



О. А. Повч<sup>1</sup>,  
Є. М. Шепетько<sup>1</sup>,  
О. В. Ковальчук<sup>2</sup>,  
Р. О. Лелета<sup>2</sup>,  
С. О. Ребенков<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний  
університет імені  
О. О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>КНП «Київська міська  
клінічна лікарня № 12»

<sup>3</sup>КНП «Київська міська  
дитяча клінічна лікарня № 7»

© Колектив авторів

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРФОРАЦІЄЮ ТА ФОРМУВАННЯМ ФЛЕГМОНИ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

**Реферат.** *Мета досліджень.* Провести аналіз анамнестичних даних, клінічних симптомів, передопераційної діагностики, особливостей виконання оперативного втручання та результатів гістологічного дослідження у пацієнта з мукоцеле червоподібного відростка (МЧВ), ускладненим некрозом і перфорацією стінки та формуванням флегмони заочеревинного простору (ФЗП).

*Матеріал і методи.* Проведений аналіз випадку МЧВ, що ускладнився атипичним перебігом та розвитком флегмони заочеревинного простору, що діагностована після виконання мультиспіральної комп'ютерної томографії органів черевної порожнини (МСКТ ОЧП).

*Результати.* Хворий, не дивлячись на періодичні нетипові скарги на неприємні відчуття у правій здухвинній ділянці, не звертався до лікарів та не обстежувався. Оперований ургентно після виконання МСКТ ОЧП. Інтраопераційно діагностовано розрив мукоцеле червоподібного відростка із формуванням ФЗП, що значно ускладнило хід операції та перебіг післяопераційного періоду. Виконана апендектомія, дренажування черевної порожнини та заочеревинного простору. Поступове покращення стану та одужання.

*Висновки.* Гостра ситуація, що виникла в результаті розриву мукоцеле червоподібного відростка, призвела до виконання складного оперативного втручання. Виконання МСКТ ОЧП на догоспітальному етапі дає можливість діагностувати проблему і своєчасно виконати операцію, не чекаючи важких ускладнень.

**Ключові слова:** мукоцеле червоподібного відростка, флегмона заочеревинного простору, апендектомія, мультиспіральна комп'ютерна томографія органів черевної порожнини.

### Вступ

Мукоцеле червоподібного відростка (МЧВ) – це термін, що визначається розширенням апендикулярного просвіту з накопиченням в ньому муцину [1]. Причина МЧВ – хронічна оклюзія відростка сполучнотканинною стриктурою [2]. Захворюваність на мукоцеле дуже рідка і складає – 0,3-0,7% від усіх виконаних апендектомій [3]. В літературі представлено невелику кількість пацієнтів із даною патологією. Так, описані спостереження від одного до 13 випадків хворих із МЧВ [4, 1, 3, 5]. Клінічна картина при даному захворюванні, нерідко, майже не виражена і нагадує гострий апендицит [6], а у 30,77% хворих – безсимптомна [3]. Достовірний діагноз ставиться, як правило, тільки при МСКТ ОЧП, як розширення просвіту відростка [2, 1], або за результатами гістологічного дослідження післяопераційних матеріалів [7]. У доступній літературі ми не знайшли випадків МЧВ, ускладненого некрозом стінки, перфорацією та формуванням ФЗП.

### Мета досліджень

Провести аналіз анамнестичних даних, клінічних симптомів, передопераційної діагностики, особливостей виконання оперативного втручання та результатів гістологічного дослідження у пацієнта з МЧВ, ускладненого некрозом і перфорацією стінки та формуванням ФЗП.

