

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Klinichna khirurgiia. 2020 May/June;87(5-6):94-96.  
DOI: 10.26779/2522-1396.2020.5-6.94

### Особливості діагностики та лікування мукоцеле червоподібного відростка

**В. І. Ляховський, А. В. Сидоренко, І. І. Немченко, О. П. Ковальов,  
Т. В. Городова–Андреева, П. В. Савчук**

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м. Полтава

### Peculiarities of diagnosis and treatment of mucocele of appendix

**V. I. Liakhovskiy, A. V. Sydorenko, I. I. Nemchenko, O. P. Kovalov,  
T. V. Gorodova–Andreeva, P. V. Savchuk**

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Мукоїдна цистаденома (мукоцеле) червоподібного відростка – це його обструктивна дилатація, яка виникає через аномальне виділення і значне скупчення муцину. Її виявляють у 0,3–0,7% пацієнтів, яким була виконана апендектомія, і у 8% пацієнтів з пухлинами червоподібного відростка [1–3].

Мукоцеле як «водянку червоподібного відростка» вперше описав австрійський патолог К. Rokitansky у 1842 р. Назву «мукоцеле червоподібного відростка» запропонував G. Fere у 1877 р. [4, 5].

Одні автори вказують на три фактори, що сприяють виникненню мукоцеле: прогресивне звуження просвіту червоподібного відростка, асептичний вміст і безперервне утворення муцину. Інші автори причинами виникнення проксимальної обструкції каналу апендикса, яка призводить до розвитку мукоцеле, вважають епітеліальну гіперплазію після запального фіброзу, цистаденоми, цистаденокарциноми, карциноїди, ендометріоз і аномалії розвитку (оклюзивні мембрани чи діафрагми на рівні отвору) [6].

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я під терміном «мукоцеле червоподібного відростка» розуміють чотири гістологічні форми:

просте мукоцеле, або ретенційна кіста (18%) – дегенеративні епітеліальні зміни, які з'являються після обструкції отвору червоподібного відростка;

дифузна гіперплазія слизової оболонки червоподібного відростка без клітинної атипії (20%);

муциозна цистаденома (52%) – місцевий або дифузний процес неоплазії епітелію слизової оболонки;

муциозна аденокарцинома (10%) – пухлинні зміни епітелію, схожі на аденокарциному сліпої кишки [7].

Є ще один тип мукоцеле червоподібного відростка, який не увійшов до даної класифікації – міксогобульоз (mucoglobulosis). Його вперше описав у 1897 р. A. Latham [8]. Він є надзвичайно рідкісним, становить 0,35–0,8% від усіх спостережень мукоцеле.

Складність діагностики мукоцеле червоподібного відростка зумовлена мало вираженою клінічною картиною даного захворювання, тому у 5% пацієнтів діагноз встановлюють під час виконання операції [9].

Здебільшого клінічна картина мукоцеле червоподібного відростка неспецифічна, перебіг безсимптомний, майже у 50% хворих патологію виявляють під час проведення рентгенологічних досліджень або ендоскопічних процедур [10]. Хворі скаржаться на хронічний або гострий біль у правому нижньому відділі живота, нудоту, блювання, розлади кишечника [11, 12].

Ускладненнями мукоцеле червоподібного відростка можуть бути: інвагінація, кровотеча, перфорація, перитоніт, розрив і виникнення псевдоміксоми очеревини [13]. Доволі загрозливим ускладненням даного захворювання є спонтанний чи ятрогенний розрив червоподібного відростка з розвитком перитонеальної псевдоміксоми (муцинозний канцероматоз) у результаті дисемінації бокаловидних клітин, які фіксуються у відлогих місцях черевної порожнини і виділяють муцин [14].

Варто зауважити, що у майже 20% хворих мукоцеле апендикса поєднується із синхронним або метакхромним раком ободової кишки, а у 4–24% – із раком яєчників, жовчного міхура, щитоподібної та молочної залоз. У зв'язку з цим таким пацієнтам показані подальше спостереження та огляд у онколога [1].

Таким чином, постановка діагнозу «мукоцеле червоподібного відростка» є складним процесом, не завжди вдається це зробити до виконання оперативного втручання, а ускладнення, які виникають у разі розриву червоподібного відростка, загрожують життю хворого. Тому ми вирішили поділитися власним досвідом діагностики та лікування пацієнта з такою патологією. Наводимо клінічне спостереження.

