

© ЗЮЗЮКИНА А. В., ЧАВКУНЬКИН Ф. П., БОЯКОВА Н. В.

УДК 616.346.2-002.1-06:616.366-002

DOI: 10.20333/2500136-2019-5-108-110

## СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ХОЛЕЦИСТИТА

А. В. Зюсюкина, Ф. П. Чавкункин, Н. В. Боякова

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

**Резюме.** Острый аппендицит (ОА) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний. Летальность составляет 0,1-0,3 %, осложнения встречаются в 5-9 % случаев. Наиболее частой причиной возникновения ОА является энтерогенный путь инфицирования, определенная роль в генезе принадлежит гематогенному и лимфогенному пути. Диагностика типичных форм ОА не представляет трудностей. Возможны различные варианты расположения червеобразного отростка (ЧО), от которого зависят особенности клинической картины заболевания. Подпеченное расположение ЧО значительно затрудняет диагностику ОА. Болезненность, напряжение мышц в области правого подреберья, положительного симптома Щеткина-Блюмберга заставляют исключить острый холецистит (ОХ). Лечебная тактика при ОА заключена в раннем удалении ЧО. Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает второе место после ОА. Своевременная диагностика ОХ, эффективное лечение, с соблюдением принципа активной хирургической тактики позволил снизить летальность до 2-5 %. Воспаление ЧО при острых заболеваниях органов брюшной полости иногда является вторичным. Среди этиологических факторов возникновения ОХ ведущую роль играет застой желчи и инфекция. ОХ возникает внезапно с появлением интенсивных болей в животе которые носят постоянный характер, при прогрессировании заболевания их интенсивность нарастает. Симптомами ОХ является тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения больному, повышение температуры тела, озноб. Специфическими симптомами являются: Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского, Щеткина-Блюмберга в случае вовлечения в воспалительный процесс брюшины. Частота и зависимость перечисленных симптомов зависит от морфологических изменений в желчном пузыре. В типичных случаях диагностика ОХ не представляет трудностей. Своевременное выполнение оперативного вмешательства, рационального интенсивная терапия в послеоперационном периоде приводят к благоприятному исходу хирургического лечению больных с острым аппендицитом и острым холециститом. В статье представлено клиническое наблюдение сочетание острого аппендицита и острого холецистита.

**Ключевые слова:** острый аппендицит, острый холецистит, червеобразный отросток, атипичное расположение червеобразного отростка, подпеченочное расположение червеобразного отростка, клиническое наблюдение.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Для цитирования:** Зюсюкина АВ, Чавкункин ФП, Боякова НВ. Случай сочетания острого аппендицита и холецистита. *Сибирское медицинское обозрение.* 2019;(5):108-110. DOI: 10.20333/2500136-2019-5-108-110

## THE CASE OF SIMULTANIOUS ACUTE APPENDICITIS AND CHOLECYSTITIS

A. V. Zyuzyukina, F. P. Chavkunkin, N. V. Boyakova

Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

**Abstract.** Acute appendicitis (AA) is one of the most common surgical diseases. Mortality is 0.1-0.3%, while complications occur in 5-9% of cases. The most common cause of AA is enterogenic pathway of infection; certain role in genesis belongs to hematogenous and lymphogenous pathways. Diagnosis of typical AA forms is of no difficulty. There are various vermiform appendix (VA) locations, that influence clinical picture of the disease. Subhepatic location of VA complicates the diagnosis of AA significantly. Tenderness, muscle tension in the right hypochondrium, positive Shchetkin-Blumberg symptom makes it possible to exclude acute cholecystitis (AC). Therapeutic tactics in AA is early removal of VA. Among acute diseases of the abdominal organs, acute cholecystitis takes the second place after AA. Timely diagnosis of AC, effective treatment, in compliance with active surgical tactics principle, allowed to reduce mortality rate to 2-5 %. VA inflammation in acute diseases of abdominal cavity is sometimes secondary problem. Among the etiological factors of AC occurrence, the leading role is taken by cholestasis and infection. AC occurs suddenly with intense abdominal pains that are of permanent nature, their intensity increases while the disease is in progress. The symptoms of AC are nausea, repeated vomiting, which does not bring relief to a patient, fever, chills. Specific symptoms are: Ortner, Murphy, Kera, Mussi-Georgievsky, Shchetkin-Blumberg if peritoneum is involved in the inflammatory process. The frequency and dependence of these symptoms depends on morphological changes in the gallbladder. In typical cases, it is not difficult to diagnose AC. Timely surgical intervention, rational intensive care in postoperative period lead to a favorable surgical treatment outcome of patients with acute appendicitis and acute cholecystitis. The article presents clinical observation of simultaneous acute appendicitis and acute cholecystitis.