### Матеріали та методи досліджень

У процесі перебування хворого з МЧВ у клініці використовувались загальноклінічні (загальний аналіз крові з формулою, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, дослідження коагулограми, визначення цукру крові, посів вмісту гнійника черевної порожнини на визначення виду бактеріальної флори та чутливості її до антибіотиків, електрокардіографія) та спеціальні інструментальні методи досліджень (УЗД ОЧП, МСКТ ОЧП). Багатофазна спіральна комп'ютерна томографія виконувалась із в/в контрастуванням препаратом



Томогексол 350 з розрахунку 1 мл/кг маси тіла та пероральним контрастуванням кишківника нейтральним середовищем (вода). Дослідження проводилось на 4-зрізовому комп'ютерному томографі «Asteion super4», фірми Toshiba, Японія.

### Результати досліджень та їх обговорення

Представлений клінічний випадок спостереження ускладненого МЧВ у пацієнта Л., 46 р.

При надходженні в клініку (06.08.2018 р.) — скарги на озноб, підвищення температури тіла до 39,5°C, незначні неприємні відчуття в правій здухвинній ділянці. Хворіє три дні. Початок захворювання зв'язує з різким раптовим нахилом тулуба уперед, після чого відчув біль у правій здухвинній ділянці, яка через декілька годин повністю пройшла, а ввечері розпочався озноб. Анамнестично, хворий згадував, що іноді, під час швидкої ходьби та бігу, відмічав неприємні відчуття в правій здухвинній ділянці. Однак він не обстежувався й значення цьому не надавав.

При госпіталізації, пальпаторно незначне ущільнення й болісність у правій здухвинній ділянці. Об'єктивні симптоми гострого апендициту відсутні. Загальний аналіз крові: Нг — 146 г/л, L —  $16 \times 10^9$ /л (паличкоядерні нейтрофіли — 6, сегментоядерні нейтрофіли — 85, моноцити — 1, лімфоцити — 8), ШЗЕ — 62 мм/год, тромбоцити —  $258 \times 10^9$ /л, Нт — 0,44.

УЗД ОЧП — у правій здухвинній області визначається утворення неоднорідної структури із розмірами 43 × 30 мм та рідинним компонентом. Запідозрено атипове (ретроперитонеальне?) розміщення червоподібного відростка із ознаками запалення. Призначено антибактеріальну в/в терапію (цефтріаксон, левофлокс, метронідазол), діклоберл-75 в/м, дезінтоксикаційну в/в терапію.

У день госпіталізації виконана багатофазна спіральна комп'ютерна томографія. В правій здухвинній області ретроцекально навколо деструктивно/некротично зміненого апендикулярного відростка, в структурі якого простежуються звапнення (біла стрілка) (рис. 1), візуалізується інтенсивна запальна інфільтрація з наявністю численних порожнин із скупченнями рідиного вмісту (три рожеві стрілки) (рис. 2), що проникають у парієтальну очеревину та розповсюджуються заочеревинно, залучаючи поперековий м'яз, в якому також візуалізуються ознаки абсцедування (велика стрілка, фронтальна реконструкція) (рис. 3); загальні розміри інфільтрату 53 × 46 × 51 мм. Заочеревинно по периферії задньої ниркової фасції візуалізується запальна інфільтрація.

Наступного дня, не дивлячись на зменшення ознобу (до 37,5 °C) і покращення загального са-

