

УДК 616.37-002-07



К. А. Вандер, В. И. Лупальцов

Харьковский национальный медицинский университет

## ОЧАГОВЫЙ НЕКРОЗ СЛЕПОЙ КИШКИ

Приведено собственное наблюдение редкой патологии, симулирующей острый аппендицит, — очагового некроза слепой кишки, или неокклюзионного инфаркта. На основании анализа литературы и собственного материала предложена оригинальная классификация первичного и вторичных вариантов упомянутой патологии, сформулировано более точное определение этой патологии — первичный изолированный очаговый одиночный трансмуральный некроз слепой кишки. Приведены варианты интраоперационной тактики и виды операций при данной патологии.

■  
**Ключевые слова:** слепая кишка, очаговый некроз стенки.

Очаговый некроз слепой кишки, или неокклюзионный инфаркт слепой кишки, — редкое заболевание, требующее проведения неотложной операции [3, 10, 13, 22, 26]. (Термин «гангрена слепой кишки» (cecal gangrene) [26] без указания «очаговая» в данном случае считаем неточным.) Это заболевание относится к большой группе патологических состояний, основным симптомом которых является боль в правой подвздошной области (чаще всего речь идет об остром аппендиците), — наиболее частая причина ургентной госпитализации в хирургическое отделение. В связи с наличием убедительных показаний к проведению хирургического вмешательства дооперационное обследование пациентов, как правило, минимальное [1, 5, 6, 14, 15, 17].

В большинстве случаев пациентов с диагнозом «острый аппендицит» оперируют из локального доступа (Волковича — Дьяконова, McBurney и др.), а алгоритм изменения хода операции в случае обнаружения очагового некроза слепой кишки имеет достаточно широкий диапазон, причем убедительных данных в пользу того или иного варианта недостаточно. Этому в значительной мере способствует отсутствие единого взгляда на причину данного заболевания. Ранее упомянутую патологию рассматривали как осложнение гемодиализа в терминальной стадии хронической

почечной недостаточности [7—9]. Позднее случаи данной патологии описаны при системных нарушениях гемодинамики разного генеза, сопровождающихся нарушениями микроциркуляции и гипоксией (шок, сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, операции на открытом сердце, хронические обструктивные заболевания легких, трансплантация почки, сахарный диабет, прием кокаина, тиопентала натрия, цитостатиков) [7, 13, 26]. Некоторые авторы полагают, что данная патология является осложнением ишемического колита при хронической атеросклеротической окклюзии артерий кишечника [22, 23, 25].

По нашему мнению, очаговые некрозы слепой кишки без ее перфорации или с перфорацией при завороте слепой кишки, ущемленной грыже, дивертикулите, аппендагите (аппендагит — острое воспаление жирового привеска; термин введен в 1956 г. Т. Е. Lunn и соавт.), завороте жирового привеска, эндометриозе слепой кишки [1, 5, 6, 14—16, 18, 20] — вторичны и не могут рассматриваться как самостоятельное заболевание.

Отдельную группу составляют очаговые некрозы слепой кишки, описанные при васкулитах и системных коллагенозах [19, 23, 25], болезни Крона, неспецифическом язвенном колите, нейтропеническом тифлите, а также прободение язв слепой

кишки при амебиазе или некроз слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки при сибирской язве [2, 4, 8, 11, 12, 16, 21, 24].

Несмотря на небольшое количество данных литературы, можно выделить следующие группы этой патологии.

I. Первичный очаговый некроз слепой кишки или точнее первичный изолированный очаговый одиночный (реже — множественный) трансмуральный некроз слепой кишки.

II. Вторичный очаговый некроз слепой кишки (без/с язвообразованием) при:

- хронической ишемической болезни кишечника;
- острым (шок) или хроническом (сердечная недостаточность) системном нарушении микроциркуляции;
- системных васкулитах;
- системном иммунодефиците;
- системном экзо- или эндотоксикозе.

III. Очаговый некроз слепой кишки при органических ее заболеваниях (без/с язвообразованием): заворот, опухоль, болезнь Крона, доброкачественная язва слепой кишки и др.

IV. Очаговый некроз слепой кишки при инфекционных и паразитарных заболеваниях пищеварительного канала (без/с язвообразованием).

