

УДК 616.346.2-007:378.147:61-057.875
DOI: 10.24061/1727-0847.23.2.2024.33

В. М. Рудіченко, А. А. Гиндич

Кафедра загальної практики (сімейної медицини) (зав. – проф. О. М. Барна) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВІДСУТНОСТІ ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Резюме. Клінічно можуть виявлятися різні форми аномалій червоподібного відростка, які є дуже рідкісними та мають широкий діапазон. А саме: агенезія, атрезія, дуплікація та так званий гігантський апендикс. Найбільш частими формами є агенезія та дуплікація (подвоєння) червоподібного відростка. Перший випадок агенезії апендиксу був описаний в 1719 р. Це є рідкісною вродженою аномалією, яка трапляється в 0,001 % (1:100.000) лапаротомій, які проведені при припущенні гострого апендициту. Діагноз цього рідкісного стану підтверджується найчастіше інтраопераційно після проведення візуалізуючих досліджень. Стаття наводить результати власних клінічних спостережень випадку відсутності червоподібного відростка. Вважаємо наданий опис демонстративним для опрацювання під час практичних занять державною та англійською мовами на додипломному та післядипломному рівнях.

Ключові слова: аномалії, червоподібний відросток, відсутність, первинна медична допомога.

Агенезія червоподібного відростка (ЧВ) становить порушення розвитку організму, який має результатом повну його відсутність [1]. На 8-му тижні фетального розвитку ЧВ з'являється у вигляді дивертикула на дистальному кінці ембріонічної сліпої кишки. Він розвивається повільніше, ніж проходить зростання сліпої кишки та стає подовженою тубулярною структурою зі сліпим кінцем. Повністю розвинутий ЧВ є видимим на 10 тижні гестаційного віку [2-6]. Основа ЧВ має постійну позицію, яка розташована 2,0-5,0 см нижче ілеоцекального клапану в постеромедіальній позиції сліпої кишки на сполученні трьох стрічок ободової кишки (taenia coli). Отже, ЧВ може бути відслідкованим за цими орієнтирами, а саме taenia coli. На відміну від основи, позиція верхівки ЧВ варіює. Більшість авторів повідомляють ретроцекальну в якості найбільш частоті позиції [3, 5-7].

Різні форми апендикулярних аномалій можуть спостерігатися, якщо процес розвитку перервано та порушено. На загал, аномалії ЧВ є дуже рідкісними та мають широкий діапазон маніфестацій, таких як агенезія, атрезія, дуплікація та так званий гігантський апендикс. Найбільш частими формами є агенезія та дуплікація (подвоєння) ЧВ. Остання трапляється в 0,004 % випадків [1, 2, 4, 8].

У 1719 р. Морганьї описав перший випадок агенезії ЧВ [9]. Така рідкісна аномалія фіксується

одна в 100.000 лапаротомій виконаних через підозру на апендицит. Це є рідкісною вродженою аномалією, яка трапляється в 0,001 % (1:100.000) лапаротомій, які проведені при припущенні гострого апендициту. Діагноз цього рідкісного стану підтверджується найчастіше інтраопераційно після проведення візуалізуючих досліджень [1, 2, 4, 6-8, 10].

Етіологія апендикулярної агенезії не є добре відомою, однак, вважається можливим результатом внутрішньоматкового судинного порушення [3, 5-7]. Більше того, внутрішньоматковий вплив талідоміда на плід також повідомлявся в якості причини цієї рідкісної аномалії [2, 4].

Агенезія ЧВ може бути ізольованою або частиною цекоапендикулярної (сліпої кишки-червоподібного відростка) мальформації. Collins проаналізував цю проблему та класифікував можливі ситуації як Тип I – відсутність ЧВ та сліпої кишки; Тип II – рудиментарна сліпа кишка та відсутність ЧВ; Тип III – нормальна сліпа кишка та відсутність ЧВ; Тип IV – нормальна сліпа кишка та рудиментарний ЧВ; Тип V – гігантська сліпа кишка та відсутність ЧВ [11]. Інтестинальні мальформації, декстрокардія, гексадактилізм та вроджена катаракта також згадуються в якості сполучених станів при відсутності ЧВ [3, 4, 7].