мопочуття, при пальпації черевної порожнини — посилення болю у вказаній області. При цьому почав контуруватись запальний інфільтрат у вказаній ділянці із позитивними симптомами гострого апендициту та ознаками подразнення очеревини у правій здухвинній ділянці. Прийнято рішення про екстрене оперативне втручання під ЕТН (07.08.2018 р.). Лапаротомія за Волковичем-Дьяконовим. Парієтальна очеревина трохи інфільтрована. При її розкритті патологічного вмісту у черевній порожнині не виявлено. Купол сліпої кишки фіксований до поперекової ділянки, де визначається наявність конгломерату тканин із розмірами 8,0 × 6,0 см. Дана ділянка обмежена марлеви-ми серветками. При обережній ревізії конгломерату — розкрився гнійник, виділилось біля 30,0 мл сірого гною. Останній взятий для бактеріального посіву та визначення чутливості флори до антибіотиків. Санація порожнини абсцесу. Із технічними труднощами виділено основу червоподібного відростка, стінка його потовщена, вкрита фібрином, діаметр до 2,0 см. Ретроградна апендектомія. Решта відростка знаходяться ретроцекально, у порожнині гнійника, синюшно-чорного кольору із ділянками перфорацій. Видалення фрагментованих ділянок червоподібного відростка (окремі ділянки — діаметром до 3,0 см). Порожнина гнійника промита розчинами антисептиків та дренована подвійним трубчастим промивним дренажем через контрапертуру в правій боковій стінці живота. Додатковий трубчастий дренаж у малу миску. Ушивання рани. У післяопераційному періоді — продовження в/в введення цефтріаксону, левофлоксу, метронідазолу, проксіуму, анальгіну. Внутрішньом'язово — діклоберл-75. Промивання дренажів розчином декасану. Дослідження гною із порожнини гнійника: виявлений *Citrobacterium freundii* з чутливістю до левофлоксацину, гатіфлоксацину, норфлоксацину, цефтріаксону, цефтазидиму, іміпенему та помірною чутливістю до цефепіму, амікацину.

Поетапне покращення стану. Видалені дренажі. Рана загоїлась первинним натягненням, на 9-у добу зняті шви.

Патогістологічне дослідження видаленого червоподібного відростка від 13.08.2018 р.: у просвіті апендикса — слизові маси, місцями — комірчаноподібної будови, з наявністю дрібних кальцинатів, ділянками інвазії в стінку апендикса, перфорацією стінки, явищами флегмонозно-гангренозного апендициту, периапендициту. Морфологічні дані на користь міксому апендикса, мукоцеле. Небезпека розвитку псевдоміксому очеревини.

Зважаючи на отримані дані, виконана дорізка післяопераційного матеріалу з додатковим гістологічним дослідженням: тканина апен-

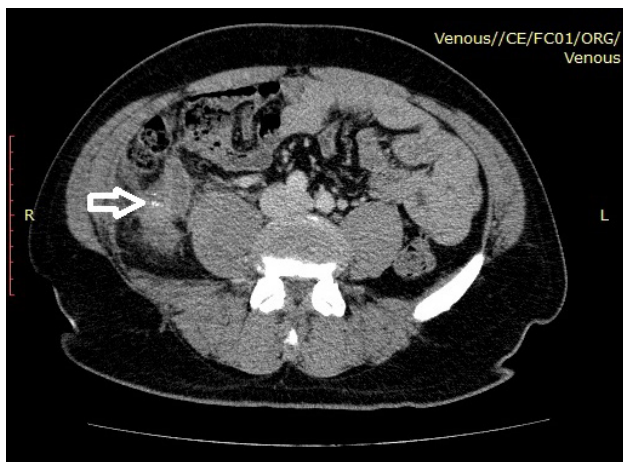


Рис. 1. Некротично змінений апендикулярний відросток, в структурі якого простежуються звапнення (біла стрілка)

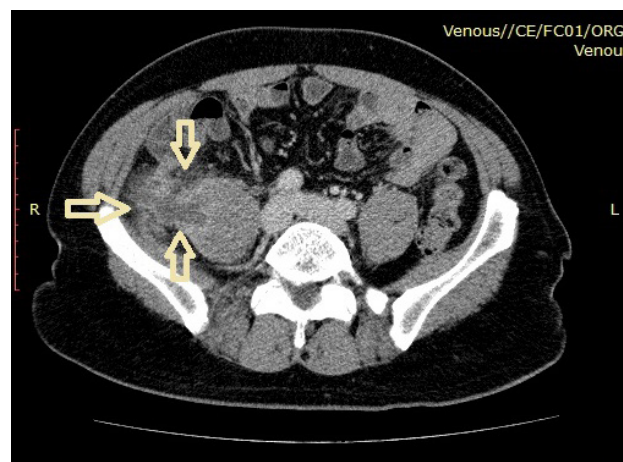


Рис. 2. Інтенсивна запальна інфільтрація з наявністю численних порожнин із зкупченнями рідиного вмісту (три рожеві стрілки)

