

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-1-21-24
УДК 616.346.2-006.325.03

Миксома аппендикса в послеродовом периоде в практике гинеколога

Ю. Н. Колесников¹, А. А. Колесникова³, А. Э. Павлов², М. В. Ступак¹, Е. А. Ольферук¹,
О. А. Муравьева¹, Г. В. Чижова⁴

¹КГБУЗ «Перинатальный центр» имени проф. Г.С. Постола МЗ ХК,
680028, г. Хабаровск, ул. Истомина, 85; тел.: +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» им. проф. С.И. Сергеева МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел.: +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³ООО «Иммунореабилитационный центр»,
680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, 39; тел.: +7 (4212) 46-69-32; e-mail: irts10@mail.ru

⁴КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК,
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, тел.: +7 (4212) 27-25-10, e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Myxoma of the appendix in the postpartum period in the practice of a gynecologist

Yu.N. Kolesnikov¹, A. A. Kolesnikova³, A. E. Pavlov², M. V. Stupak¹, E. A. Olferuk¹,
O. A. Muravieva¹, G. V. Chizhova⁴

¹The Perinatal Center named after prof. G.S. Postol under Health Ministry of the Khabarovsk Krai, 85 Istomin Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680028, phone: +7 (4212) 45-40-03; e-mail: perinatalcenter@rambler.ru

²Khabarovsk Krai Clinical Hospital No.1 named after professor S.I. Sergeev under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street,
680009, Khabarovsk, Russia; phone +7 (4212) 39-05-72; e-mail: kkb1@dvmc.khv.ru

³Immunorehabilitation Center, LLC, 39 Gogol Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680000; phone +7 (4212) 46-69-32; e-mail: irts10@mail.ru

⁴Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia;
zip code: 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipkszh.khv.ru

Миксома (мукоцеле) аппендикса – это киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции (от водянистой до желеподобной) с хроническим воспалением отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, сдавлением и облитерацией его просвета. Является редким своеобразным новообразованием аппендикса, и встречается в 0,02–0,5 % от всех аппендэктомий, распространено у женщин репродуктивного возраста. Миксому часто обнаруживают как случайную, бессимптомную находку в 25 % случаев. Диагноз миксомы аппендикса устанавливается только интраоперационно. В настоящее время наиболее объективным методом диагностики, а также лечения доброкачественной миксомы является лапароскопия. В данной статье представлен клинический случай миксомы аппендикса, диагностированный у пациентки в послеродовом периоде, у которой с целью верификации диагноза и лечения была применена методика лапароскопической сальпингэктомии и аппендэктомии. Данный клинический случай ещё раз доказывает, что не существует определенных патогномичных признаков, характерных для миксомы аппендикса, в том числе в послеродовом периоде, поэтому необходим тщательный сбор анамнеза, проведение углубленных диагностических методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) и своевременное применение в диагностике лапароскопических методов у пациенток с миксомой аппендикса. Это позволит грамотно провести дифференциальную диагностику, избежать ошибок как в диагностике, так и в лечении данных больных, сократить пребывание в стационаре и тем самым повысить качество жизни женщины.

Ключевые слова: миксома аппендикса, лапароскопия, киста.

Myxoma (mucocoele) of the appendix is a cyst of the appendix containing mucus of various consistency (from watery to jelly-like) with chronic inflammation of the appendix with cicatricial narrowing of the base of the appendix, compression and obliteration of its lumen. It is a rare peculiar neoplasm of the appendix, and occurs in 0.02–0.5 % of all appendectomy, common in women of reproductive age. Myxoma is often found as an incidental, asymptomatic finding in 25 % of cases. The diagnosis of myxoma of the appendix is established only intraoperatively. Currently, the most precise method for the diagnosis and treatment of benign myxoma is laparoscopy. This article presents a clinical case of appendix myxoma diagnosed in a patient in the postpartum period, in which the method of laparoscopic salpingectomy and appendectomy was applied to verify the diagnosis and treatment. This clinical case once again proves that there are no certain pathognomonic signs characteristic of appendix myxoma, including in the postpartum period, therefore, careful history taking, in-depth diagnostic examination methods (ultrasound, CT, MRI) and timely use in the diagnosis of laparoscopic methods in patients with appendix myxoma. This will make it possible to competently conduct differential diagnostics, avoid errors, both in diagnosis and in the treatment of these patients, reduce the stay in a hospital bed, and thereby, most importantly, improve the quality of life of a woman.