Хворий К., 50 років, 13.06.2019 р. звернувся до хірурга поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, біль внизу живота, незначне його здуття, нудоту, відсутність акту дефекації протягом 7 діб, сухість у роті, підвищення температури тіла до 37,2 °С.

Дані анамнезу. Вважає себе хворим з 01.06.2019 р., коли температура тіла підвищилась до 39 °С, з'явилась нудота, було одноразове блювання. Поступово стан пацієнта погіршився: з'явилися загальна слабкість, біль внизу живота, пропав апетит. Самостійно приймав спазмолітики та жарознижувальні препарати, однак стан не покращувався.

Після огляду хірургом поліклініки хворого з метою дообстеження було направлено до Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру для проведення мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) органів черевної порожнини та консультації онколога. 14.06.2019 р. пацієнту виконана МСКТ органів черевної порожнини, заочеревинного простору і малого таза. На серії зрізів у правій здухвинній ділянці визначено утворення з тонкостінною капсулою та кальцифікацією стінки гіподенсивної щільності, яке виходить із стінки сліпої кишки, розмірами 75 × 146 мм. Іншої патології не виявлено. Висновок за даними МСКТ: ознаки кістозноподібного утворення правої здухвинної ділянки, можливо, червоподібного відростка. Після огляду хірургом-онкологом хворий був направлений в ургентний хірургічний стаціонар Полтавської міської клінічної лікарні з попереднім діагнозом «апендикулярний інфільтрат (?)», куди він і звернувся у цей же день.

Під час огляду у приймальному відділенні зафіксовано скарги на загальну слабкість, незначне здуття живота, важкість внизу живота, незначний біль у правій здухвинній ділянці. Об'єктивні дані. Загальний стан хворого задовільний, свідомість ясна, нормостенік. Температура тіла 37,2 °С. Шкіра та слизові оболонки звичайного кольору. В легенях везикулярне дихання, частота дихальних рухів 20 за 1 хв. Розміри серця в межах норми. Тони серця ритмічні, дещо приглушені. Пульс 96 за 1 хв, артеріальний тиск 120/70 мм рт. ст. Язик сухий, чистий. Живіт рівномірно роздутий, бере участь в акті дихання. При пальпації м'який, болючий у правій здухвинній ділянці, де визначається щільне, болюче, нерухоме утворення розмірами 10 × 8 см. Симптоми подразнення очеревини негативні. При аускультатції відмічається посилення перистальтики кишечника у всіх відділах, патологічних шумів немає.

У терміновому порядку хворому виконана оглядова рентгенографія органів черевної порожнини в прямій проекції. Виявлено гіперпневматоз товстої кишки. Іншої патології не відмічено.

За даними ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини діагностовано щільне утворення до 7 см у діаметрі в межах конгломерату в правій здухвинній ділянці. Іншої патології не виявлено.

Хворому проведено лабораторне обстеження. Загальний аналіз крові від 14.06.2019 р.: еритроцити –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 146 г/л, кольоровий показник – 0,89; лейкоцити –  $10,2 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 25 мм/год; нейтрофіли паличкоядерні – 7%, нейтрофіли сегментоядерні – 64%, еозинофіли – 1%, лімфоцити – 24%, моноцити – 4%, глюкоза крові – 4,6 ммоль/л. Біохімічне дослідження крові від 14.06.2019 р.: білірубін загальний – 20 ммоль/л, прямий – 6 ммоль/л, непрямий – 14 ммоль/л, загальний білок – 58 г/л, сечовина – 36 ммоль/л, креатинін – 68 ммоль/л. Коагулограма від 14.06.2019 р.: фібриноген – 3,55 г/л, протромбіновий індекс – 83%, активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) – 40 с. Загальний аналіз сечі від 14.06.2019 р.: колір – солом'яно-жовтий, питома вага – 1010, цукру та жовчних пігментів немає, еритроцити – 2–3 в полі зору, лейкоцити – 8–10 в полі зору, білок – 0,35 г/л.

Хворому встановлено діагноз «апендикулярний інфільтрат, часткова кишкова непрохідність» та призначено консервативне лікування, яке включало очисну клізму, інфузійну та антибактеріальну (фторхінолони III покоління вну-

трішньовенно та цефалоспорино III покоління) терапію, спазмолітики.