Можливість аутоампутації ЧВ внаслідок апендикулярного перекруту, інтраабдомінальної інфекції та видалення у попередній операції повинні бути виключені та прискіпливо проаналізовані перед оголошенням агенезії [3, 10].

Розглядаємо наданий нижче опис наших власних спостережень демонстративним для застосування у процесі викладання у вищій школі. Роботи проведені нами в Київській міській клінічній лікарні № 8, на базі якої навчаються майбутні лікарі на додипломному та післядипломному рівнях державною та англійською мовами. Вважаємо доречним у процесі викладання (у тому числі дистанційно) застосовувати не тільки поширені, а також рідкісні клінічні стани та аспекти їх лікування [12].

У результаті наших спостережень під час практичних занять ми розглядаємо клінічний випадок, коли через анатомічні особливості у жінки було виявлено аденокарциному товстої кишки на місці відсутнього ЧВ та завдяки комплексному обстеженню та навичок онкологічної настороженості лікарів як первинної ланки, так і спеціалізованих етапів, а також їхньої ефективної взаємодії, вдалося успішно та вчасно видалити пухлину, не допустивши її розповсюдження.

Клінічний випадок. Паспортна частина.

Пацієнтка М., жінка, 73 роки, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на болі у правій пахвинній ділянці живота, які виникли вперше за три дні до того та згодом посилювалися; у тій же ділянці сімейний лікар пропальпував утвор округло-овальної форми. Короткотривало перебувала на лікуванні з приводу можливого апендикулярного інфільтрату та анемії, та у зв'язку з покращенням стану відмовилась від подальшого стаціонарного режиму. За наполяганням була виписана під амбулаторний нагляд хірурга та лікаря первинної ланки. Пацієнтка згодом була повторно госпіталізована в ургентному порядку 18.07.23 (IX № 13878) зі скаргами на болі у правій пахвинній ділянці, пальпуемий утвір, загальну слабкість, підвищення температури до 38,0°.

Анамнез захворювання та життя. Спадковість не обтяжена, у 90-х роках перехворіла на вірусний гепатит А, інші інфекційні хвороби та алергії заперечує. Попередні лапаротомії заперечувала, що підтверджувала відсутність післяопераційних рубців.

Фізикальне обстеження. Загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Правильної статури, задовільного харчування. Шкіра і видимі слизові оболонки блідо-рожевого забарвлення. Серцеві тони ясні, чисті. АТ 125/80 мм рт.ст. Пульс 84 уд/хв, ритмічний, задовільного напов-

нення та напруги. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Нирки не пальпуються, симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання не утруднене, газу не відходять.

Status localis. Живіт правильної форми, симетричний, не роздутий, при пальпації дещо болючий та напружений над лоном, у правій та лівій пахвинних ділянках. Симптом Щоткіна-Блумберга негативний. У правій пахвинній ділянці пальпується щільний інфільтрат розміром 6,0×10,0 см округло-овальної форми.

Дані лабораторного обстеження: Загальний аналіз крові:

05.07.23: Нв 72 г/л, гематокрит 30 %, еритроцити $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоцити $407 \times 10^9/л$, лейкоцити $7,9 \times 10^9/л$, глюкоза 5,3 ммоль/л.

01.08.23: Нв 99 г/л, гематокрит 33 %, еритроцити $4,7 \times 10^{12}/л$, тромбоцити $431 \times 10^9/л$, лейкоцити $11,0 \times 10^9/л$, глюкоза 4,9 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові:

05.07.23: білірубін загальний 16,0, непрямий 16,0, прямий 0 мкмоль/л, АЛТ 38 од, АСТ 20 од, білок 65,0 г/л, сечовина 4,2 ммоль/л, креатинін 78 мкмоль/л, К⁺ 4,1 ммоль/л, Na⁺ 138,0 ммоль/л, Сl⁻ 86,0 ммоль/л.

07.08.23: білірубін загальний 12,0, непрямий 12,0, прямий 0 мкмоль/л, АЛТ 24 од, АСТ 33 од, білок 66,0 г/л, сечовина 5,7 ммоль/л, креатинін 71 мкмоль/л.

Коагулограма 07.08.23.

Протромбінова активність 91, тромбіновий час 14,0 с, МНВ 1,02.

