



© В. Ф. Беженарь¹, И. В. Жестков²,
А. А. Цыпурдеева¹, М. А. Клещев¹,
В. Ю. Андреева¹

МИКСОМА АППЕНДИКСА В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹ ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО
РАМН, Санкт-Петербург;

² Федеральное государственное военное
образовательное учреждение высшего
профессионального образования Военно-
медицинская академия им. С. М. Кирова
Министерства обороны РФ

УДК: 616.346.2-006.325.03:618.1

■ В отделение оперативной гинекологии ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН поступила пациентка 28 лет, с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота в течение 2 месяцев. При ультразвуковом исследовании в области правых придатков определялось жидкостное образование $6,8 \times 3,4$ см. По представленным данным УЗИ и МРТ — картина гидросальпинкса справа. Основываясь на полученных результатах пациентке было рекомендовано оперативное лечение. При проведении лапароскопии обнаружена миксома аппендикса.

■ **Ключевые слова:** гидросальпинкс; миксома аппендикса; аппендэктомия.

Актуальность проблемы

Миксома аппендикса, по данным разных авторов, встречается в 0,02–0,7 % всех аппендэктомий [1, 3, 4]. Впервые данную патологию, как расширение полости аппендикса за счет скопления в ней слизи, в 1842 году описал Рокитанский [1, 8]. Мукоцеле — киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции — от желеподобной массы до водянистой жидкости, является своеобразным редким новообразованием червеобразного отростка, причиной формирования которого является хроническое воспаление отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, облитерацией, сдавлением или закупоркой его просвета [5]. При этом происходит нарушение оттока слизи при сохраненной 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 и более 9 см — гигантскими [4, 2].

Согласно классификации ВОЗ, гистологически мукоцеле аппендикса подразделяется на 4 типа, именно от них зависит метод лечения и прогнозы для жизни пациента [8, 6].

1. Простая ретенционная киста (полость выстлана плоским эпителием с фиброзом в стенке).
2. Мукоцеле с пролиферативными изменениями:
 - муцинозная гиперплазия;
 - муцинозная цистаденома (характеризуется клеточной атипией, сосочковой пролиферацией);
 - муцинозная цистаденокарцинома (с распространением или прорастанием брюшины).

Основными методами, используемыми в настоящее время для уточнения данного диагноза, являются ультразвуковое исследование, МРТ и КТ. Однако даже эти высокоспецифичные методы не всегда достоверны, что требует выполнения диагностической лапароскопии, во время проведения которой удается визуализировать патологически измененный червеобразный отросток.

Наиболее доступным и широко применяемым методом лечения является аппендэктомия. Наличие цистаденокарциномы требует проведения комбинированной терапии, включающей, помимо оперативного вмешательства, химио- и лучевую терапию.

