

ГИГАНТСКАЯ МУЦИНОЗНАЯ КИСТА ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ж.Б. РОБИДДИНОВ³

¹ Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

² Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

³ Многопрофильный медицинский центр «ANDROLOGIYA-N», Наманган, Узбекистан

GIANT MUCINOUS CYST OF THE APPENDIX

B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISKHAKOV², J.B. ROBIDDINOV³

¹ Namangan Branch of Republican Research Centre of Emergency Medicine, Uzbekistan,

² Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

³ Multidisciplinary Medical Center "ANDROLOGIYA-N", Namangan, Uzbekistan

В статье представлен случай успешного хирургического лечения пациентки с гигантской муцинозной кистой (миксомой) червеобразного отростка. После проведения МРТ и УЗИ брюшной полости, а также клинико-лабораторных исследований пациентке была выполнена лапароскопически ассистированная резекция купола слепой кишки по поводу гигантской (13×5 см) муцинозной кисты червеобразного отростка.

Ключевые слова: мукоцеле, миксома червеобразного отростка, цистаденома отростка, аппендикулярная муцинозная киста, лапароскопия, хирургическое лечение.

The article presents a case of successful surgical treatment of a patient with a giant mucinous cyst (myxoma) of the appendix. After an MRI and ultrasound scan of the abdominal cavity, as well as clinical laboratory tests, the patient underwent a laparoscopic-assisted resection of the cecal dome due to a giant (13×5 cm) mucinous cyst of the appendix.

Keywords: mucocoeles, appendicular myxoma, appendicular cystadenoma, appendicular mucinous cyst, laparoscopy, and surgical treatment.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18_iss3/a9

Введение

Миксома червеобразного отростка (мукоцеле червеобразного отростка, цистаденома отростка, аппендикулярные муцинозные новообразования), по данным различных авторов, встречается в 0,02–0,7% всех аппендэктомий [1, 2]. Впервые данную патологию как расширение полости аппендикса за счёт скопления в ней слизи в 1842 году описал Рокитанский [3].

Мукоцеле – это киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции – от желеподобной массы до водянистой жидкости. Она представляет собой редкое новообразование, причиной формирования которого является хроническое воспаление отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, облитерацией, сдавлением или закупоркой его просвета. При этом нарушается отток слизи при

сохранённой секреторной функции эпителия слизистой оболочки отростка. Длительное существование миксомы приводит к атрофии слизистой стенки аппендикса [2].

Кисты размером до 3 см считаются малыми, до 6 см – средними, а более 9 см – гигантскими [1].

Клиническая картина данного заболевания неспецифична, что создаёт трудности в предоперационной диагностике.

Основными методами, применяемыми в настоящее время для уточнения диагноза, являются ультразвуковое исследование, МРТ и КТ. Однако даже эти высокоспецифичные методы не всегда позволяют достоверно установить диагноз, что требует выполнения диагностической лапароскопии, во время которой удаётся визуализировать патологически изменённый червеобразный отросток [4].

При проведении оперативного вмешательства необходимо руководствоваться принципами безопасности для пациента и при необходимости не бояться выполнения конверсии доступа.

Целью описания данного клинического случая является демонстрация способа лечения гигантской муцинозной кисты червеобразного отростка лапароскопически ассистированным методом.

Описание клинического случая

Больная Н.М., 30 лет, история болезни № 1265/313, поступила в отделение хирургии многопрофильного частного медицинского центра «ANDROLOGIYA-N» 06.05.2025 года.

Со слов пациентки, ухудшение самочувствия наблюдалось на протяжении последних пяти месяцев. Беспокоили периодические тупые боли в правой половине и нижней части живота. За неделю до госпитализации отмечалось повышение температуры тела, в связи с чем пациентка обратилась к врачу с подозрением на острый аппендицит. По направлению гинеколога проходила обследование и лечение с предварительным диагнозом «Киста правого яичника», однако терапия оказалась неэффективной, что послужило основанием для дальнейшего обследования. Несмотря на данные УЗИ от 01.05.2025 г., указывавшие на наличие объемного образования брюшной полости, госпитализация по месту жительства проведена не была.

Пациентка была осмотрена урологом, патология правой почки исключена. Амбулаторное лечение по месту жительства эффекта не дало, в связи с чем она была госпитализирована 06.05.2025 г.

Кожные покровы и склеры обычной окраски. Высыпаний на коже и слизистых нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В

лёгких дыхание везикулярное с обеих сторон, частота дыхания – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, частота сердечных сокращений – 76 в минуту. Артериальное давление – 110/60 – 120/70 мм рт. ст.

Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Печень не пальпируется. При глубокой пальпации от правого подреберья до правой подвздошной области определяется продолговатое, мягко-эластичное, смещаемое, слегка болезненное образование размером 15×8 см.

Периферических отёков нет. Стул и мочеиспускание регулярные.

Инструментальные методы исследования

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (01.05.2025 г.): выявлено объемное жидкостное образование овальной формы с тонкой стенкой и анэхогенным содержимым, исходящее на 2 см ниже проекции правой доли печени, занимающее правую боковую и подвздошную области. Размеры образования – 11,5×4,6 см. Эхоструктура почек однородная, контуры чёткие, подвижность сохранена (рис. 1).

05.05.2025 г. по назначению лечащего врача выполнено МРТ органов брюшной полости для уточнения характера и распространённости образования. В правой половине брюшной полости, под печенью с распространением книзу, определяется кистозное образование удлинённой формы размерами до 5,0×5,0×14,5 см с чёткими контурами (рис. 2, 3, 4). По данным МРТ, признаков лимфаденопатии брюшной полости не выявлено. Полученные результаты были учтены при выборе тактики лечения.

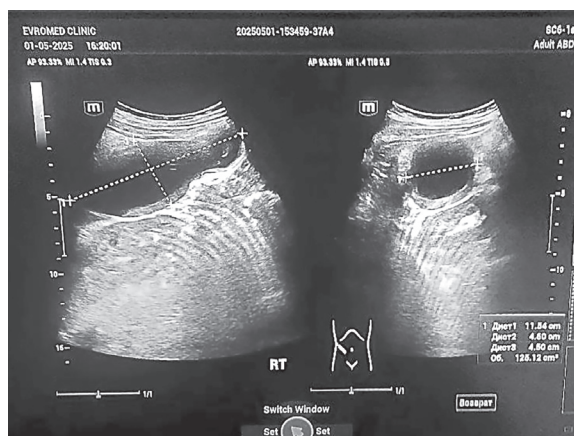


Рис. 1. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка. Эхограмма правой подвздошной области в продольной и поперечной плоскостях

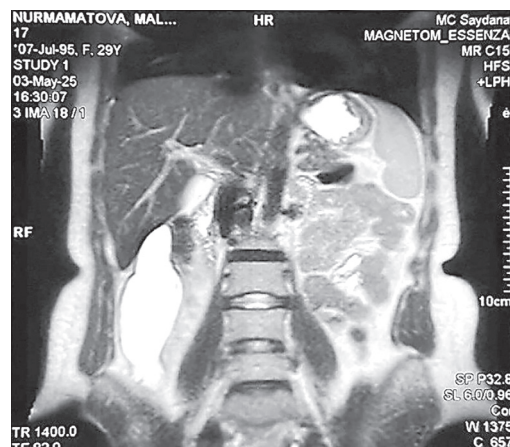


Рис. 2. МРТ. Фронтальная проекция. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка



Рис. 3. МРТ. Сагиттальная проекция

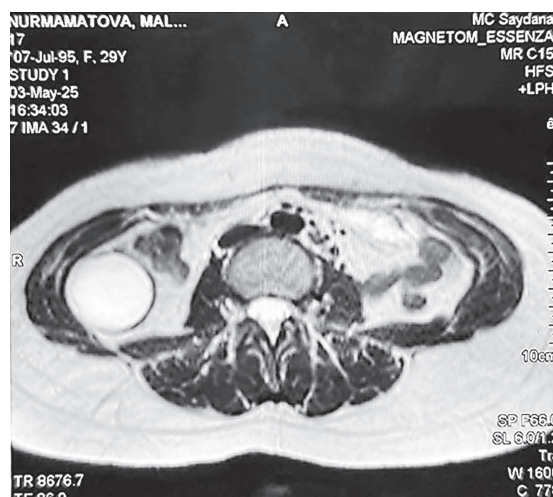


Рис. 4. МРТ. Акциальная проекция

ЭКГ: без патологических изменений.

Рентгеноскопия грудной клетки: лёгочные поля чистые, границы сердца в пределах нормы.

Лабораторные методы исследования. Общий анализ крови (06.05.2025 г.): гемоглобин – 135,0 г/л, эритроциты – $4,85 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 219×10^9 /л, лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ – 7 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, общий билирубин – 20,5 мкмоль/л, АЛТ – 14,1 Ед/л, глюкоза – 3,3 ммоль/л.