Загальний аналіз сечі 06.07.23.

Питома вага 1025, реакція кисла, білок 0 г/л, глюкоза-, білірубін-, лейкоцити 1-2 в п/з, еритроцити 1-2 в п/з, епітелій плоский поодинокі к-ть, епітелій перехідний -, бактерії -, слизу -.

КТ ОЧП з в/в контрастом 05.07.23.

Рідинне осумкування ілеоцекальної ділянки (апендикулярний абсцес?), структурні зміни стінок сліпої кишки з регіонарною лімфаденопатією.

УЗД ОЧП 05.07.23

Інфільтрат в правій пахвинній ділянці 8,1×3,2 см з рідинним компонентом.

Колоноскопія 10.07.23. – доліхосігма.

МРТ малого таза з контрастом 14.07.23.

Зміни купола сліпої кишки із ураженням дистальної частини тонкої кишки вірогідніше за все зумовлені неопластичним ураженням з регіонарною лімфаденопатією поряд та параколичним абсцесом? Необхідна морфологічна верифікація.

Звертаємо увагу, що жодне візуалізуюче дослідження не надало опису ЧВ, тобто не вказувало

на його наявність. Після проведеного обстеження (УЗД і КТ ОЧП, МРТ малого таза) встановлено попередній діагноз – зміни купола сліпої кишки з ураженням дистальної частини тонкої кишки, вірогідніше за все зумовлені неопластичним ураженням із регіонарною лімфаденопатією та параколічним абсцесом.

Лікування. Після передопераційної підготовки 19.07.23 проведено оперативне втручання – правобічна геміколектомія з ілеотрансверзоанастомозом бік у бік (рисунок).



Рисунок. Фото передньої черевної стінки хворої М. після проведення лапаротомії

Під час оперативного втручання хірурги відмітили відсутність ЧВ.

Патогістологічне дослідження 27.07.23. (матеріал взятий в ході операції 19.07.23).

Помірно диференційована аденокарцинома (G2) товстої кишки з розповсюдженням на ілеоцекальний клапан, стінку тонкої кишки, інвазією в усі шари стінки до периколічної клітковини включно, з вогнищем інвазії в очеревину, периваскулярною та периневральною інвазією, виразкуванням та некрозами. У 12-ти досліджуваних лімфовузлах ознак пухлинного росту не виявлено. Краї резекції без ознак пухлинного росту.

Патологоанатомічне дослідження також не виявило ЧВ.

Післяопераційний період ускладнився нагноєнням п/о рубця на ділянці 1,5 см, у зв'язку з чим 26.07.2023 була проведена ревізія п/о рани.

Проведена терапія в післяопераційному періоді: цефуроксим, валсартан, омепразол, пантопразол, парацетамол, кеторолак, фраксипарин, р-н Рінгера, метоклопрамід, розчин електролітів у комбінації з ксилітолом, прозерин, цефоперазон, дексаметазон, перев'язки.

Заключний діагноз. Аденокарцинома купола сліпої кишки T4N0Mx, II ст. Доліхосігма. ІХС: дифузний кардіосклероз. ГХ II ст., II ст., риз. 3. СН I-Іа.

Рекомендовано: спостереження сімейного лікаря та хірурга, консультація онколога в Київському міському онкоцентрі, перев'язки з повідон-йодом 1 р/д через день.

Висновки. Наданий опис клінічного випадку пацієнтки М. є доречним для опрацювання під час практичних занять на додипломному та післядипломному етапах державною та англійською мовами. Випадок є складним та має великий потенціал у демонстрації постійної необхідності удосконалення діагностики, оскільки відсутність червоподібного відростка є досить рідкісною знахідкою, а симптоми пухлини можуть маскуватися під апендицит – один з найпоширеніших хірургічних діагнозів, що інколи потребує розширення списку потенційних діагнозів для диференціації у діяльності лікарів. У веденні пацієнтки брав участь лікар загальної практики-сімейної медицини через необхідність контролю стану, корекції медикаментозних призначень, психологічної допомоги та продовження програми ведення хворої з урахуванням організації онкологічного нагляду, про що хворій було неодноразово повідомлено лікарем первинної ланки. Розгляд цього випадку може сприяти більш глибокому розумінню усього спектру можливих діагнозів та оптимізації практики ведення пацієнтів із підозрою на пухлинні процеси.