В данной работе речь идет о первичном изолированном очаговом солитарном трансмуральном некрозе слепой кишки без прободения, когда явной причины заболевания до операции, интраоперационно и после операции выявить не удалось. Червеобразный отросток интраоперационно макроскопически не изменен. При гистологическом исследовании выявлен некроз всех слоев стенки слепой кишки без признаков язвообразования, опухолевого роста, васкулита, хронического воспаления и тромбоемболических изменений. В таких случаях некоторые авторы высказывают предположение о наличии инфекционного агента, что вполне вероятно, так как подобный этиопатогенез описан как у млекопитающих (болезнь Тиззера), так и у человека (например, некротический энтероколит новорожденных) [3].

Приводим собственное наблюдение.

Больная Л., 67 лет поступила в хирургическое отделение № 2 Харьковской городской клинической больницы № 31 в феврале 2016 г. в ургентном порядке с жалобами на боль в правой подвздошной области постоянного характера умеренной интенсивности без иррадиации, подъем температуры до 37,8 °С. Давность заболевания — 6—8 ч, начало — внезапное, когда появились упомянутые жалобы и однократная рвота. Доставлена машиной скорой помощи.

Анамнез жизни и семейный анамнез без особенностей; у терапевта наблюдается в течение нескольких последних лет по поводу гипертонической болезни, периодически (нерегулярно) при-

нимает назначенные антигипертензивные препараты, других соматических жалоб не предъявляет.

Объективно — общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное; кожные покровы и слизистые оболочки нормального цвета, периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, частота дыхательных движений — 16 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений — 84 в 1 мин, артериальное давление — 130/80 мм рт. ст.

Язык влажный, обложен серым налетом. Живот не увеличен, овальной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, но в правой подвздошной области определяются напряжение и болезненность. Симптомы Воскресенского, Ситковского, Ровзинга, Щеткина — Блюмберга — положительные. Печень не увеличена. При перкуссии и аускультации живота патологии не выявлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят, стул был утром в день поступления — оформленный, коричневого цвета. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При ректальном исследовании — незначительная болезненность передней стенки прямой кишки без ее нависания; на перчатке следы кала нормального цвета.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и органов брюшной полости патология не определяется. В клиническом анализе крови умеренный лейкоцитоз ( $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$ ) с умеренным (87%) нейтрофилезом без существенного сдвига влево (палочкоядерных нейтрофилов — 7%).

На основании полученных данных установлен диагноз «острый аппендицит» и показания к неотложной операции.

Операция проведена в условиях внутривенного наркоза при спонтанном дыхании, доступом Волковича — Дьяконова.

В брюшной полости, преимущественно в малом тазу, до 30—50 мл опалесцирующего выпота без запаха. Червеобразный отросток, терминальный отдел подвздошной кишки, брыжеечные лимфоузлы, правые яичник и маточная труба без патологии.

На латеральной стенке слепой кишки, выше ее купола определяется участок размером  $2,0 \times 2,5$  см с четкими границами неправильной формы, грязно-черного цвета с тусклой брюшиной. По периферии этого участка стенка слепой кишки несколько инфильтрирована, гиперемирована.

При пальпации стенок слепой (вне описанного очага) и восходящей ободочной кишок патологические образования не выявлены. Пульсация *a. iliocolica* пальпаторно хорошая, видимой непроходимости вен не определяется.

Выполнена экстрAPERитонизация слепой кишки с некротическим участком без нарушения герметичности слепой кишки как наиболее щадящий и потому наиболее безопасный вариант. Сле-

пая кишка была мобилизована и с отступом 1,0—1,5 см от видимой границы некроза узловыми шелковыми швами подшита к париетальной брюшине. Аппендэктомия не проведена.

В послеоперационный период назначены цефтриаксон в дозе 1,0 г 2 раза в сутки внутримышечно, реополиглюкин в дозе 200 мл 1 раз в сутки внутривенно, «Фленокс» 1 раз в сутки подкожно, анальгетики, спазмолитики, солевые плазмозаменители.

Стома сформировалась на 3-и—4-е сутки после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана из отделения на 9-е сутки после операции.

В течение 1,5 мес тенденции к самостоятельному заживлению стомы не наблюдалось, что стало показанием к плановой операции — закрытию стомы внутрибрюшным методом из локального доступа (аппендэктомия не выполнена). При повторной операции визуально и пальпаторно патологии стенок слепой и восходящей ободочной кишок и аппендикса не выявлено.