Коагулограмма: фибриноген – 2,2 г/л, ПТИ – 86,4%, протромбиновое время – 14,9 с, INR – 1,16, BSK: начало – 2 мин 32 с, конец – 2 мин 50 с, гематокрит – 41%.

Маркеры на ВИЧ, RW, гепатиты В и С – отрицательные.

Пациентка осмотрена гинекологом и онкологом. Установлен предварительный диагноз: киста правого яичника? киста брюшной полости?

Принято решение о проведении лапароскопической кистэктомии. Пациентка также осмотрена анестезиологом.

Операция

План операции: лапароскопическое удаление кисты. Согласие пациентки получено.

Аппендикулярная артерия была выделена электрохирургическим путём с использованием биполярной коагуляции, прицельно коагулирована и клипсирована. Установлено, что широкое основание червеобразного отростка (5 см) занимало весь просвет купола слепой кишки.

В связи с наличием инфильтративно изменённого червеобразного отростка на широком основании от выполнения лапароскопической аппендэктомии отказались. Для извлечения образования троакарная рана в правой подвздошной области была расширена до 5 см по типу доступа Волковича–Дьяконова.

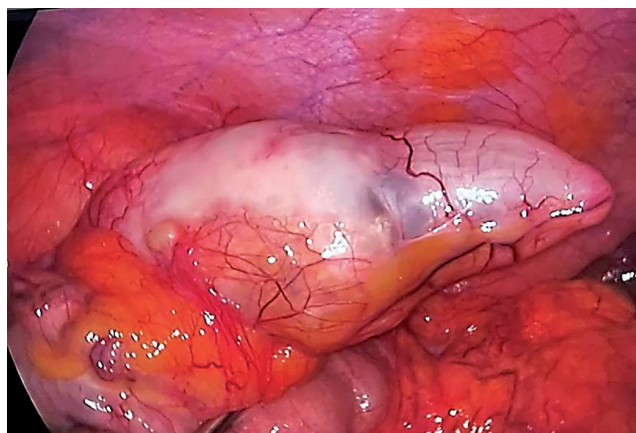


Рис. 5. Лапароскопия

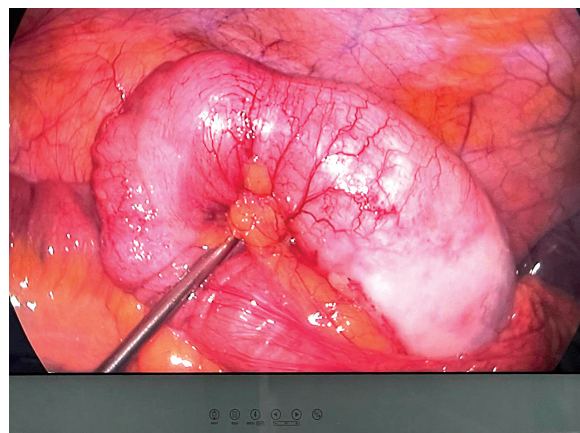


Рис. 6. Распространение инфильтрации на слепую кишку

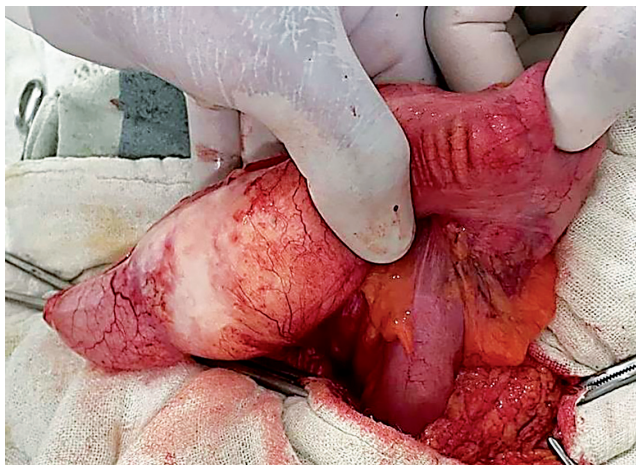


Рис. 7. Этапы резекции слепой кишки

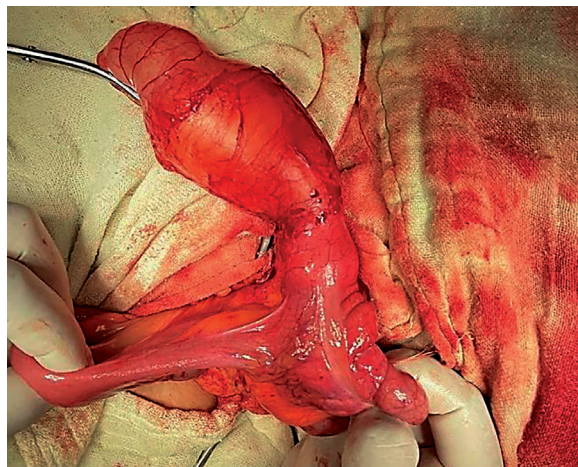


Рис. 8. Этапы резекции слепой кишки

Червеобразный отросток вместе с куполом слепой кишки выведен в рану (рис. 7, 8). Произведена десуфляция.

