



А. В. Капшитарь

Запорожский
государственный медицинский
университет

© Капшитарь А. В.

АППЕНДЭКТОМИЯ ПОСЛЕ «АППЕНДЭКОМИИ»

Резюме. Описано довольно редкое клиническое наблюдение у больной 30 лет – острый аппендицит после нижней срединной лапаротомии, «аппендэктомии» по поводу вторичного аппендицита, энуклеации кисты правого яичника с разрывом. Спустя 2 месяца повторная срединная лапаротомия по поводу перитонита. Во время операции диагностирован острый гангренозный перфоративный аппендицит, абсцесс, диффузный гнойный перитонит. Аппендэктомия, санация с дренированием брюшной полости и малого таза. Выздоровление.

Ключевые слова: «аппендэктомия», удаление кисты яичника, повторная операция, аппендэктомия.

Введение

Аппендэктомия (АЭ) при остром аппендиците является самая распространённая операция в неотложной хирургии органов брюшной полости [7, 10, 10]. После АЭ в позднем послеоперационном периоде некоторые пациенты поступают в хирургические отделения с подозрением на острый аппендицит или перитонит [1, 2, 6, 9]. Сроки госпитализации варьируют от 2 месяцев до 31 года [3, 4, 5]. Наличие рубца на передней брюшной стенке и утверждение больного о выполненной ранее АЭ, ставит практического хирурга в довольно затруднительное положение [2, 3, 5, 6, 9]. Риск опасной напрасной лапаротомии, у некоторых больных, побуждает его избрать тактику динамического наблюдения [3, 5]. Вместе с тем, при наличии развивающейся катастрофы в брюшной полости, по данным Дехтярь А.М. с соавт. [3], динамическое наблюдение продолжалось даже 2 суток с последующей запоздалой операцией. Во время лапаротомии диагностированы флегмонозные и гангренозные формы острого аппендицита, осложнённые абсцессом или неограниченным гнойным перитонитом [1, 2, 3, 4, 9]. Причинами предыдущей «АЭ» были длинная культя червеобразного отростка, его верхушка на питающей брыжейке либо даже полностью не удалённый ЧО [1, 2, 3, 4, 6]. Публикации в периодической печати единичные, как и описанные в них единичные клинические наблюдения [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Цель исследований

Описать клинический случай, являющийся казуистикой, аппендэктомии после ранее выполненной «аппендэктомии».

Материалы и методы исследований

Под нашим наблюдением находились 3 больных, которым была выполнена «аппендэктомия». Из них у 2 (66,7 %) пациенток был рубец в правой подвздошной области после оперативного доступа по Мак-Бурнею и у 1

(33,3 %) – после нижней срединной лапаротомии. У всех больных отмечены значительные трудности в своевременной постановке диагноза. Приводим одно из наших клинических наблюдений.

Больная Е., 30 лет, № ист. б-ни 2607, госпитализирована 06.08.2012 г. в 1.30 в хирургическое отделение КП «Городской клинической больницы № 2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с жалобами на резкие боли в правом подреберье и околопупочной области, тошноту, многократную рвоту желчью и прозрачной жидкостью. Причиной считает употребление пива. 05.08.2012 г. в 8.00 появились резкие пульсирующие боли в правом подреберье, рвота. Наступило временное улучшение. Спустя 14 часов резко усилились боли «кинжального» характера. Вызвала СМП и с диагнозом «Острый перитонит?» транспортирована в клинику. Согласно представленному выписному эпикризу с 04.06.2012 по 18.06.2012 г. лечилась в одной из хирургических клиник города по поводу разрыва кисты правого яичника, гемоперитонеума лёгкой степени, вторичного аппендицита (при поступлении заподозрен разрыв правого яичника или острый аппендицит). 04.06.2012 г. УЗИ: в проекции правых придатков нечётко определяется жидкостное образование. ФЭГДС: хронический гастродуоденит. Спустя 6 часов диагностирован разрыв яичника. Острый аппендицит? и выполнена нижняя срединная лапаротомия, энуклеация кисты правого яичника, АЭ, санация и дренирование полости малого таза. Послеоперационное течение гладкое. Удалены дренажи из полости малого таза, сняты швы. Рана зажила первичным натяжением.

Результаты исследований и их обсуждение

На момент госпитализации в нашу клинику общее состояние больного тяжёлое. Пульс 108 уд/мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Температура тела 37,0 °С. ЧДД 20 в 1 мин. Рост 178 см. Вес 50 кг. Язык влажный, обложенный бе-



лым налётом. От пупка до лона линейный послеоперационный рубец. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Живот резко болезненный и напряжённый в правом подреберье и подложечной области. Симптом Щёткина положительный. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы задержаны. В общем анализе крови $Eg\ 4,16 \times 10^{10}/л$, $Hb\ 151\ г/л$, $L\ 20,9 \times 10^9/л$. В лейкоцитарной формуле метамиелоциты – 1 %, юные – 2 %, палочкоядерные нейтрофилы – 43 %, сегментоядерные – 44 %, лимфоциты – 3 %, моноциты – 7 %. В общем анализе мочи белок 0,033 %, лейкоциты 15-18, эпителий плоский 35-40, эпителий мочевого пузыря 3-4. Диагностирован острый перитонит. При рентгенографии брюшной полости патологии не выявлено. Осмотрена терапевтом: нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу.