Список використаної літератури

1. Nissler V, Fleischmann J, Hümmel HP, Knorr C. Agnesis of the vermiform appendix. *J Pediatr Surg.* 2012;47(6):1302-3. doi:10.1016/j.jpedsurg.2012.03.050.
2. Beger B, Kızılyıldız BS. Ileocecal stenosis with agnesis of vermiform appendix: a rare cause of congenital bowel obstruction. *J Anat Soc India.* 2018;67: S48-S50. doi:10.1016/j.jasi.2018.09.002.
3. Gok M, Sozuer E, Topal U, Akyuz M, Bozkurt GK, Hamurcu M, et al. A rare developmental anomaly associated with right colon cancer: appendix vermiformis agnesis. *Ann Ital Chir.* 2020 Feb 10;9: S2239253X2003090X.
4. Martínez DG, Sánchez AW, Rivera FV, Romano RC, Torreblanca CB. Appendicular agnesis. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2010;8(3):167-71.

5. Shah TA. A 25-year-old male with appendicular agenesis: a case report and literature review. *J Taibah Univ Med Sci.* 2017;12(1):75-7. doi:10.1016/j.jtumed.2016.02.003.
6. Tripathy BB. Congenital absence of appendix: a Surgeon's dilemma during surgery for acute appendicitis. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2016;21(4):199. doi:10.4103/0971-9261.186555.
7. Vieira ED, Bonato LM, Silva GG, Gurgel JL. Congenital abnormalities and anatomical variations of the vermiform appendix and mesoappendix. *J Coloproctol.* 2019;39(3):279-87. doi:10.1016/j.jcol.2019.04.003.
8. Vincent MV, Doyle A, Bernstein S, Jackman S. Absence of the appendix discovered during childhood. *Springerplus.* 2014;3(1):1-4. doi:10.1186/2193-1801-3-522.
9. Morgagni GB. *Adversaria anatomica all things (I-VI) of which the latter three are now for the first time will be betrayed.* Patavic J Cominus. 1719;3:64.
10. Maitra TK, Roy S, Mondal SK, Mahjabin S. Absent appendix. *Bangladesh Crit Care J.* 2013;1(2):109-10. doi:10.3329/bccj.v1i2.17207.
11. Collins DC. Agenesis of the vermiform appendix. *Am J Surg.* 1951 Dec;82(6):689-96. doi: 10.1016/0002-9610(51)90391-1.
12. Rudichenko VM. The relevance of using English-language network tools in teaching the specialty «general practice-family medicine» in the national and English languages at the undergraduate and postgraduate stages. In: *Material of the VI All-Ukrainian reporting scientific and practical conference «Problems and prospects of socio-economic development in the conditions of modernization processes in Ukraine and the world» (Issue 15).* 2022 December 08; Kyiv. Kyiv: MAUP; 2022. 488 p.

CLINICAL CASE OF THE VERMIFORM APPENDIX ABSENCE

Abstract. Clinically it is possible to verify different forms of anomalies of vermiform appendix, which are very rare and can be in wide range. Namely: agenesis, atresia, duplication, and the so-called giant appendix. Most often forms are agenesis and duplication of vermiform appendix. First case of appendix agenesis was described in 1719. This is rare congenital anomaly, which occurs in 0,001 % (1:100.000) of laparotomies, which were reasoned by the possibility of acute appendicitis. Diagnosis of this rare state should be confirmed most often during abdominal surgeries after visualisation investigations. Article describes the results of own clinical observations of the appendix absence case. We consider such a description demonstrative during practical classes in state and English languages at pre- and postgraduate levels.

Key words: anomalies, vermiform appendix, appendix absence, primary care.

Відомості про авторів:

Рудіченко Віталій Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ;

Гиндич Анна Анатоліївна – студентка медичного факультету № 1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ.

Information about the authors:

Rouditchenko Vitalii M. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Practice (Family Medicine) of the National Medical University named after O. O. Bogomolets, Kyiv City;

Hundyh Anna A. – Student of the 6th year of the Medical Faculty № 1 of the National Medical University named after O. O. Bogomolets, Kyiv City.

Надійшла 29.04.2024 р.