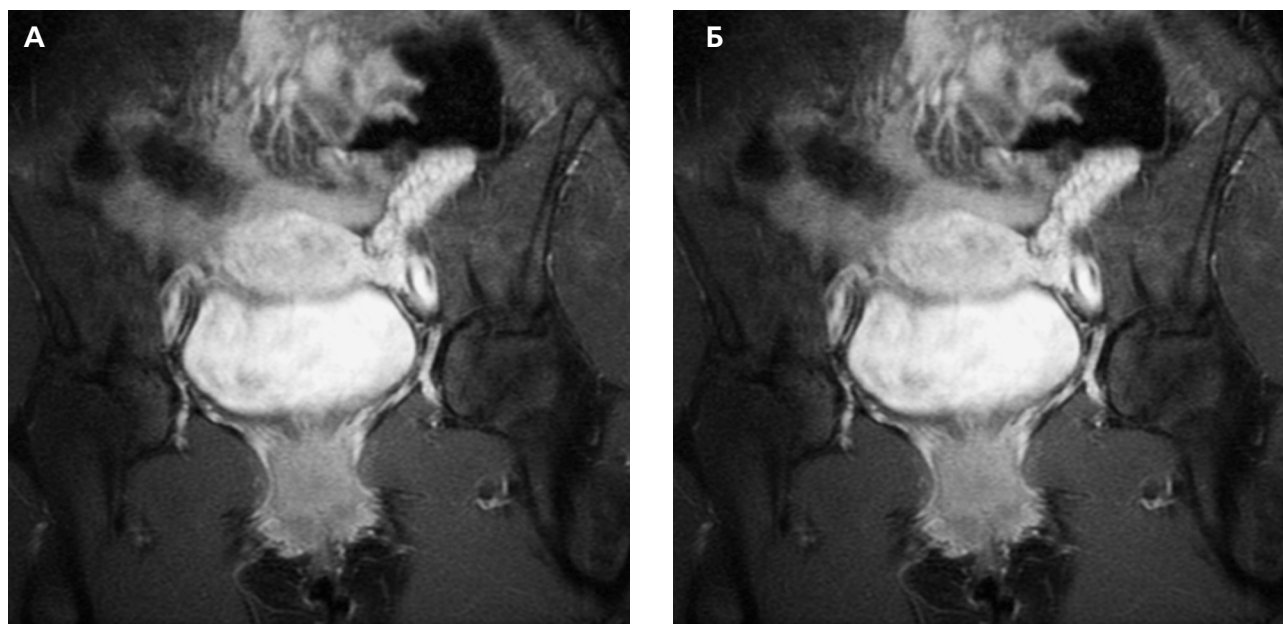


Рис. 1. Мукоцеле аппендикса, МРТ снимки

А — образование прилежащее к правому яичнику; Б — патологическое образование вытянутой формы

Описание случая

Приводим собственное наблюдение миксомы аппендикса, принятой за гидросальпинкс.

Больная К., 28 лет, поступила 17.11.11 г. в отделение оперативной гинекологии ФГБУ «НИИ-АГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, преимущественно справа, беспокоящие пациентку в течение 2 месяцев.

Принимая во внимание наличие данных жалоб и однократное повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ пациентка была консультирована хирургом. Заключение: Данных за хирургическую патологию, требующую экстренного оперативного лечения, нет. Из анамнеза: менархе в 15 лет, по 5 дней, через 25 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. В 2009 году была выполнена гистероскопия, полипэктомия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. По данным гистологического исследования обнаружен железисто-фиброзный полип. Медикаментозной (гормональной) терапии в дальнейшем не получала. В 2010 году — роды I, срочные. Течение послеродового периода осложнилось кровотечением. При проведении УЗИ в полости матки обнаружены остатки плацентарной ткани. На 3-е сутки послеродового периода производилось выскабливание стенок полости матки. Также в анамнезе у пациентки с детства имеется пупочная грыжа, хирургической коррекции не проводилось. На отделении была консультирована хирургом. Установлен диагноз: приобретенная вправимая пупочная грыжа. Рекомендовано оперативное лечение.

27 сентября больной было проведено УЗИ органов малого таза: размеры матки $4,7 \times 4,2 \times 5,1$ см. Эндометрий толщиной 10 мм. Правый яичник $3,8 \times 2,3$ см. Левый яичник $2,9 \times 1,3$ см. Справа от матки определялось вытянутой формы жидкостное образование $6,8 \times 3,4$ см. Заключительный диагноз: фолликулярная киста правого яичника. Решено наблюдать за пациенткой и повторить УЗИ через 1 месяц после менструации. При повторном ультразвуковом исследовании органов малого таза от 21.10.11 образование в области правых придатков матки сохранялось. Основываясь на полученных результатах 26.10.11 г. пациентка была направлена на МРТ органов малого таза: Матка $5,9 \times 4,7 \times 6,8$ см. Полость матки обычной формы, недеформирована. Эндометрий 6 мм. Миометрий неоднородный с множественными извитыми гипоинтенсивными включениями. К правому яичнику с распространением кпереди и вверх определяется патологическое образование с четкими контурами, правильной вытянутой формы, $7,5 \times 3,6$ см. Расширение вен параметрия. Лимфатические узлы не определяются. Заключение: МРТ картина, более вероятно, гидросальпинкса справа. Расширенные вены параметрия (рис. 1А, Б).

При вагинальном осмотре патологических образований в малом тазу не выявлено. Матка нормальных размеров, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки вращаются. Принимая во внимание наличие объективных данных правостороннего гидросальпинкса и пупочной грыжи решено было проведение 22.11.11 г. совместного с хирургом симультанного оперативного вмеша-

тельства, в объеме лапароскопии, удаления правостороннего гидросальпинкса, гистероскопии и герниопластики. Во время лапароскопии обнаружена матка нормальных размеров, с ровной поверхностью. Правый яичник содержит желтое тело. Маточные трубы визуально не изменены, фимбрии сохранены. При хромогидротубации проходимы. На брюшине позадматочного пространства и в области крестцово-маточных связок визуализируются единичные эндометриоидные очаги, диаметром 0,5–1 см. Выполнена коагуляция с последующим их иссечением. При осмотре органов брюшной полости обращал на себя внимание патологически измененный червеобразный отросток, размерами 10 × 3 см, с плотными, напряженными стенками (рис. 2А, Б).