Операция выполнена под комбинированной анестезией – спинномозговой анестезией с внутривенной седацией. Согласно современным рекомендациям, подобные вмешательства могут проводиться как под эндотрахеальным наркозом, так и под регионарной анестезией с седацией, что и было реализовано в данном случае. Через супраумбиликальный разрез введён 10-мм порт, создан карбоксиперитонеум до 12 мм рт. ст.

При обзорной лапароскопии выпот в брюшной полости не выявлен. Дополнительно введены 10- и 5-мм троакары в подвздошные области. В правом боковом канале обнаружен кистозно изменённый червеобразный отросток размерами 13×5 см. Апикальная часть плотного кистозно изменённого отростка располагалась в

подпечёчной области; он был подвижен. Серозный покров блестящий, фибрина нет (рис. 5, 6). Регионарной лимфаденопатии не выявлено.

Принято решение выполнить лапароскопически ассистированную резекцию купола слепой кишки с сохранением баугиниевой заслонки, что и было осуществлено. Культия восходящей ободочной кишки ушита двухрядными атравматическими швами с погружением в кисет (рис. 9). Герметичность швов и проходимость баугиниевой заслонки признаны удовлетворительными.

Установлены два трубчатых дренажа – в область ложа образования и в малый таз. На раны наложены швы. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование.

Операция: лапароскопически ассистированная резекция купола слепой кишки по поводу гигантской муцинозной кисты червеобразного отростка.

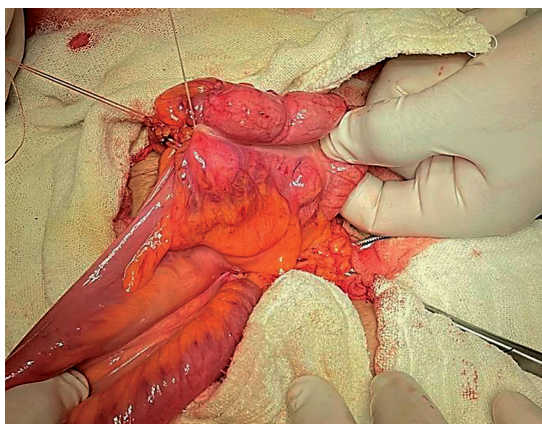


Рис. 9. Завершение резекции слепой кишки

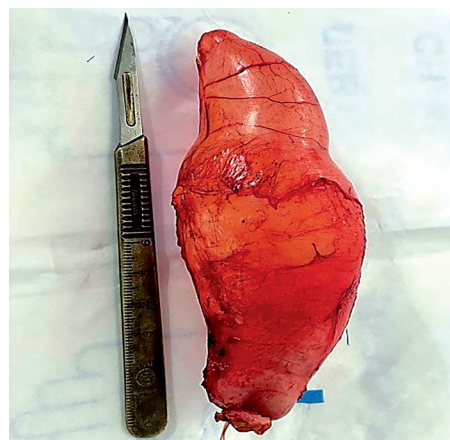


Рис. 10. Удаленный неповрежденный червеобразный отросток размерами 13×5 см



Рис. 11. Мукоцеле червеобразного отростка. Макропрепарат. Вскрыта полость аппендикса, которая представлена желатиноподобной массой. Стенка отростка истончена до 2 мм

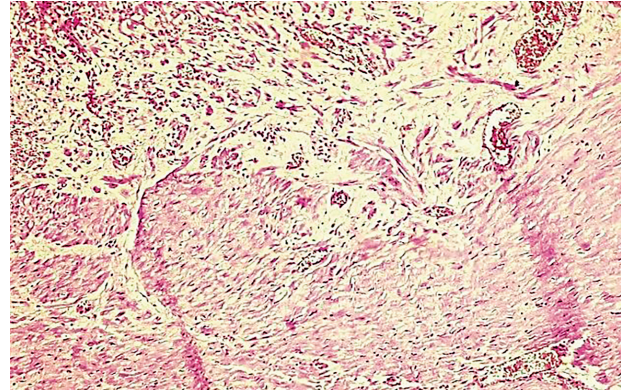


Рис. 12. Гистологическое исследование: слизистая киста (мукоцеле). Стенка кисты представлена фиброзной тканью, замещающей все слои стенки аппендикса, с очаговыми лимфоцитарными инфильтратами

Макропрепарат: аппендикс не повреждён. При вскрытии в просвете обнаружена студенистая масса жёлто-белого цвета. Стенка истончена до 2 мм.