Key words: appendix myxoma, laparoscopy, cyst.

Актуальность проблемы

Миксома (мукоцеле) аппендикса – это киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции (от водянистой до желеподобной) с хроническим воспалением отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, сдавлением и облитерацией его просвета. Является редким своеобразным новообразованием аппендикса, и встречается в 0,02–0,5 % от всех аппендэктомий [5]. Данное заболевание наиболее распространено у женщин репродуктивного возраста. Впервые миксому описал Рокитанский в 1842 году, дополнил в 1863 году Вирхов, а термин «мукоцеле» был предложен Фэр в 1877 году [12]. Согласно классификации ВОЗ, гистологически мукоцеле аппендикса подразделяется на 4 типа:

- простая ретенционная киста – вследствие обструкции естественного отверстия основания аппендикса и скопления слизи в его просвете (полость выстлана плоским эпителием с фиброзом в стенке);
- муцинозная гиперплазия – при очаговом или диффузном разрастании и утолщении слизистой оболочки аппендикса;
- муцинозная цистаденома – доброкачественная кистозная опухоль аппендикса со слизистым содержимым (с клеточной атипией, сосочковой пролиферацией);
- муцинозная цистаденокарцинома – злокачественная опухоль червеобразного отростка (с распространением или прорастанием брюшины) [3].

Миксому часто обнаруживают как случайную, бессимптомную находку в 25 % случаев. Клинически мукоцеле может протекать под маской хронического аппендицита, хронического сальпингоофорита (сакто- и гидросальпинксов), опухолей яичников и опухолей органов брюшной полости [5]. Трудность диагностики мукоцеле связана с различными клиническими проявлениями, обусловленными анатомическими особенностями локализации слепой кишки [1]). В настоящее время выполнение высокоспецифичных методов диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ с контрастированием органов малого таза и брюшной полости, к сожалению, не всегда является объективно достоверным и поэтому не позволяет с высокой вероятностью определить характер заболевания червеобразного отростка и полностью верифицировать диагноз.

Диагноз миксомы аппендикса устанавливается только интраоперационно [12]. В настоящее время наиболее объективным методом диагностики, а также лечения доброкачественной миксомы является лапароскопия [3]. Простое мукоцеле, вызванное обструкцией и воспале-

нием аппендикса, может проявиться в виде клиники «острого живота»: острым аппендицитом, острым или обострением хронического сальпингоофорита, перекрутом ножки опухоли яичника. Ошибки диагностики и осложнения мукоцеле приводят к перекрутам и эмпиеме аппендикса и, как следствие, – острой кишечной непроходимости, перитонитам, в дальнейшем могут приводить к озлокачанию с имплантацией и массивным обсеменением брюшной полости из слизееобразующих клеток по брюшине с образованием псевдомиксоматоза, который крайне ухудшает прогноз и имеет высокий риск молниеносного течения злокачественного заболевания [5]. Даже интраоперационно дифференциальная диагностика доброкачественного и злокачественного мукоцеле – затруднена. Неравномерная толщина стенки и наличие в просвете кисты мягкотканых узелков могут указывать на злокачественный процесс мукоцеле. Если размеры мукоцеле аппендикса и его расположение позволяют, то операция может быть выполнена лапароскопически. Как правило, этот метод оперативного вмешательства выполняется при простых мукоцеле в объеме лапароскопической аппендэктомии, при доброкачественном мукоцеле – тифлэктомия, а при муцинозной цистаденоме – правосторонняя гемиколэктомия. Дальнейшая тактика лечения пациентки должна быть основана только на гистологическом исследовании аппендикса замороженных препаратов.

В данной статье представлен клинический случай миксомы аппендикса, диагностированный у пациентки в послеродовом периоде, у которой с целью верификации диагноза и лечения была применена методика лапароскопической сальпингэктомии и аппендэктомии.