18.06.2019 р. хворому проведено контрольне УЗД органів черевної порожнини – дані без динаміки. Пацієнт продовжив стаціонарне лікування. Однак 20.06.2019 р. у нього підвищилась температура тіла до 38,4 °С, яка зберігалась і вранці 21.06.2019 р., посилювався біль у правих відділах живота. Загальний аналіз крові від 21.06.2019 р.: еритроцити –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 134 г/л, лейкоцити –  $12,8 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 30 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні – 10%, нейтрофіли сегментоядерні – 68%, еозинофіли – 1%, лімфоцити – 18%, моноцити – 3%. Рішенням консилиуму від 21.06.2019 р. хворому встановлено діагноз: «апендикулярний абсцес» та вирішено провести оперативне лікування в терміновому порядку. Згоду пацієнта на операцію отримано.

21.06.2019 р. під внутрішньовенним наркозом з проведенням штучної вентиляції легень виконана нижньосередина лапаротомія. В черевній порожнині знайдено до 50 мл серозного випоту, який осушено. Шляхом ревізії виявлено рухоме новоутворення правої здухвинної ділянки з поширенням у порожнину малого таза, яке виведене в рану. Огляд новоутворення показав, що це змінений червоподібний відросток, розмірами 19 × 14 см, м'якоеластичної консистенції, світло-сірого кольору. Навколишні тканини не змінені. Купол сліпої кишки звичайного кольору, гіперемії та ущільнення не виявлено, периферичні та віддалені лімфатичні вузли не збільшені. Іншої патології в черевній порожнині та малому тазі не знайдено.

Терміново скликано інтраопераційний консилиум. Вирішено, що, враховуючи наявність пухлини червоподібного відростка та відсутність клінічних даних за метастазування, операцію завершити його видаленням. Брижа червоподібного відростка перетиснена, відсічена, прошита, перев'язана. Основа апендикса до 3 см у діаметрі. З метою недопущення деформації ілеоцекального кута червоподібний відросток видалено за допомогою зустрічного накладення двох УКЛ–60 на купол сліпої кишки з його резекцією. Проведена перитонізація місця резекції. Черевна порожнина та малий таз дреновані гумовими випускниками та поліхлорвініловою трубкою через контрапертурний отвір у правій здухвинній ділянці. Пошарове зашивання рани.

Першу добу післяопераційного періоду хворий перебував у відділенні інтенсивної терапії, де отримував лікування: знеболювальні, антибактеріальні препарати, інфузійну терапію. Подальше лікування пацієнт продовжив у відділенні хірургії. Перебіг післяопераційного періоду без особливостей. Загальний аналіз крові від 26.06.2019 р.: еритроцити –  $4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 130 г/л, лейкоцити –  $7,2 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 26 мм/год, нейтрофіли паличкоядерні – 6%, нейтрофіли сегментоядерні – 65%, еозинофіли – 1%, лімфоцити – 24%, моноцити – 4%. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Стан хворого задовільний. Температура тіла нормалізувалась на 3-тю добу після оперативного лікування. Пацієнт у задовільному стані виписаний із стаціонару 28.06.2019 р. після зняття швів з післяопераційної рани, яка загоїлася первинним натягом.

Заключний діагноз: мукоцеле червоподібного відростка. Патоморфологічний діагноз від 01.07.2019 р.: муцинозна цистаденома червоподібного відростка.

Хворий оглянутий лікуючим лікарем через 6 міс після оперативного лікування – скарг немає, загальний стан задовільний.

### Висновки

1. Мукоцеле червоподібного відростка відноситься до рідкісних захворювань та має нехарактерну клінічну картину. У описаному клінічному спостереженні даний патологічний стан був розцінений як перебіг апендикулярного інфільтрату з наступним абсцедуванням.

2. Дані спеціальних інструментальних досліджень (УЗД органів черевної порожнини та комп'ютерна томографія органів черевної порожнини) чітко не вказали на наявність у пацієнта муцинозної цистаденоми червоподібного відростка. Хоча за даними літератури саме МСКТ дає найбільш вичерпну відповідь про наявність мукоцеле червоподібного відростка.