**Key words:** acute appendicitis, acute cholecystitis, vermiform appendix, atypical appendix location, subhepatic appendix location, clinical observation.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

**Citation:** Zyuzyukina AV, Chavkunkin FP, Boyakova NV. The case of simultaneous acute appendicitis and cholecystitis. *Siberian Medical Review.* 2019;(5):108-110. DOI: 10.20333/2500136-2019-5-108-110

Острый аппендицит (ОА) остается одним из наиболее частых заболеваний в структуре острой хирургической патологии брюшной полости [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Ранняя диагностика и лечение типичных форм ОА не представляет трудностей. Наличие болей в правой подвздошной области и аппендикулярных симптомов являются наиболее характерными признаками этого заболевания [7, 8].

При атипичном расположении червеобразного отростка, ретроцекальном, подпеченочном, тазовом, в корне брыжейки тонкой кишки своевременная диагностика ОА вызывает значительные затруднения и нередко приводит к поздней диагностике, развитию деструктивных форм, и может стать причиной летальных осложнений [9, 10].

Сочетание острого аппендицита и острого холецистита в доступной литературе нами не было обнаружено.

Приводим наше наблюдение. Больная Ш., 34 года, поступила через 12 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующие в лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, гипертермию до  $38,1^{\circ}\text{C}$ , сопровождающуюся ознобами, общую слабость.

При поступлении состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Пульс удовлетворительного наполнения, 92 ударов в минуту, ЧДД = 18 в минуту, АД = 140/80 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации резко болезненный в правом подреберье и эпигастральной области, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Грекова-Ортнера. Перистальтика кишечника ослаблена.

В ОАК умеренный лейкоцитоз  $10,4 \times 10^9/\text{л}$ , в ОАМ без патологии. При R-графии брюшной полости патологии не выявлено. Узи брюшной полости холедох 6 мм, просвет свободный, желчный пузырь размерами  $10 \times 4$  см, стенка утолщена до 4 мм.

На основании клинико-лабораторных данных больной диагностирован острый холецистит, в связи с чем больная оперирована.

Под общим наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 100 мл серозного выпота, последний эвакуирован. При ревизии выявлен желчный пузырь с утолщенными стенками, отечный, гиперемирован с инъекцией сосудов. В подпеченочном пространстве обнаружен червеобразный отросток (рис.1), с выраженной инъекцией сосудов, с налетом фибрина припаянный к желчному пузырю (рис. 2). Другой патологии со стороны органов брюшной полости не обнаружено. Выполнена аппендэктомия, холецистэктомия, произведена санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводили дезинтоксикационную, антибактериальную терапию цефалоспорином в течение 6 суток. Рана зажила первичным натяжением. Больная



Рисунок 1. Подпеченочное пространство: желчный пузырь и червеобразный отросток.

Figure 1. Subhepatic space: gall bladder and appendix.

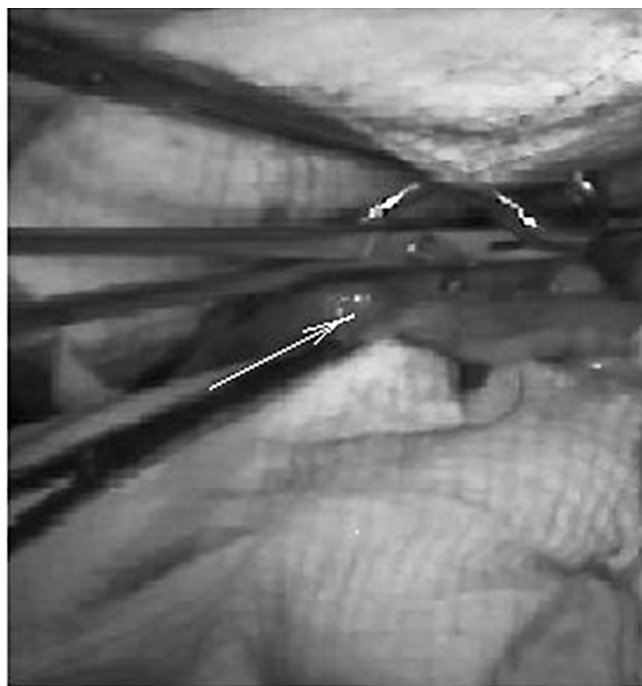


Рисунок 2. Червеобразный отросток.

Figure 2. Vermiform appendix.

выписана на 10 сутки. Клинический диагноз: острый флегмонозный аппендицит, острый флегмонозный холецистит. Местный серозно-фибринозный перитонит. Макропрепарат: червеобразный отросток размером 10,0 см. на 0,8 см, багрового цвета, с выраженной инъецией сосудов, с налетом фибрина.

Макропрепарат: желчный пузырь 10 см. на 4 см. При вскрытии пузыря стенка утолщена до 0,5 см, слизистая отечная, слизистая оболочка гиперемированная, с выраженной инъецией сосудов, у основания покрыт фибрином. Гистологического исследование червеобразного отростка – флегмонозный аппендицит, гнойный мезентериолит. Результат исследования желчного пузыря – флегмонозный холецистит.