Спустя 1 час после госпитализации и подготовки больной выполнена неотложная операция: срединная лапаротомия. При ревизии обнаружено, что червеобразный отросток длиной 8 см, утолщён, серо-чёрного цвета, напряжённый, покрыт фибрином, располагался позади слепой кишки в правом боковом канале и в восходящем направлении с локализацией его верхушки под печенью. Основание червеобразного отростка патологическим процессом отделено от слепой кишки (самоампутация). Ложе червеобразного отростка грязно-серого цвета, в фибрине с наличием 20 мл гноя с плавающим фибрином. Грубые сращения слепой кишки с передней брюшной стенкой, петлями тонкого кишечника, брюшиной боковой стенки живота образовали аппендикулярный абсцесс и отгораживали область патологического очага от полости малого таза, где также

располагался тонкий кишечник в сращениях. Гиперемия, отёк стенок и умеренное расширение диаметра тонкого кишечника в правой половине живота. Послеоперационный диагноз «Острый гангренозный аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка, осложнённый перфорацией, аппендикулярным абсцессом и диффузным фибринозно-гнойным перитонитом». Выполнена антеградная АЭ с погружением культи в кيسетный и Z-образный швы. Санация и дренирование правого бокового канала брюшной полости и малого таза. Многокомпонентная интенсивная терапия.

Послеоперационное течение гладкое, удалены дренажи из брюшной полости и малого таза. Сняты швы. Заживление раны первичным натяжением. УЗИ-контроль органов брюшной полости – норма. Гистологическое заключение № 34010-34013: гангренозный аппендицит. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 16.08.2012 г. к хирургу поликлиники для окончания лечения.

Выводы

Развитие острого аппендицита после ранее выполненной «аппендэктомии» – казуистика.

С целью разрешения диагностических трудностей в ранние сроки необходимо использовать УЗИ и лапароскопию.

Больные должны быть информированы об особенностях аппендэктомии и иметь выписной эпикриз. При повторном поступлении в хирургическую клинику диагноз и показания неотложной операции устанавливаются после всестороннего обследования с учётом результатов дополнительных методов исследования и подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Активное хирургическое лечение больных с хроническими перикюльтевыми абсцессами, возникающими как осложнение аппендэктомии / С. Н. Тесленко, Н. А. Александров, А. А. Тонкоглас [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2016. – № 3. – С. 65 – 68.
2. Богоряд В. Б. Аппендэктомия после «аппендэктомии» / В. Б. Богоряд, А. И. Брехт, Г. Г. Майер // Клиническая хирургия. – 1989. – № 6. – С. 62 – 63.
3. Дехтярь А. М. Острый аппендицит после «аппендэктомии» / А. М. Дехтярь, Ю. Г. Кадышев // Клиническая хирургия. – 1990. – № 4. С. 59.
4. Кривокульский Д. Б. Аппендэктомия после «аппендэктомии» / Д. Б. Кривокульский // Клиническая хирургия. – 1987. – № 4. – С. 61 – 62.
5. Мун Н. В. Острый аппендицит после «аппендэктомии» / Н. В. Мун, Д. Г. Сосновский // Клиническая хирургия. – 1987. – № 11. – С. 127.
6. Пох-Дробанцев В. В. Обнаружение червеобразного отростка в грыжевом мешке после аппендэктомии / В. В. Пох-Дробанцев, В. В. Курганова, С. В. Вдовико // Клиническая хирургия. – 1994. – № 9. – С. 58 – 59.
7. Пронін В. О. Патологія червоподібного відростка та апендектомія / В. О. Пронін, В. В. Бойко. – Х. архів: СИМ, 2007. – 271 с.
8. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. С. Савельев. – М.: Три-ада, 2016. – 640 с.
9. Семенюк Ю. С. Аппендэктомия после «аппендэктомии» / Ю. С. Семенюк // Клиническая хирургия. – 1990. – № 4. – С. 59 – 60.
10. Хірургія (базовий підручник). – Т. 3, у трьох томах (книга 1) / За ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова. – Дніпропетровськ: РВА Дніпро-VAL, 2012. – 780 с.

АПЕНДЕКТОМІЯ ПІСЛЯ
«АПЕНДЕКТОМІЇ»*O. B. Kanuhtar*

Резюме. Описане досить рідкісне клінічне спостереження у хворої 30 років – гострий апендицит після нижньої середньої лапаротомії, „апендектомії” у зв’язку з вторинним апендицитом, енуклеації кісти правого яєчника з розривом. Через 2 місяці потому повторна середина лапаротомія у зв’язку з перитонітом. Під час операції діагностований гангренозно-перфоративний апендицит, абсцес, дифузний гнійний перитоніт. Апендектомія, санація з дренажуванням черевної порожнини та малого тазу. Видужання.

Ключові слова: «апендектомія», енуклеація кісти яєчника, повторна операція, апендектомія.

APPENDECTOMY AFTER
«APPENDECTOMY»*A. V. Kapshytar*

Summary. A rather rare clinical observation in a patient of 30 years – acute appendicitis after lower median laparotomy, «appendectomy» for secondary appendicitis, enucleation of the cyst of the right ovary with a rupture is described. After 2 months, a repeated median laparotomy for peritonitis. During the operation, acute gangrenous perforated appendicitis, abscess, diffuse purulent peritonitis was diagnosed. Appendectomy, sanation with drainage of the abdominal cavity and small pelvis. Recovery.

Key words: «appendectomy», ovarian cyst removal, repeated operation, appendectomy.