

В возрасте 8 месяцев ребенок был переведен из отделения по выхаживанию недоношенных детей в детский дом с массой тела 3720 г., дефицитом массы тела – 26 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетание в клинике симптомов инфекционно-воспалительного процесса, гипоксически-ишемического поражения ЦНС на фоне крайней степени морфо-функциональной незрелости ребенка затруднили своевременную диагностику заболевания. В приведенном клиническом примере у пациента наблюдалась картина некротического энтероколита с острым течением, отличить которую от энтероколита на фоне тотального аганглиоза толстого кишечника только на основании данных осмотра, клинической картины и неинвазивных методов диагностики не представлялось возможным. Проведение гистохимического исследования биоптатов толстого кишечника позволило установить не только отсутствие ганглиозных клеток в пред-

ставленных участках, но и оценить протяженность аганглионарного сегмента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов, Д. А. Диагностика и лечение болезни Гишпрунга у детей в Российской Федерации, подготовка проекта федеральных клинических рекомендаций / Д. А. Морозов, Е. С. Пименова // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2018. – № 8 (1). – С. 6–12.
2. Опыт диагностики и лечения пациентов с тотальным и субтотальным аганглиозом кишечника / А. И. Чубарова [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Т. 6, № 2. – С. 26–27.
3. Пороки развития кишечника у недоношенных, протекающие под маской некротического энтероколита / Ю. И. Кучеров [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – № 14 (2). – С. 300–304.
4. Шельгин Ю. А. Клинические рекомендации / Ю. А. Шельгин // Колопроктология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 50–51.

Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ;
ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 3», Волгоград

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ В СЛУЧАЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РЕТРОЦЕКАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ АППЕНДИКСА В РУТИННОЙ ПРАКТИКЕ ОБЩЕГО ХИРУРГА

УДК 616-007.415

В статье приводится клинический случай ретроцекального ретроперитонеального расположения червеобразного отростка, обнаруженного случайно у пациента с опухолевой толстокишечной непроходимостью, предлагаются тактические решения в отношении техники аппендэктомии при данном расположении аппендикса. Случай закончился благополучно.

Ключевые слова: острый аппендицит, варианты расположения червеобразного отростка, хирургическая практика.

R. V. Myakonkiy, K. O. Kaplunov

THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN A CASE OF AN ACUTE APPENDICITIS WITH THE RETROCECAL LOCATION OF THE APPENDIX IN THE ROUTINE PRACTICE OF A GENERAL SURGEON

The article presents a clinical case of the retrocecal retroperitoneal location of the worm-shaped process, discovered accidentally in a patient with a tumor colonic obstruction, offers tactical solutions for appendectomy techniques at this location of the Appendix. The case ended successfully.

Key words: acute appendicitis, variants of the location of the Appendix, surgical practice.

Острый аппендицит на протяжении нескольких веков неизменно входит в тройку лидеров наиболее частой острой хирургической

патологии. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4–5 человек на 1 тыс. населения. Наиболее часто острый аппендицит встре-

чается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины. Летальность составляет 0,1–0,3 %, послеоперационные осложнения – 5–9 %. Трудности диагностики этого заболевания, тяжесть осложнений, связанных с поздней диагностикой, свидетель-

ствуют о том, что проблема лечения острого аппендицит не потеряла своей актуальности [3, 4, 5, 7, 8].

Расположение червеобразного отростка по отношению к слепой кишке весьма вариabельно (см. табл.).

Варианты расположения аппендикса в брюшной полости

Название	Варианты расположения аппендикса
Тазовое, или нисходящее	Отросток направлен вниз, в полость малого таза
Медиальное	Отросток лежит параллельно подвздошной кишке
Латеральное	Отросток находится в правой боковой околоободочной борозде (канале)
Переднее	Отросток лежит на передней поверхности слепой кишки
Восходящее, или подпеченочное	Отросток направлен верхушкой вверх, нередко до подпеченочного углубления
Ретроцекальное	Отросток находится позади слепой кишки

Частота расположения червеобразного отростка позади слепой кишки в среднем составляет от 5 до 7 % [2]. Расположенный ретроцекально червеобразный отросток, как правило, тесно прилежит к задней стенке слепой кишки, имеет короткую брыжейку, что обуславливает его изгибы и деформации. В 2 % случаев червеобразный отросток полностью располагается забрюшинно. В то же время находящийся позади слепой кишки отросток может соприкасаться с печенью, правой почкой, поясничными мышцами, что обуславливает известные особенности клинических проявлений заболевания.

Так же, как и в типичных случаях, ретроцекальный аппендицит начинается с болей в эпигастральной области или по всему животу, которые в последующем локализуются в области правого бокового канала или в поясничной области [6]. Тошнота и рвота наблюдаются несколько реже, чем при обычном положении червеобразного отростка. Нередко в начале заболевания бывает двух- или трёхкратный полужидкий кашицеобразный стул со слизью вследствие раздражения слепой кишки тесно прилежащим к ней воспаленным отростком, а при близком соседстве с почкой или мочеточником могут возникать дизурические явления.