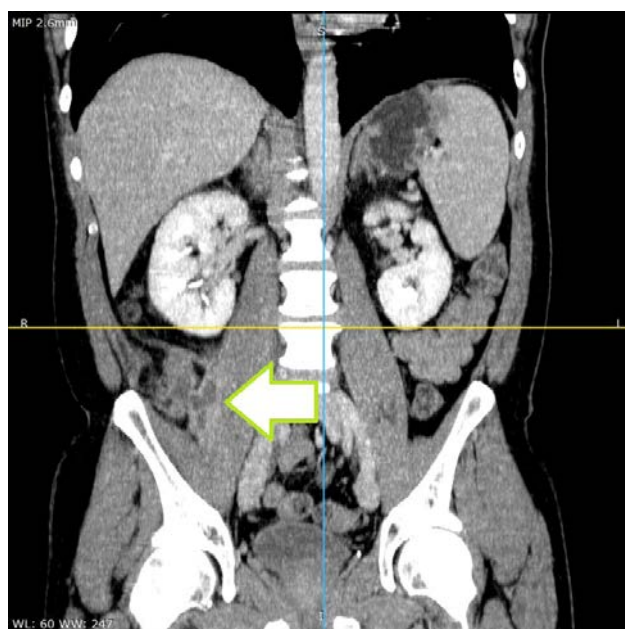


Рис. 3 Проникнення запального інфільтрату крізь парієтальну очеревину із розповсюдженням заочеревинно, залученням поперекового м'язу, в якому візуалізуються ознаки абсцедування (велика стрілка, фронтальна реконструкція)

дикса з явищами гангренозного апендициту, склеротичними змінами, виражений периапендицит. В окремих ділянках, по зовнішній стінці апендикса, на фоні явищ гнійного запалення, відмічаються ділянки міксоїдної тканини. Висновок: розрив мукоцеле, обсеменіння серозної оболонки апендикса.

Біопсійні матеріали досліджені спеціалістами Національного інституту раку 20.08.2020 р.: у гістопрепаратах, представлених на консультацію, та гістопрепаратах, виготовлених в НІР (із блоків), визначається хронічний апендицит у стадії загострення процесу із поширенням запального інфільтрату на навколишні прилеглі тканини із формуванням порожнини абсцесу, з наявністю у запальному інфільтраті кальцинатів

(свідчить про давність процесу). Окрім цього, у всіх шарах апендикса і прилеглих до нього тканинах, визначаються осередкові накопичення слизових мас, у тому числі й серед запального інфільтрату. Подібні зміни можуть відбуватися при мукоцеле апендикса, з перфорацією останнього й початком розвитку псевдоміксоми очеревини.

Таким чином, у хворого мало місце запалення і перфорація МЧВ, що призвело до формування ФЗП, в зв'язку з чим хворому виконано екстрене оперативне втручання. Виписаний на 10-у добу у задовільному стані для подальшого амбулаторного спостереження у хірурга за місцем проживання.

При динамічному спостереженні протягом 4-х місяців — почував себе задовільно.



11.12.2018 р. виконано контрольне МСКТ ОЧП із подвійним контрастуванням. Заключення: стан після оперативного втручання у правій здухвинній області з приводу міксоми апендикулярного відростка та очеревини. Даних за *prolongation morbi* — не виявлено.

На даний час — почуває себе задовільно. Скарг немає. Продовжує активно працювати за основним місцем роботи. Іноді, при зміні погоди, спостерігає ниючі відчуття в зоні після-операційного рубця.

### Висновки

1. МЧВ — рідкісна патологія, яка може ускладнюватись розвитком запалення, перфорацією стінки відростка й формуванням ФЗП, що вимагає невідкладного оперативного втручання.