Основание отростка четко не визуализировалось. Определялся плотный участок инфильтрации в месте перехода на слепую кишку (рис. 3). Учитывая наличие инфильтративно измененного червеобразного отростка от выполнения аппендэктомии лапароскопическим методом было решено отказаться.

В связи с этим выполнен разрез кожи по Волковичу-Дьяконову. Червеобразный отросток с куполом слепой кишки выведен в рану (рис. 4).

С помощью линейного сшивающего аппарата ETS Flex45 (ETHICON) произведена резекция аппендикса (рис. 5).

Культи кишки погружена в рану. Передняя брюшная стенка в области разреза ушита послойно, наглухо.

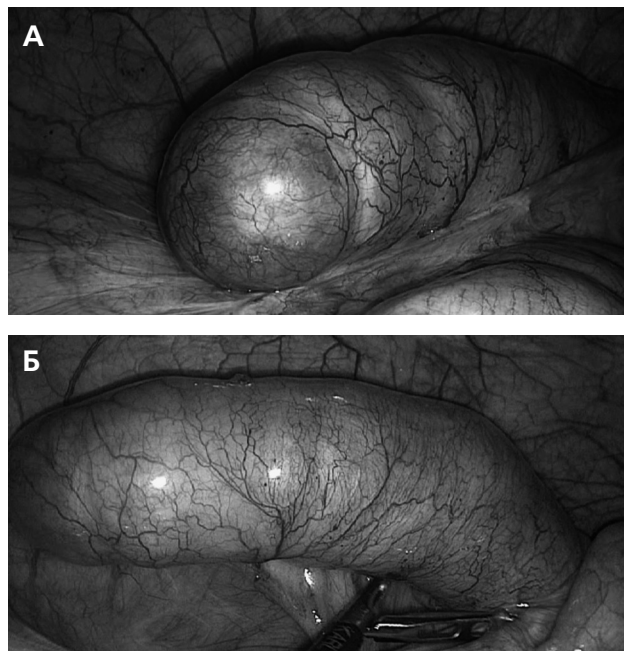


Рис. 2. Мукоцеле аппендикса
А — вид спереди; Б — вид сбоку



Рис. 3. Распространение инфильтрации на слепую кишку



Рис. 4. Червеобразный отросток иммобилизован с куполом слепой кишки



Рис. 5. Резекция аппендикса



Рис. 6. Кистозноизмененный червеобразный отросток

Следующим этапом выполнена герниопластика с применением сетчатого импланта GyneMesh Soft PS.

Макропрепарат размерами 10 × 3 см (рис. 6).

При вскрытии стенок червеобразного отростка, в полости определялось светлое, желеобразное содержимое (рис. 7).