При данной патологии в литературе описаны следующие варианты операции (как правило, с переходом от локального доступа к срединной лапаротомии, хотя встречаются и лапароскопические операции):

- правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом;
- правосторонняя гемиколэктомия с илеостомией;
- резекция илеоцекального угла с илеоасцендоанастомозом;
- резекция илеоцекального угла с илеостомией;
- иссечение некротизированного участка слепой кишки в пределах здоровых тканей (клиновидная резекция слепой кишки) с ушиванием образовавшегося дефекта (с применением дополнительных процедур (экстраперитонизация, укрывание линии швов лоскутом париетальной брюшины или большого сальника, ксеноматериалом) или без них);

*Конфликта интересов нет.*

*Участие авторов: концепция и дизайн исследования, написание текста — К. В.; редактирование — В. Л.*

- клиновидная резекция слепой кишки и наложение цекостомы с использованием образовавшегося дефекта;
- экстраперитонизация слепой кишки с некротическим участком без нарушения герметичности слепой кишки.

Учитывая возможность распространения некроза, большинство авторов отдают предпочтение правосторонней гемиколэктомии с илеотрансверзоанастомозом или илеостомией. Данный случай демонстрирует, что столь радикальный подход во всех случаях не оправдан, точнее, в случае первичного изолированного очагового одиночного трансмурального некроза слепой кишки не показан.

Данный диагноз верифицируют методом исключения перечисленных выше патологических состояний (II—IV группа согласно предложенной классификации), желательнее с использованием более точных инструментальных и лабораторных методов, как до операции (компьютерная или магнитно-резонансная томография, определение содержания D-димеров), так и интраоперационно (лазерная флоуметрия). Относительными показаниями к углубленному дооперационному обследованию являются возраст пациентов и характер сопутствующих заболеваний.

Показания к широкой диагностической лапаротомии — относительные, поскольку патология может быть устранена из локального доступа, если нет прободения или разлитого перитонита или есть сомнения относительно причины некроза. По нашему мнению, оптимальный объем операции — клиновидная резекция слепой кишки в пределах здоровых тканей с ушиванием образовавшегося дефекта и экстраперитонизацией линии швов.

В послеоперационный период показано комплексное обследование пациента для установления возможной причины некроза слепой кишки и проведения соответствующего лечения.

## Литература

1. Абдулжавадов И. М. Симптоматика заболеваний жировых отростков толстой кишки // Хирургия. — 1992. — № 2. — С. 80—83.
2. Абдуллаев Э. Г., Феденко В. В., Ходос Г. В. и др. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний и травм брюшной полости // Эндоскоп. хир. — 2000. — № 5. — С. 12—15.
3. Ермашкевич С. Н. Частичный некроз слепой кишки // Новости хирургии. — 2011. — Т. 19, № 3. — С. 126—128.
4. Маховский В. З. и др. Болезнь Крона, осложненная некрозом сегмента купола слепой кишки и флегмонозным аппендицитом // Хирургия. — 2010. — № 11. — С. 73—75.
5. Эфендиев Ш. М., Волков О. В., Курбанов М. А. и др. Заболевание жировых подвесков ободочной кишки // Хирургия. — 2003. — № 10. — С. 64—66.
6. Ярополов В. И., Педченко Н. М. Заворот жировых привесков толстого кишечника // Клин. хир. — 1971. — № 5. — С. 93.
7. Cecal necrosis: Infrequent variant of ischemic colitis // Diseases of the Colon & Rectum. — 2000. — Vol. 43, N 5. — P. 708—712.
8. Cornejo R. et al. Intestinal necrosis as clinical presentation of Takayasu arteritis // Rev. Med. Chil. — 2002. — Vol. 130, N 10. — P. 1159—1164.
9. Dirican A. et al. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: a case series // J. Med. Case Reports. — 2009. — Vol. 3. — P. 7443.
10. Grande M. et al. A rare case of acute cecal necrosis // Tech. Coloproctol. — 2007. — Vol. 11, N 2. — P. 161—164.
11. Henriksen J., Chatterjee A. Coecum amoebiasis can be a rare manifestation of Entamoeba histolytica infection // Ugeskrift for Laeger. — 2015. — H 4. — S.177.
12. Horton K. M., Corl F. M., Fishman E. K. CT evaluation of the colon: inflammatory disease // Radiographics. — 2000. — Vol. 20, N 2. — P. 399—418.