2. Клінічна картина МЧВ стерта, не типова, деякі симптоми віддалено нагадують клініку гострого апендициту.

3. Найбільш достовірною методикою передопераційного обстеження при МЧВ є МСКТ ОЧП із подвійним використанням, що дозволяє запідозрити цю рідкісну патологію, визначити розповсюдженість запального процесу, переходу на оточуючі тканини із формуванням ФЗП. Кінцевий діагноз ставиться на підставі даних патогістологічного дослідження.

4. Враховуючи анамнестичні скарги хворого на періодичні болі в правій здухвинній ділянці, в таких ситуаціях рекомендовано виконання УЗД ОЧП, а за необхідності — МСКТ ОЧП, що дозволяє своєчасно запідозрити діагноз МЧВ та виконати оперативне втручання в плановому порядку до розвитку важких ускладнень.

### ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

- Lopez J, Kandil E, Schwartzman A, Zenilman ME. Appendicealmucocele: benign normalignant? *Surgical Rounds*. 2006; 29(11):540-44.
- Лисицкая МВ. Роль мультиспиральной компьютерной томографии в неотложной диагностике опухолевых и воспалительных заболеваний органов правой подвздошной области. Дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. Москва, 2015, 132 с. (In Russ.).
- Malucani K, Nandedkar S. Mucoceles of the appendix — a retrospective study from a tertiary health care centre. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2012; 1(6):1127-36.
- Сидорова ЕЕ, Пугачева ОГ, Степанова Ю А, и др. Мукоцеле аппендикса. Обзор литературы и описание собственного клинического наблюдения. Медицинская визуализация. 2008;1:72 (In Russ.).
- Mastoraki A, Sakorafas G, Vassiliu P, Contopoulou C, Arkadopoulos N. Mucocele of the Appendix: Dilemmas in Differential Diagnosis and Therapeutic Management. *Indian Journal of Surgical Oncology*. 2016;7(1): 86-90.
- Yakan S, Caliskan C, Uguz A, et al. A retrospective study on mucocele of the appendix presented with acute abdomenor acute appendicitis. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2011;18(3):144-49.
- Жарко СВ, Аль-Канани ЭС, Ярош АА, и др. Муцинозная цистаденома червеобразного отростка как причина псевдомиксома брюшины (клинический случай). Научные ведомости Белгородского Государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2019;1:126-32 (In Russ.).

### REFERENCES

- Lopez J, Kandil E, Schwartzman A, Zenilman ME. Appendicealmucocele: benign normalignant? *Surgical Rounds*. 2006;29(11):540-44.
- Lisiczka M V. Rol' mul'tispiral'noj komp'yuternoj tomografii v neotlozhnoj diagnostike opukholevy'kh i vospalitel'ny'kh zabolevanij organov pravoy podvzdoshnoj oblasti. Dis. na soisk. uch. st. kand. med. nauk. Moskva, 2015, 132 s. (In Russ.).
- Malucani K, Nandedkar S. Mucoceles of the appendix — a retrospective study from a tertiary health care centre. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2012;1(6):1127-36.
- Sidorova EE, Pugacheva OG, Stepanova Yu A, i dr. Mukozele appendiksa. Obzor literatury' i opisanie sobstvennogo klinicheskogo nablyudeniya. *Medicziinskaya vizualizaciya*. 2008;1:72 (In Russ.).
- Mastoraki A, Sakorafas G, Vassiliu P, Contopoulou C, Arkadopoulos N. Mucocele of the Appendix: Dilemmas in Differential Diagnosis and Therapeutic Management. *Indian Journal of Surgical Oncology*. 2016;7(1): 86-90.
- Yakan S, Caliskan C, Uguz A, et al. A retrospective study on mucocele of the appendix presented with acute abdomenor acute appendicitis. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2011;18(3):144-49.
- Zharko SV, Al'-Kanani E'S, Yarosh AA, i dr. Muczi-noznaya czistadenoma cherveobraznogo otrostka kak причина psevdomiksomy' bryushiny' (klinicheskij sluchaj). *Nauchny'e vedomosti Belgorodskogo Gosudarstvennogo universiteta*. Seriya: Mediczina. Farmacziya. 2019;1:126-32 (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКИЙ  
СЛУЧАЙ МУКОЦЕЛЕ  
ЧЕРВЕОБРАЗНОГО  
ОТРОСТКА,  
ОСЛОЖНЕННОГО  
ПЕРФОРАЦИЕЙ И  
ФОРМИРОВАНИЕМ  
ФЛЕГМОНЫ  
ЗАБРЮШИННОГО  
ПРОСТРАНСТВА

