu.ru
7. Anastasia Yurievna Laptiyova - assistant at the Department of General and Outpatient Surgery N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, e-mail: laptievaa@mail.ru