Клинический случай

Пациентка Ш., 30 лет, 16.06.2020 г. с жалобами на резкие боли внизу живота справа госпитализирована экстренно в гинекологическое отделение КГБУЗ «Перинатальный центр» им. проф. Г. С. Постола (г. Хабаровск) с подозрением на перекрут правых придатков матки в позднем послеродовом и послеоперационном периоде.

Из гинекологического анамнеза известно: mensis с 14 лет, установились по 5–6 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные, coitus с 18 лет, в браке, родов – 2, аборт – 0, выкидыш – 1 в сроке 12 недель. Из гинекологических заболеваний отмечает: апоплексию правого яичника; получала консервативное лечение. С 15.05.2020 г. по 25.05.2020 г. находилась на стационарном лечении в городском родильном доме в отделении беременных и рожениц г. Хабаровска, где 19.05.2020 г. при

выявлении клинического узкого таза была выполнена операция срочного кесарева сечения. Родился живой доношенный мальчик массой 3 720 граммов, длиной 56 см, с оценкой по шкале Апгар 8–9 баллов, состояния в послеоперационном периоде родильницы и ребенка удовлетворительные, выписаны с рекомендациями на 6-е сутки.

Из анамнеза заболевания известно: заболела остро 13.06.2020 г., когда впервые появились боли внизу живота справа; 15.06.2020 г. боли внизу живота справа усилились; обратилась к гинекологу амбулаторно, где была осмотрена; выполнено УЗИ органов малого таза и выставлен диагноз: гематома органов малого таза после ОКС.

В стационаре 16.06.2020 г. выполнено повторно УЗИ органов малого таза, при котором выявлено: тело матки 76×52 мм, полость до 4 мм, область рубца на матке без особенностей, справа в малом тазу определяется образование смешанной экоструктуры, без кровотока 52×46 мм, свободной жидкости в брюшной полости нет. Выставлен диагноз: перекрут правой маточной трубы? При вагинальном осмотре тело матки соответствует инволютивным послеродовым размерам, матка увеличена до 6–7 недель, плотная, безболезненная, придатки слева не увеличены, безболезненные, а справа определяется резко болезненное образование до 6 см в диаметре, свод справа укорочен. 16.06.2020 г. выполнена экстренная лапароскопия, при которой выявлено: матка до 6–7 недель, розового цвета, не изменена, левый и правый яичники не увеличены, не изменены, левая маточная труба без патологии, розового цвета, длиной до 8 см, фимбрии выражены, правая маточная труба в виде гидросальпинкса, ретортообразно расширена, цианотично-багрового цвета, с перекрутом на 360°, фимбрии не выражены, интимно спаяна со слепой кишкой и аппендиксом. Лапароскопически правая маточная труба отсечена, удалена в эндобаге на гистологическое исследование.

При осмотре аппендикса хирургом заподозрена миксома аппендикса, при осмотре которого найдено: аппендикс резко утолщён, до 5 см длиной, бугристый, деформирован, с участками кистозных изменений (миксома?)

При инструментально-пальпаторном осмотре во время лапароскопии инфильтрации на всем протяжении слепой кишки и увеличенных лимфоузлов брыжейки не выявлено. Учитывая репродуктивный возраст пациентки, послеродовой период и отсутствие инфильтрации слепой кишки операция продолжена эндоскопическим путём. Проведена аппендэктомия с наложением двухрядных узловых швов (PDS4/0) на стенку слепой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Лечение в стационаре составило 5 койко-дней.

Макроскопические препараты: удаленная правая маточная труба в виде конгломерата, хрящевой плотности 6,5×2,0×0,6 см, в просвете маточной трубы слизистое содержимое желтовато-розового цвета, серозная оболочка синюшная, полнокровная, отёчная; резецированный инфильтрированный участок слепой кишки с аппендиксом размерами 3,0×1,0 см серо-красного цвета, хрящевой плотности.