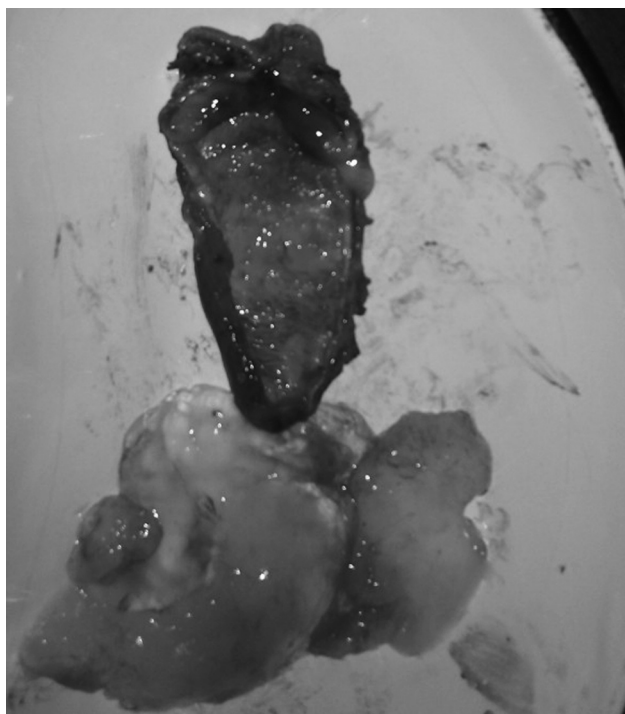


Рис. 7. Миксома аппендикса вскрыта, с желеобразным содержимым

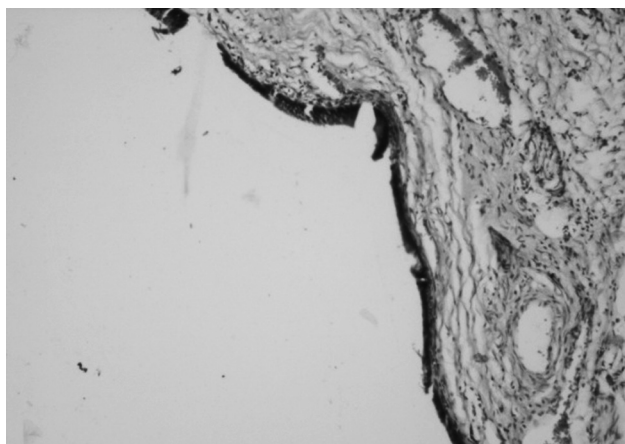
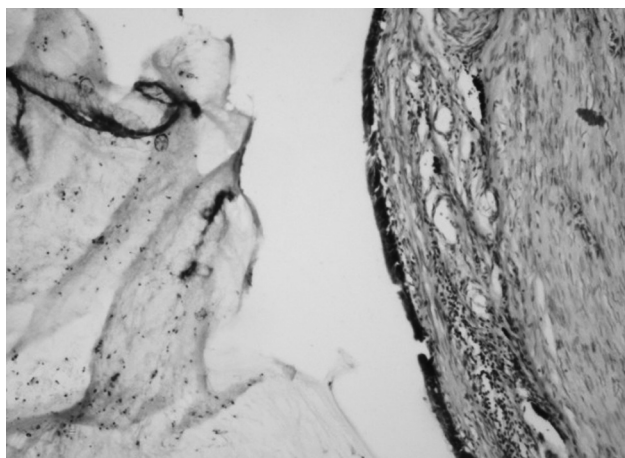


Рис. 8. Атрофия внутренней выстилки стенки

Получены следующие результаты гистологического исследования: Муцинозная цистаденома аппендикса с атрофическими изменениями эпителия внутренней выстилки, выраженным воспалением в строме (рис. 8).

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Обсуждение

Не существует определенных патогномичных признаков, характерных для миксомы аппендикса, что требует от врача тщательного сбора анамнеза и проведение дифференциальной диагностики в сложных случаях. При разрыве кисты аппендикса возникает клиника острого живота, иногда боли, по интенсивности и локализации напоминающих почечную колику, также в редких случаях может быть симптоматика желудочно-кишечного кровотечения. Червеобразный отросток может располагаться достаточно низко в малом тазу, что, в свою очередь, при его патологии может имитировать гинекологические заболевания. В основном трудности возникают при дифференциальной диагностике миксомы аппендикса с кистой яичника. Описаны случаи, когда при мукоцеле аппендикса повышается уровень СА-125, что также может приводить к постановке ошибочного диагноза [8, 11]. Вспомогательным методом является ультразвуковое исследование, по данным которого миксома может определяться как гладкостенное однокамерное образование в области придатков матки, что характерно как для кисты яичника, так и, в некоторых случаях, для гидросальпинкса [7]. В связи с этим основным методом исследования подтверждающим наличие гидросальпинкса является гистеросальпингография (ГСГ). Однако доказано, что частота ложноположительных результатов при ГСГ может достигать 25 %. Ложно-негативные заключения встречаются практически в 40 % случаев [10, 12]. Наиболее специфичными методами, используемыми для дифференциальной диагностики является МРТ, КТ [11, 9]. Данный клинический случай демонстрирует ценность лапароскопии в дифференциальной диагностике патологии маточных труб с другими патологическими процессами органов малого таза и брюшной полости.

Выводы

1. В описанном клиническом наблюдении диагноз миксомы аппендикса был установлен интраоперационно, несмотря на выполнение достаточно информативных методов предоперационного обследования (УЗИ, МРТ).

2. Данные гистологического исследования (наличие выраженной атрофии внутренней выстилки стенки червеобразного отростка) свидетельствуют о длительном существовании кисты.
3. При выявленном типе гистологического строения кисты целесообразно ограничиться выполнением аппендэктомии.