Ретроцекальный аппендицит чаще, чем другие формы этого заболевания, заканчивается деструкцией отростка. Этому способствуют отсутствие мощных брюшинных образований, близость забрюшинной клетчатки, неудовлетворительное опорожнение червеобразного отростка вследствие изгибов и деформаций, неудовлетворительное кровоснабжение из-за укороченной и нередко деформированной брыжейки. В связи с этим наряду со скудными симптомами аппендицита со стороны брюшной

полости нередко бывают признаки развивающейся системной воспалительной реакции. Температура тела и лейкоцитоз чаще всего более выражены, чем при типичной локализации червеобразного отростка.

Описание клинического случая. Приводим случай из собственной практики ретроцекального ретроперитонеального расположения аппендикса у мужчины 78 лет, оперированного по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости. Пациенту была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. При мобилизации толстой кишки было обнаружено атипичное расположение червеобразного отростка. Кроме атипичного расположения, аппендикс превышал средние размеры, его длина составила 14,5 см (рис 1). Основание червеобразного отростка было довольно широким, имело пирамидальную форму, а брыжейка практически отсутствовала, по всей длине он интимно соприкасался с восходящим отделом ободочной кишки.

Острый аппендицит – это коварное, с точки зрения диагностики, и опасное по возможным последствиям заболевание. До 75–83,5 % от общего числа неотложных операций предпринимаются по поводу острого аппендицита, а от всех госпитализированных с острыми заболеваниями органов брюшной полости острый аппендицит составляет 75–80 % [2].

При развитии острого аппендицита у данного пациента оперирующий хирург неминуемо столкнулся бы с техническими трудностями. Если смоделировать указанную ситуацию и рассмотреть тактические и технические особенности аппендэктомии в этом случае, то получится следующее.

Выполнив классический аппендикулярный доступ Кохера–Волковича–Дьяконова–Мак-Бурнея

оперирующему хирургу, удалось бы обнаружить купол слепой кишки и основание червеобразного отростка. Вероятнее аппендэктомия была бы выполнена ретроградным способом. После обработки культи аппендикса возникли бы технические трудности, и возник вопрос дальнейшей интраоперационной тактики.



Рис. 1

При этом рассекая кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию, наружную косую, внутреннюю и поперечную мышцы живота. По ходу рассечения указанных тканей необходимо осуществлять тщательный гемостаз из *aa. et vv. intercostales* и ветвей *a. et v. circumflexae ilium superficialis, a. epigastrica superficialis*. Вероятно будут пересечены ветви VII–IX межреберных нервов. Мобилизация слепой и восходящего отдела ободочной кишки происходит посредством рассечения париетальной брюшины правого бокового канала [1].

После удаления аппендикса необходима фиксация мобилизованного участка тонкой кишки к правому боковому каналу, для этого используют либо непрерывный, либо отдельные узловые серо-серозные швы. Если игнорировать этот этап оперативного вмешательства, то мобилизованный участок толстой кишки приобретает излишнюю подвижность, что может явиться причиной развития его заворота и, как следствие, развитие кишечной непроходимости в раннем или отдаленном послеоперационном периоде.

В данном случае дополнительно мобилизовать слепую кишку и восходящий отдел ободочной кишки из указанного доступа не представляется возможным.

Выходом из ситуации может служить расширение доступа из верхнего отдела раны вверх (рис. 2).

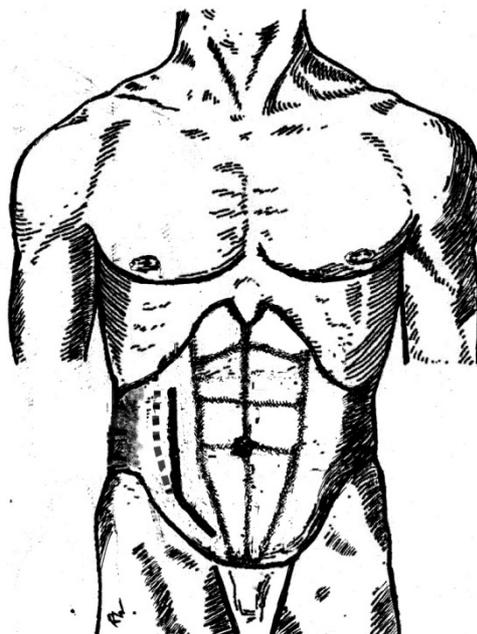


Рис. 2

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы оперативных доступов / А. А. Воробьев [и др.]. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. – 154 с.
2. Аппендэктомия как предиктор профессионализации начинающего хирурга в условиях экстренной хирургии / А. В. Быков [и др.] // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 3. – С. 132–136.
3. Диагностика «острого живота» / Под ред. Н. Н. Самарина. – Л., 1952. – 470 с.
4. Колесов В. И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л., 1978. – 220 с.
5. Мондор Г. Неотложная диагностика / Г. Мондор // Живот. – Медбук, 1996. – Т. 1–380 с.
6. Мяконький, Р. В. Опорные симптомы острого аппендицита / Р. В. Мяконький, С. В. Иванченко // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2017. – № 2. – С. 129–130.
7. Острый аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с.
8. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: руководство для врачей / Под ред. акад. РАН и РАМН В. С. Савельева; ред.-составитель акад. РАМН А. И. Кириенко. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – С. 133–177.