13. Hunter J. P., Saratzis A., Zayyan K. Spontaneous, isolated caecal necrosis: report of a case, review of the literature, and updated classification // *Acta Chir. Belg.* — 2013. — N 113 (1). — P. 60–63.
14. Kiuak G. et al. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis // *Turkish J. Gastroenterol.* — 2008. — Vol. 19, N 1. — P. 71–72.
15. Lynn T. E., Dockerty M. B., Waugh J. M. A clinicopathologic study of the epiploic appendages // *Surg. Gynec. Obstet.* — 1956. — Vol. 103, N 4. — P. 423–433.
16. Marquez-Diaz A., Ramirez-Ortega M. A. A right sided colon volvulus with necrosis in a young patient. A case reported // *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro. Soc.* — 2010. — Vol. 48, N 2. — P. 209–214.
17. Mehmet Z. B., Özgür E., Ercüment T. Partial caecal necrosis // *Hellenic Journal of Surgery.* — 2016. — Vol. 88, N 1. — P. 69–71.
18. Mehta M., Querubin A., Islami A. Stercoral necrosis of the cecum in an incarcerated right inguinal hernia: report of a case // *Dis. Colon. Rectum.* — 1975. — N 18 (1). — P. 62–63.
19. Okuda Y. et al. Two cases of rheumatoid arthritis complicated with vasculitis-induced ischemic enterocolitis // *Ryumachi.* — 1990. — Vol. 30, N 5. — P. 403–408.
20. Perko Z. et al. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection // *Col. Antropol.* — 2006. — Vol. 30, N 4. — P. 937–939.
21. Richelme H., Cure M., Lombart J. Limited acute necrosis of the cecum. Cecal fistula; recovery // *Mars Chir.* — 1964. — N 16. — P. 261–264.
22. Rist C. B., Watts J. C., Lucas R. J. Isolated ischemic necrosis of the cecum in patients with chronic heart disease // *Dis. Colon. Rectum.* — 1984. — N 27 (8). — P. 548–551.
23. Schmidt W. A., Schneider W., Gromnica-Ihle E. J. Necrotizing vasculitis of the appendix and cecum in systemic lupus erythematosus // *Z. Rheumatol.* — 1996. — Vol. 55, N 4. — P. 267–271.
24. Schuler J. G., Hudlin M. M. Cecal necrosis: infrequent variant of ischemic colitis. Report of five cases // *Dis. Colon. Rectum.* — 2000. — Vol. 43, N 5. — P. 708–712.
25. Tănăsescu C., Băicuș C. Acute abdomen in systemic vasculitides // *Rom. J. Intern. Med.* — 1993. — N 31 (3). — P. 147–154.
26. Wiesner W. et al. «Cecal gangrene»: a rare cause of right-sided inferior abdominal quadrant pain, fever, and leukocytosis // *Emergency Radiol.* — 2002. — Vol. 9, N 5. — P. 292–295.

### К. О. Вандер, В. І. Лупальцов

Харківський національний медичний університет

## ВОГНИЩЕВИЙ НЕКРОЗ СЛІПОЇ КИШКИ

Наведене власне спостереження рідкісної патології, яка симулює гострий апендицит, — вогнищевий некроз сліпої кишки, або неоклюзійного інфаркту. На підставі аналізу літератури і власного матеріалу запропоновано оригінальну класифікацію первинного і вторинних варіантів зазначеної патології, сформульовано точніше визначення цієї патології — первинний ізольований вогнищевий поодинокий трансмуральний некроз сліпої кишки. Наведено варіанти інтраопераційної тактики і види операцій при цій патології.

**Ключові слова:** сліпа кишка, вогнищевий некроз стінки.

### К. О. Vander, V. I. Lupaltsov

Kharkiv National Medical University

## FOCAL NECROSIS OF THE CAECUM

The current work presents the observation of a rare pathology simulating an acute appendicitis — a caecum focal necrosis or a nonocclusive infarction of a blind gut. Based on the analysis of literature and gained material, authors give original classification primary and secondary variants of this pathology. As well, authors have formulated a more exact and accurate definition of this pathology — primary isolated focal single transmural necrosis of the caecum. Authors demonstrate options for intraoperative tactics and types of operations in such pathology.

**Key words:** caecum, focal necrosis of a wall.