Литература

1. Владимирцева А. Л., Чатталос М. Г., Полетаев В. А. Псевдомиксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка с прорастанием в забрюшинное пространство и наружными свищами // Архив патологии. — 1989. — Т. 51, N 9. — С. 74–76.
2. Дергачев А. И., Юшков А. Н., Фомин С. Д. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка // SonoAce-Ultrasound. — N 4. — 1999.
3. Имналивили Б. Е., Коркелія А. А., Джвбенава А. Г. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка // Хирургия. — 1973. — N 1. — С. 133–138.
4. Кохнюк В. Т. Мукоцеле червеобразного отростка // Вопросы онкологии. — 1988. — N1. — С. 87–88.
5. Марков С. Н. Мукоцеле червеобразного отростка в связи с его перекрутом // Хирургия. — 1980. — N 7. — С. 92.
6. Appendiceal mucocoele / Pospisil I. [et al.] // Rozhl. Chir. — 2004. — Vol. 83, N 9. — P. 451–455.
7. Athey R. A., Hacken J. B., Estrada R. Sonographic appearance of mucocoele of the appendix // J. Clin. Ultrasound. — 1984. — Vol. 12, N 6. — P. 333–337.
8. Balci O., Ozdemir S., Mahmoud A. S. Appendiceal mucocoele mimicking a cystic right adnexal mass // Taiwan J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 48, N 4. — P. 412–414.
9. CT and sonography in the recognition of mucocoele of the appendix / Horgan J. G. [et al.] // Amer. J. Roentgenol. — 1984. — Vol. 143, N 5. — P. 959–962.
10. Kodaman Ph., Arici A., Seli E. Evidence-based diagnosis and management of tubal factor infertility // Current Opinion Obstetrics and Gynecology. — 2004. — Vol. 16, N 3. — P. 221–229.
11. Mucocoele of the vermiform appendix with sonographic appearance of a adnexal mass / Dragoumis K. [et al.] // Gynecol. Obstet. Invest. — 2005. — Vol. 59, N 3. — P. 162–164.
12. Reliability of clinicians versus radiologist for detecting abnormalities on hysterosalpingogram films / Renbaum L. [et al.] // Fertil. Steril. — 2002. — Vol. 78, N 3. — P. 614–618.

Статья представлена И. В. Берлевым,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

MYXOMA OF THE APPENDIX IN GYNECOLOGICAL PRACTICE (CLINICAL ACCIDENT)

Bezhenar V., Tsypurdeeva A., Zhestkov I.,
Andreeva V., Kleshchov M.

■ **Summary:** The 28 year old patient with complains on drawing pain in the lower part of abdomen was admitted to the Operative Gynecology Department D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology. The liquid mass (formation with following dimensions — 6.8×3.4 cm) was detected during ultrasound investigation of the right adnexal mass. According to the MRI data — the picture is hydrosalpinx. Basing on the obtained results, the patient was recommended to have an operative therapy. During laparoscopy the myxoma of the appendix was found.

■ **Key words:** Hydrosalpinx; myxoma of the appendix; appendectomy.

■ Адреса авторов для переписки

Беженар Виталий Федорович — д. м. н., профессор, руководитель отделения оперативной гинекологии ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, СПб., Россия Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** bez-vitaly@yandex.ru.

Цыпурдеева Анна Алексеевна — к. м. н., заведующая отделением оперативной гинекологии ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, СПб., Россия, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** tsypurdeeva@mail.ru.

Жестков Игорь Владимирович — к. м. н., врач-хирург, заведующий эндоскопическим отделением кафедры ХУВ Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 194044, СПб., Россия, ул. Академика Лебедева, 6. **E-mail:** Zhestkov@mail.ru.

Андреева Виктория Юрьевна — клинический ординатор, ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, СПб., Россия, Менделеевская линия, 3. **E-mail:** vichi4ka@mail.ru.

Клещев Максим Александрович — к. м. н., врач-патологоанатом ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН. 199034, СПб., Россия Менделеевская линия, 3. **E-mail:** makleshchov@mail.ru.

Bezhenar Vitaly F. — D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Northwest Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. 199034, St.-Petersburg, Mendelevskaya liniya, 3. **E-mail:** bez-vitaly@yandex.ru.

Tsypurdeeva Anna A. — D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Northwest Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. 199034, St.-Petersburg, Mendelevskaya liniya, 3. **E-mail:** tsypurdeeva@mail.ru.

Zhestkov Igor V. — Military Medical Academy named after S. M. Kirov. 194044, St.-Petersburg, st. Akademika Lebedeva, 6. **E-mail:** Zhestkov@mail.ru.

Andreeva Viktoria Yu. — D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Northwest Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. 199034, St.-Petersburg, Mendelevskaya liniya, 3. **E-mail:** vichi4ka@mail.ru.

Kleshchov Maxim A. — D.O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Northwest Branch of the Russian Academy of Medical Sciences 199034, St.-Petersburg, Mendelevskaya liniya, 3. **E-mail:** makleshchov@mail.ru.