3. Проблема діагностики мукоцеле червоподібного відростка залишається доволі актуальною і потребує спеціального розгляду всіх її аспектів. Можливе виникнення серйозних ускладнень цього захворювання обумовлює необхідність проведення точної і своєчасної діагностики з наступним виконанням оперативного втручання, направлено на видалення даного патологічного утворення.

### Підтвердження

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють, що вони не мають конфлікту інтересів.

**Інформація про фінансування.** Дослідження та написання статті виконані авторами за власні кошти.

**Інформація про внесок кожного учасника:** Ляховський В. І. – автор ідеї, написання статті; Сидоренко А. В. – аналіз матеріалу, формування списку літератури; Немченко І. І. – аналіз матеріалу, написання статті; Ковальов О. П. – написання та оформлення статті; Городова–Андреева Т. В. – оформлення статті, списку літератури; Савчук П. В. – автор ідеї, формування списку літератури.

### References

1. Mishin IV, Danch AV. Mucocoele of the appendix. *Novosti Khirurgii*. 2012;20(3):125–7. [In Russian].
2. Ruiz–Tovar J, Teruel DG, Castiñeiras VM, Dehesa AS, Quindós PL, Molina EM. Mucocoele of the Appendix. *World J. Surg.* 2007;31(3):542–8. doi: 10.1007/s00268–006–0454–1.
3. Lubashev YàA, Kurlovich MV, Bukovskaya YuV. Mucocoele of Appendix — is a Rare Pathology that Should be Kept in mind: a Case report with the Review of the literature. *Radiologiya–praktika*. 2013;(6):51–9. [In Russian].
4. Yudin AL, Shhetinin RA, Afanaseva NI, Yumatova EA. Mucocoele of the Appendix. *Medical visualization*. 2015;(4):68–78. [In Russian].
5. Jarko SV, Al–Kanani ES, Iarosh AA, Karpachev AA, Iarosh AL, Klimchenko AS, et al. Mucinous cystadenoma of the appendix as the cause of pseudomyxoma of the peritoneum (clinical case). *Belgorod State University scientific bulletin. Medicine, pharmacy*. 2019;42(1):126–32. doi: 10.18413/2075–4728–2019–42–1–126–132. [In Russian].
6. Pickhardt P, Levy A, Rohrmann C, Kende A. Primary neoplasms of the appendix: radiologic spectrum of disease with pathologic correlation. *Radiographics*. 2003;23(3):645–62. doi: 10.1148/rg.233025134.
7. Kim–Fuchs C, Kuruvilla YCK, Angst E, Weimann R, Gloor B, Candinas D. Appendiceal mucocoele in an elderly patient: how much surgery. *Case Rep Gastroenterol*. 2011;5(3):516–22. doi: 10.1159/000331438
8. Johnson MA, Jyotibas D, Ravichandran P, Jeswanth S, Kannan DG, Surendran R. Retention mucocoele of distal viable remnant tip of appendix: an unusually rare late surgical complication following incomplete appendectomy. *World J Gastroenterol*. 2006;12(3):489–92. PMID: 16489657. doi: 10.3748/wjg.v12.i3.489.
9. Dhage–Ivatury S, Sugarbaker PH. Update on the surgical approach to mucocoele of the appendix. *J Am Coll Surg*. 2006;202(4):680–4. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2005.12.003
10. Bartlett C, Manoharan M, Jackson A. Mucocoele of the appendix – a diagnostic dilemma: a case report. *J Med Case Reports*. 2007;1(1):183. doi: 10.1186/1752–1947–1–183.
11. Khan MR, Ahmed R, Saleem T. Intricacies in the surgical management of appendiceal mucinous cystadenoma: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2010;4:129. doi: 10.1186/1752–1947–4–129.
12. Fairise A, Barbary C, Derelle AL, Tissier S, Granger P, Marchal F, et al. Mucocoele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *J Radiol*. 2008;89(6):751–62. doi: 10.1016/s0221–0363(08)73781–8.
13. Dachman AH, Lichtenstein JE, Friedman AC. Mucocoele of the appendix and pseudomyxoma peritonei. *AJR Am J Roentgenol*. May 1985;144(5):923–9. doi: 10.2214/ajr.144.5.923.
14. Sturniolo G, Barbuscia MA, Taranto F, Tonante A, Paparo D, Romeo G, et al. Mucocoele of the appendix. Two case reports. *G Chir*. 2011;32(11–12):487–90. PMID: 22217378.

Надійшла 13.01.2020