Гистологическое заключение: 1. Хронический сальпингит, гидросальпинкс, обострение. 2. Аргентафинный карциноид червеобразного отростка, очаги миксоматоза. Гистологические препараты и парафиновые блоки пересмотрены в ККЦО г. Хабаровска, диагноз миксоматоза аппендикса подтвержден, но злокачественный характер миксомы в данном случае исключён, прогноз для пациентки благоприятный, но все же она остается под диспансерным наблюдением у онколога.

Заключение

Данный клинический случай ещё раз доказывает, что не существует определенных патогномоничных признаков, характерных для миксомы аппендикса, в том числе в послеродовом периоде, поэтому необходим тщательный сбор анамнеза, проведение углубленных диагностических методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) и своевременное применение в диагностике лапароскопических методов у пациенток с миксомой аппендикса. Это позволит грамотно провести дифференциальную диагностику, избежать ошибок как в диагностике, так и в лечении данных больных, сократить пребывание на койке в стационаре и, главное, повысить качество жизни женщины.

Список литературы

1. Адамян, Л. В. Эндоскопия в гинекологии / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. – М. : Медицина, 2000. – 383 с.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации (протоколы лечения) / сост. Л. В. Адамян [и др.] ; под ред. Л. В. Адамяна [и др.]. – М. : Медиа Сфера, 2016. – 472 с.
3. Владимирцева, А. Л. Псевдомиксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка с прорастанием в забрюшинное пространство и наружными свищами / А. Л. Владимирцева, М. Г. Чатталос, В. А. Полетаев // Архив патологии. – 1989. – Т. 51, № 9. – С. 74–76.
4. Гинекология : нац. рук. : крат. изд. / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с. – (Национальные руководства).
5. Дергачев, А. И. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка / А. И. Дергачев, А. Н. Юшков, С. Д. Фолин //

SonoAce International. – 1999. – № 4. – URL: <https://www.medison.ru/si/art36.htm> (дата обращения: 02.02.2022). – Текст: электронный.

6. Дмитриевский, В.Н. Киста червеобразного отростка, имитировавшая забрюшинную опухоль // Вестник хирургии. – 1981. – № 2. – С. 83–84.

7. Имнашвили, Б. Е. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка / Б. Е. Имнашвили, А. А. Коркелия, А. Г. Джвбенава // Хирургия. – 1973. – № 1. – С. 133–138.

8. Корнев, Н. Н. Миксома червеобразного отростка / Н. Н. Корнев, В. Ф. Кашеренков // Хирургия. – 1975. – № 7. – С. 105–106.

9. Кохнюк, В. Т. Мукоцеле червеобразного отростка // Вопросы онкологии. – 1988. – № 1. – С. 87–88.

10. Кузьмин, В. И. Миксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка / В. И. Кузьмин, Н. П. Яшин, Т. М. Егорова // Хирургия. – 1985. – № 3. – С. 117–118.

11. Лопухов, Е. С. Трудности диагностики некоторых форм воспаления червеобразного отростка / Е. С. Лопухов, И. В. Макаров, Н. Н. Навасардян // Вестн. мед. института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 4 (40). – С. 107–110.

12. Марков, С. Н. Мукоцеле червеобразного отростка в связи с его перекрутом // Хирургия. – 1980. – № 7. – С. 92.

13. Миксома аппендикса в практике гинеколога (клинический случай) / В. Ф. Беженарь, И. В. Жестков, А. А. Цыпурдеева и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61, № 2. – С. 101–105.

14. Оперативная гинекология / В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, Н. А. Шукина, А. А. Попов. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 319, [1] с.

15. Савельева, Г. М. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов. – 3-е изд., // испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 880 с.

16. Стрижаков, А. Н. Малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, А. Д. Белоцерковцева // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 4. – С. 68–71.

17. Тажимаметов, Б. Т. Ущемление миксомы червеобразного отростка в пупочной грыже / Б. Т. Тажимаметов, Р. И. Ибрагимов, Б. А. Утаев // Хирургия. – 1989. – № 2. – С. 124–125.

18. Фёдоров, И. В. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии / И. В. Фёдоров, Е. И. Сигал, А. И. Курбангалеев. – М. : Профиль, 2007. – 288 с.