Описанное клиническое наблюдение свидетельствует о возможности сочетания острого аппендицита и острого холецистита, потребовавших экстренного оперативного лечения.

### Литература / References

1. Лобанков ВМ, Дитрих ИИ. Острый аппендицит: к вопросу о тенденциях заболеваемости. *Медицинский алфавит*. 2014;(6):23-25. [Lobankov VM, Ditrikh II. Acute appendicitis: the question of morbidity rate tendencies. *Medical Alphabet*. 2014;(6):23-25. (In Russian)]

2. Николаев НЕ, Бибик ИЛ, Потапенко ИБ, Амелченя ОА. Современные проблемы острого аппендицита (Сообщение 1). *Медицинский журнал*. 2009;(1):76-77. [Nikolaev NE, Bibik IL, Potapenko IB, Amelchenya OA. Modern problems of acute appendicitis (Paper 1). *Medical Journal*. 2009;(1):76-77. (In Russian)]

3. Chandrasegaram MD, Rothwell LA, An EI, Miller RJ. Pathologies of the appendix: a 10-year review of 4670 appendectomy specimens. *ANZ Journal of Surgery*. 2012; 82(11):844-847.

4. Каспаров ЭВ, Горбунов НС, Зюзюкина АВ, Вдовенко ПА. Современный взгляд на проблему острого аппендицита. *Московский хирургический журнал*. 2014;5(39):60-64. [Kasparov EV, Gorbunov NS, Zyuzukina AV, Vdovenko PA. Modern view on the problem of acute appendicitis. *Moscow Surgical Journal*. 2014;5(39):60-64. (In Russian)]

5. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. *Bmc Medicine*. 2011;(9):139.

6. Тихонов АА. Экспозиция редких лучевых изображений. Необычные червеобразные отростки. *Радиология-практика*. 2009;(6):15-18. [Tikhonov AA. Exposition of rare x-ray images. Uncommon appendixes. *Radiology Practice*. 2009;(6):15-18. (In Russian)]

7. Хоха ДВ, Хоха ВМ. Острый аппендицит: сравнительный анализ результатов 1950 и 2005 гг. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2010;(4):57-60. [Hoha DV, Hoha VM. Acute appendicitis: a comparative analysis of the results of the 1950 and 2005. *Herald of Surgical Gastroenterology*. 2010;(4):57-60. (In Russian)]

8. Левитский ВД, Гуляев АА, Ярцев ПА, Рогаль МР. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита. *Эндоскопическая хирургия*. 2011;(1):55-61. [Levitskii VD, Guliaev AA, Iartsev PA, Rogal' ML. Modern approaches to diagnostics and treatment of acute appendicitis. *Endoscopic Surgery*. 2011;(1):55-61. (In Russian)]

9. Корита ВР. Острый аппендицит при атипичных расположениях червеобразного отростка. Хабаровск: Изд-во Дальневосточного гос. мед. ун-та; 2005. 220 с. [Korita VR. Acute appendicitis in case of atypical location of the appendix. Khabarovsk: The publishing house of The Far-Eastern State Medical University; 2005. 220 p. (In Russian)]

10. Николаев НЕ, Бовтук НЯ, Короткевич АВ. Этиология развития послеоперационных гнойно-септических осложнений при остром аппендиците. *Хирургия. Восточная Европа*. 2012;(3):98-99. [Nikolaev NE, Bovtyuk NY, Korotkevich AV. The etiology of postoperative septic complications of acute appendicitis. *Surgery. Eastern Europe*. 2012;(3):98-99. (In Russian)]

### Сведения об авторах

Зюзюкина Алена Владимировна, к.м.н., ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)2487971, e-mail: alena-vz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6758-4800>

Чавкункин Федор Петрович, к.м.н., доцент, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)2487971, e-mail: chavkunkin41@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2315-1712>

Боякова Нина Васильевна, ассистент, Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: 8(391)2487971, e-mail: alena-vz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7230-2388>

### Author information

Alena V. Zyuzukina, Cand.Med.Sci., assistant, Professor V. F. Voyno-Yasenyetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(913)5332325; e-mail: alena-vz@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6758-4800>

Fedor P. Chavkunkin, Cand.Med.Sci., Associate Professor, Professor V. F. Voyno-Yasenyetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2487971, [chavkunkin4@mail.ru](mailto:chavkunkin4@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-2315-1712>

Nina V. Boyakova, assistant, Professor V. F. Voyno-Yasenyetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(391)2487971; e-mail: [annakrasnoyarsk@gmail.com](mailto:annakrasnoyarsk@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-7230-2388>

Поступила 01.12.2016 г.

Принята к печати 04.09.2019 г.

Received 01 December 2016

Accepted for publication 04 September 2019



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.