Диагноз: гигантская муцинозная киста червеобразного отростка.

Результаты и обсуждение

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка получала антибиотики и обезболивающие препараты. Контрольные дренажные трубки были удалены на вторые сутки. Самостоятельный стул отмечен на третьи сутки после операции. Выписана на четвёртые сутки.

Гистологическое исследование № 5882/84/25 от 14.05.2025 г.: червеобразный отросток представлен в виде вскрытой полости размером 13×5 см, заполненной желеобразным содержимым (рис. 11). Гистологически – картина мукоцеле (слизистой кисты). Стенка представлена фиброзной тканью, замещающей все слои стенки аппендикса, с очаговыми лимфоцитарными инфильтратами (рис. 12).

Пациентка осмотрена на седьмые сутки: жалоб не предъявляет, швы удалены, заживление раны первичным натяжением.

Повторный осмотр через два месяца – состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Заключение

Мукоцеле (миксома) червеобразного отростка встречается редко – по данным разных авторов, в 0,02–0,7% всех аппендэктомий. Болевой синдром, вероятнее всего, был обусловлен повышением внутрипросветного давления и перерастяжением стенки червеобразного отростка. Повышение температуры тела, по всей вероят-

ности, связано с инфицированием муцинозного содержимого червеобразного отростка.

В представленном клиническом наблюдении диагноз мукоцеле аппендикса был установлен интраоперационно, несмотря на проведение информативных методов предоперационного обследования (УЗИ, МРТ).

При малых (≈3 см) и средних (≈6 см) муцинозных кистах червеобразного отростка оптимальным методом лечения является лапароскопическая аппендэктомия. При гигантских миксомах (9 см и более) наиболее рациональным методом считается лапароскопически ассистированная резекция червеобразного отростка, а при широком основании – резекция купола слепой кишки.

Лапароскопическое удаление подобных кист является безопасным и эффективным методом, обеспечивающим меньшую послеоперационную боль и более короткий период восстановления по сравнению с открытыми вмешательствами.

Литература

1. Кохнюк В.Т. Мукоцеле червеобразного отростка. Вопросы онкологии. 1988; (1):87–88 [Kokhnyuk V.T. Mucocoele of the vermiform appendix. Problems of Oncology. 1988; (1):87–88. In Russian].
2. Лисин О.Е., Шестаков Е.В., Андреев И.С., Медведева Е.С., Каторкин С.Е. Мукоцеле червеобразного отростка: наш опыт лечения редкой патологии. Сибирский научный медицинский журнал. 2024; 44(5):201–208 [Lisin O.E., Shestakov E.V., Andreev I.S., Medvedeva E.S., Katorkin S.E. Mucocoele of the vermiform appendix: our experience in treating a rare pathology. Siberian Scientific Medical Journal. 2024;

- 44(5):201–208. In Russian]. DOI: 10.18699/SSMJ20240524.
3. Balci O., Ozdemir S., Mahmoud A.S. Appendiceal mucocoele mimicking a cystic right adnexal mass. Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2009; 48(4):412–414.
 4. Беженарь В.Ф., Жестков И.В., Цыпурдеева А.А., Клещев М.А., Андреева В.Ю. Миксома аппендикса в практике гинеколога (клинический случай). Журнал акушерства и женских болезней. 2012; 61(2):100–105 [Bezhenar V.F., Zhestkov I.V., Tsypurdeeva A.A., Kleshchev M.A., Andreeva V.Yu. Muxoma of the appendix in gynecological practice (a clinical case). Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2012; 61(2):100–105. In Russian].

ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ УЛКАН МУЦИНОЗ КИСТАСИ

Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², Ж.Б. РОБИДДИНОВ³

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

³ «ANDROLOGIYA-N» кўп тармоқли тиббиёт маркази, Наманган, Ўзбекистон

Мақолада чувалчангсимон ўсимтанинг улкан муциноз кистаси (миксома) бўлган беморни муваффақиятли жарроҳлик даволаш ҳолати келтирилган. Беморнинг қорин бўшлиғи МРТ, ультратовуш текшируви клиник-лаборатор тадқиқотларидан сўнг чувалчангсимон ўсимтанинг улкан (13х5см) муциноз кистани лапароскопик-ассистентлик усулида кўричак қуббаси резекцияси амалга оширилган.

Калит сўзлар: мукоцеле, чувалчангсимон ўсимта (миксома), цистаденома ўсимтаси, аппендикуляр муцинозли киста, лапароскопия, жарроҳлик даволаш.

Сведения об авторах:

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, руководитель научной лабораторией по высокотехнологической экстренной хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП, хирург высшей категории.

Исхаков Нурбек Баркамоллович – врач-хирург, отделение трансплантологии РНЦЭМП.
E-mail: ishakovn@mail.ru
Orcid ID: 0000-0002-6728-8673

Робиддинов Жавахир Бахтиёрович – врач-хирург, Многопрофильный медицинский центр «ANDROLOGIYA-N».

Поступила в редакцию: 07.07.2025

Information about authors

Barkamol R. Iskhakov – Candidate of Medical Sciences, Head of the Research Laboratory for High-Tech Emergency Surgery, Namangan Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine; surgeon of the highest category.

Nurbek B. Iskhakov – Surgeon, Department of Transplantology, Republican Research Center of Emergency Medicine. E-mail: ishakovn@mail.ru. ORCID: 0000-0002-6728-8673.

Javokhir B. Robiddinov – Surgeon, Multidisciplinary Medical Center «ANDROLOGIYA-N».

Received: 07.07.2025

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫБОРУ СТРАТЕГИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИИ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Д.А. АЛИМОВ, И.Б. АСКАРОВ, С.Б. ТУРСУНОВ, Б.Ш. АЛИМХАНОВ, О.Д. АЛИМОВ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкент, Узбекистан

MODERN APPROACHES TO SELECTING A MYOCARDIAL REVASCULARIZATION STRATEGY IN LEFT MAIN CORONARY ARTERY DISEASE

D.A. ALIMOV, I.B. ASKAROV, S.B. TURSUNOV, B.SH. ALIMKHANOV, O.D. ALIMOV

Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Поражение ствола левой коронарной артерии (СЛКА) представляет собой одну из наиболее неблагоприятных форм ишемической болезни сердца и ассоциируется с высоким риском летальных исходов. В последние годы отмечен существенный прогресс в выборе тактики реваскуляризации при данной патологии, обусловленный развитием интервенционных технологий и совершенствованием клинических рекомендаций. В настоящей обзорной статье обобщены современные представления о диагностике, стратификации риска и выборе метода реваскуляризации у больных с поражением СЛКА. Рассмотрены показания к чрескожным и хирургическим вмешательствам в зависимости от анатомической сложности поражения, функционального состояния миокарда, наличия сопутствующих заболеваний и рекомендаций профессиональных обществ (ESC, ACC/AHA/SCAI). Особое внимание уделено анализу доказательной базы, включая данные крупных рандомизированных исследований и метаанализов, а также ведению пациентов пожилого возраста и с хронической сердечной недостаточностью. Представленные данные подчеркивают необходимость индивидуального подхода и участия мультидисциплинарной команды в выборе оптимальной стратегии лечения.

Ключевые слова: ствол левой коронарной артерии, реваскуляризация, чрескожное вмешательство, АКШ, SYNTAX, ишемическая болезнь сердца.

Left main coronary artery (LMCA) disease is one of the most adverse forms of ischemic heart disease and is associated with a high risk of mortality. In recent years, significant progress has been made in determining the revascularization strategy for this condition, driven by advances in interventional technologies and improvements in clinical guidelines. This review article summarizes current concepts in the diagnosis, risk stratification, and selection of revascularization method in patients with LMCA disease. Indications for percutaneous and surgical interventions are discussed depending on anatomical complexity, myocardial functional status, comorbidities, and the recommendations of professional societies (ESC, ACC/AHA/SCAI). Special attention is given to the analysis of evidence-based data, including results from large randomized trials and meta-analyses, as well as management approaches for elderly patients and those with chronic heart failure. The presented data emphasize the importance of individualized decision-making and the involvement of a multidisciplinary heart team in selecting the optimal treatment strategy.

Keywords: left main coronary artery, revascularization, percutaneous intervention, CABG, SYNTAX, ischemic heart disease..