*О. А. Повч, Е. Н. Шепетько,  
А. В. Ковальчук, Р. А. Лелета,  
С. О. Ребенков*

**Реферат.** *Цель.* Провести анализ анамнестических данных, клинических симптомов, предоперационной диагностики, особенностей выполнения оперативного вмешательства и результатов гистологического исследования у пациента с мукоцеле червеобразного отростка (МЧО), осложненным некрозом с перфорацией стенки и формированием флегмоны забрюшинного пространства (ФЗП).

*Материал и методы.* Проведен анализ случая МЧО, который осложнился атипичным течением и развитием флегмоны забрюшинного пространства, диагностированной после выполнения мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости (МСКТ ОБП).

*Результаты.* Больной, несмотря на периодические нетипичные жалобы на неприятные ощущения в правой подвздошной области, не обращался к врачам и не обследовался. Оперирован urgently после выполнения МСКТ ОБП. Интраоперационно диагностирован разрыв МЧО с формированием ФЗП, что значительно осложнило ход операции и течение послеоперационного периода. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Постепенное улучшение состояния и выздоровление.

*Выводы:* Острая ситуация, возникшая в результате разрыва МЧО, привела к выполнению сложного оперативного вмешательства. Выполнение МСКТ ОБП на догоспитальном этапе дает возможность диагностировать проблему и своевременно выполнить операцию, не дожидаясь тяжелых осложнений.

**Ключевые слова:** *мукоцеле червеобразного отростка, флегмона забрюшинного пространства, аппендэктомия, мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости.*

CLINICAL CASE  
OF APPENDIX MUCOCELL,  
COMPLICATED  
BY PERFORATION  
AND THE FORMATION  
OF RETROPERITONEAL  
SPACE PHLEGMON

*O. A. Povch, E. N. Shepetko,  
O. V. Kovalchuk, R. O. Leleta,  
S. O. Rebenkov*

**Summary.** *The aim.* To analyze the anamnestic data, clinical symptoms, preoperative diagnosis, features of surgical intervention and the results of histological examination in a patient with mucocele of the appendix (MA), complicated by necrosis and perforation of the wall and formation of retroperitoneal space phlegmon (FRS).

*Material and methods.* An analysis of the case of MA, which was complicated by the atypical course and the development of retroperitoneal space phlegmon, which was diagnosed after multispiral computered tomography of the abdominal cavity (MSCT AC).

*Results.* The patient, despite periodic atypical complaints of discomfort in the right iliac region, did not seek medical attention and was not examined. Operated urgently after performing MSCT AC. Intraoperatively, a rupture of the MA was diagnosed with formation of FRS, which significantly complicated the course of the operation and the course of the postoperative period. Appendectomy, drainage of the abdominal cavity and retroperitoneal space were performed. Gradual improvement and recovery.

*Conclusions:* The acute situation resulting from the rupture of the MA, led to a complex operation. Performing MSCT AC at the pre-hospital stage makes it possible to diagnose the problem and perform the operation in a timely manner, without waiting for serious complications.

**Key words:** *mucocele of the appendix, phlegmon of the retroperitoneal space, appendectomy, multispiral computered tomography of the abdominal cavity.*